



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2002 –**

**LES CONDITIONS D'ELABORATION DES SCHEMAS  
REGIONAUX D'EDUCATION POUR LA SANTE**

**– groupe n° 26 –**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale**

***Animatrices :***

- Anne-Marie PALICOT**
- Marie PRAT**

# Sommaire

INTRODUCTION .....	3
Méthodologie retenue par le groupe.....	4
<b>1 LE TRAVAIL SUR LES CONCEPTIONS DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : UN PREALABLE À L'ÉTAT DES LIEUX DES SCHÉMAS RÉGIONAUX D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ?</b> .....	<b>5</b>
1.1 L'ÉVOLUTION DES APPROCHES DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ .....	5
1.1.1 Des approches qui se superposent et s'enrichissent au fil du temps.....	5
1.1.1.1 L'évolution des concepts associés .....	5
1.1.1.2 L'évolution de l'éducation pour la santé.....	6
1.1.2 L'éducation pour la santé aujourd'hui .....	6
1.1.2.1 La conception de l'éducation pour la santé retenue par le Plan National d'Education pour la Santé .....	6
1.1.2.2 L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique et une mission de service public .....	7
1.2 LES LIENS POSSIBLES ENTRE LES CONCEPTIONS DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTAT DES LIEUX DES SREPS.....	8
1.2.1 Un nouvel outil au service d'une meilleure cohérence des actions d'éducation pour la santé .....	8
1.2.1.1 L'élaboration du SREPS selon la circulaire du 22 octobre 2001.....	8
1.2.1.2 Le SREPS : schéma ou programme ? .....	10
1.2.2 Une souplesse offerte par la circulaire.....	11
1.2.2.1 Au niveau du choix des acteurs .....	11
1.2.2.2 Au niveau de l'état des lieux.....	11
1.2.3 Conséquences de la souplesse de la circulaire sur le SREPS.....	12
<b>2 L'ANALYSE DES ENTRETIENS TÉMOIGNE D'UNE DÉMARCHE PRAGMATIQUE DES ACTEURS .....</b>	<b>13</b>
2.1 LES CRITÈRES RETENUS POUR ANALYSER LA DÉMARCHE DES ACTEURS.....	13
2.1.1 L'axe « éducation pour la santé » : .....	13
2.1.2 L'axe « groupes de travail » : .....	13
2.1.3 L'axe « méthodologie » : .....	14
2.2 L'ANALYSE DES RÉSULTATS DU TABLEAU .....	14
2.2.1 Conception de l'Éducation pour la Santé.....	14
2.2.2 Implication du Comité Régional d'Éducation pour la Santé .....	14
2.2.3 Conception de l'Éducation pour la Santé élargie à l'éducation thérapeutique .....	15
2.2.4 Composition du Comité de Pilotage.....	15
2.2.5 Identité du chef de projet .....	16
2.2.6 Groupe technique.....	16
2.2.7 Place de la population .....	16
2.2.8 Séminaire.....	16
2.2.9 Démarche d'enquête.....	17
2.2.10 Etat des lieux et taux de retour des questionnaires.....	17
2.2.11 Echelon territorial retenu pour l'état des lieux .....	17
2.2.12 Avancée des travaux – échéancier.....	17

<b>3</b>	<b>DES LOGIQUES LOCALES ET NATIONALES INFLUENT SUR LES CONDITIONS D'ÉLABORATION DES SREPS ET CONTRIBUENT AU DEVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTE.....</b>	<b>18</b>
3.1	LES ACTEURS ET LEURS STRATÉGIES.....	18
3.1.1	<i>Les choix locaux.....</i>	<i>18</i>
3.1.1.1	Un état des lieux réalisé en interne ou en externe.....	18
3.1.1.2	Les SREPS : décliner, compléter ou valoriser les Programmes Régionaux de Santé (PRS).....	18
3.1.2	<i>Les stratégies des acteurs.....</i>	<i>18</i>
3.1.2.1	Ressources et contraintes des principaux acteurs .....	18
3.1.2.2	Des stratégies locales efficaces .....	20
3.2	FACTEURS CLEFS DE SUCCÈS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DES SREPS ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ..	20
3.2.1	<i>Les conditions de succès des SREPS.....</i>	<i>20</i>
3.2.1.1	Une interministérialité réussie .....	20
3.2.1.2	Le choix d'un échelon territorial pertinent .....	21
3.2.1.3	La cohérence et la qualité des partenariats entre acteurs locaux.....	21
3.2.2	<i>L'enjeu des SREPS dans une organisation de l'éducation pour la santé en mutation.....</i>	<i>22</i>
3.2.2.1	Le SREPS et l'amélioration des indicateurs de santé des populations .....	22
3.2.2.2	Le SREPS et la future loi quinquennale d'orientation en matière de prévention : quelle articulation ? .....	22
3.2.2.3	Evolution générale des actions d'éducation pour la santé : quel lien entre les actions de l'INPES et celles des acteurs des SREPS ? .....	23
	<i>CONCLUSION</i>	<i>24</i>
	<i>ANNEXE 1</i>	<i>26</i>
	<i>ANNEXE 2</i>	<i>29</i>
	<i>ANNEXE 3</i>	<i>31</i>
	<i>ANNEXE 4</i>	<i>36</i>
	<i>ANNEXE 5</i>	<i>38</i>

## INTRODUCTION

Selon le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP)<sup>1</sup>, les moyens attribués en France aux soins curatifs sont mille fois plus élevés que ceux engagés dans l'éducation pour la santé.

Cependant, depuis quelques années, de réels efforts sont entrepris pour mettre de nouveaux outils à la disposition des acteurs de l'éducation pour la santé. Ainsi, l'article 79 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise que « *la politique de prévention tend à développer les actions d'information et d'éducation pour la santé* ».

Cette loi s'inscrit dans un mouvement général de valorisation de l'éducation pour la santé qui s'est accéléré avec l'adoption du Plan national d'Education Pour la Santé (PNEPS) en février 2001, et s'est poursuivi avec la circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des Schémas Régionaux d'Education pour la Santé (SREPS).

Cette volonté politique demeure aujourd'hui avec le projet de loi de programmation quinquennale en santé publique qui sera présentée en 2003.

L'éducation pour la santé est un concept pluriel. Elle a pour but que « *chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celle de la collectivité* » (PNEPS).

Le PNEPS propose un nouvel outil, le SREPS, au service du développement de l'éducation pour la santé. La circulaire du 22 octobre 2001 en précise le calendrier, les objectifs et les conditions d'élaboration. Elle laisse cependant une certaine souplesse à l'échelon régional pour réaliser l'état des lieux quantitatif et qualitatif, préalable à la mise en place des schémas.

Dans les faits, il paraît intéressant d'observer précisément, en régions, les conditions d'élaboration de ce dispositif récent, en cours de mise en œuvre : pourquoi les SREPS sont-ils conçus différemment selon les régions ? les différentes conceptions de l'éducation pour la santé et le choix de l'opérateur sont-ils les seuls facteurs déterminants dans le choix de la méthode retenue pour la réalisation de l'état des lieux ?

Au cours de notre étude, ce questionnement a évolué car il est apparu que d'autres éléments pouvaient aussi intervenir dans la méthodologie retenue pour l'élaboration des SREPS.

L'étude des conceptions de l'éducation pour la santé peut être un préalable à l'état des lieux des SREPS (I). Néanmoins, la rencontre avec les acteurs témoigne d'une démarche pragmatique (II) et démontre que d'autres logiques locales et nationales influent sur les conditions d'élaboration des SREPS et peuvent contribuer favorablement au développement de l'éducation pour la santé (III).

---

<sup>1</sup> Actions et dossiers en santé publique – n°16, sept 1996

## La méthodologie retenue par le groupe de travail

### Le recours à divers axes de questionnement, reflet de la diversité du groupe

Le sujet montre la nécessité d'organiser un travail fondé sur le **partenariat**. Ce module interprofessionnel nous a permis de mieux connaître les logiques et les attentes de chaque corps de métier autour d'un **thème de santé publique**.

La composition pluriprofessionnelle du groupe a permis de dégager des **approches complémentaires** par rapport à la thématique de travail. Nous avons toutefois regretté l'absence d'un représentant de la filière des médecins inspecteurs de santé publique, corps particulièrement concerné par l'élaboration des SREPS.

Dans un premier temps, la réflexion s'est organisée autour de recherches bibliographiques sur quatre thèmes définis collectivement :

- \* les concepts de santé et d'éducation de la santé et leur évolution
- \* les textes juridiques de référence et le Plan National d'Éducation pour la Santé
- \* la méthodologie d'élaboration des schémas
- \* l'état des lieux des acteurs

### La grille d'entretien

L'interfiliarité de ce module a favorisé l'élaboration de l'outil utilisé pour l'enquête et l'analyse des entretiens. Chaque participant a pu intégrer la dimension relative à sa future fonction (missions d'établissement ou pilotage de la planification).

Notre grille d'entretien<sup>2</sup> comporte l'ensemble des points à explorer, regroupés en quatre thèmes : **les concepts, les enjeux, les acteurs, la méthodologie**. Madame MALLET, coordinatrice de la mise en place des SREPS à la Direction Générale de la Santé, nous a présenté le contexte et les acteurs locaux. Les échanges nous ont permis de valider la pertinence de la grille d'entretien.

### Les terrains d'enquête

Nous avons sélectionné **six régions**<sup>3</sup> pour notre enquête. Le choix s'est porté sur des régions dont nous savions que la **phase d'état des lieux** était déjà réalisée (Picardie, Nord – Pas de Calais, Pays de la Loire), ou qui, au contraire, semblaient avoir pris du retard (Bretagne, Midi-Pyrénées). Nous avons également choisi d'enquêter en région Rhône-Alpes en raison de l'absence d'état des lieux. Nous avons aussi interviewé une personne ressource de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), pour sa vision globale sur les SREPS. Les entretiens semi-directifs ont été menés par binôme, à partir des thématiques de la grille d'entretien, mais des questions supplémentaires ont pu être posées en fonction de l'intérêt des participants.

### L'analyse des résultats

Après chaque entretien, les points essentiels ont fait l'objet d'une restitution orale auprès du groupe. Puis, à l'occasion d'une séance de travail collectif, un **tableau comparatif**<sup>4</sup> a été constitué à partir des informations qui nous semblaient les plus pertinentes au regard de la problématique.

Nous n'avons pu contacter qu'un seul acteur par région, excepté dans le Nord – Pas de Calais, ce qui limite notre perception à la représentation d'un professionnel et non à l'ensemble des partenaires de l'élaboration des SREPS. Ce facteur a notamment joué au cours de l'analyse des conceptions de l'éducation pour la santé.

---

<sup>2</sup> Cf. Annexe 1

<sup>3</sup> Cf. Annexe 2

<sup>4</sup> Cf. Annexe 3

# 1 LE TRAVAIL SUR LES CONCEPTIONS DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : UN PRÉALABLE À L'ÉTAT DES LIEUX DES SCHEMAS REGIONAUX D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ?

La circulaire relative à l'élaboration des SREPS fait de l'organisation préalable d'un séminaire de travail autour des concepts, enjeux, méthodes et outils de l'éducation pour la santé un facteur de réussite du schéma. Après avoir étudié l'évolution des différentes conceptions de l'éducation pour la santé, il convient de s'interroger sur les liens entre ces conceptions et les méthodologies de l'état des lieux des SREPS.

## 1.1 L'évolution des approches de l'Éducation pour la Santé

### 1.1.1 Des approches qui se superposent et s'enrichissent au fil du temps

Les approches de l'éducation pour la santé ont évolué au fil du temps, elles sont étroitement liées à l'évolution des conceptions de la santé et de la promotion de la santé.

#### 1.1.1.1 L'évolution des concepts associés

**La santé** est une notion relative et subjective ; l'image que l'on en a varie selon les individus mais aussi les groupes, les sociétés et les périodes historiques. En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé propose une définition à laquelle beaucoup continuent de se référer de nos jours : « *la santé est un état de complet bien-être physique, social et mental et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé est désormais associée à une conception globale de l'être humain, ce qui marque une rupture avec la conception biomédicale dominante du moment. L'intérêt de cette définition est aussi de mettre en avant le concept de bien-être : il appartient à chacun de fixer ses propres normes de santé.

Cependant, il est reproché à cette définition son caractère utopique et surtout statique.

Les définitions de la santé ont donc évolué pour mettre en avant les notions d'équilibre à préserver et d'adaptabilité.

C'est cette notion de dynamique qui est reprise par la Charte d'Ottawa en 1986. La **promotion de la santé** y est définie comme « *le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* ». Cette approche considère les individus et les groupes comme acteurs de leur prévention et plus largement de leur santé, c'est à dire capables d'agir sur leurs conditions de vie, de travail, de loisir et sur leur environnement.

### **1.1.1.2 L'évolution de l'éducation pour la santé**

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, **l'éducation sanitaire** se bornait à préconiser des comportements favorables à la santé et concernait essentiellement trois thèmes : l'hygiène, la tuberculose et l'alcoolisme.

A partir de la Seconde Guerre Mondiale, les progrès sont très importants dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies. **L'éducation à la santé** s'applique donc à informer le grand public, à transmettre aux profanes le savoir des spécialistes, l'hypothèse étant qu'il suffit de savoir et de comprendre qu'un comportement nuit à la santé pour y renoncer.

Au cours des années soixante-dix, on perçoit de plus en plus les limites d'une approche exclusivement organique de la santé et de méthodes pédagogiques centrées sur le savoir à transmettre. L'approche traditionnelle caractérisée par une relation professionnel/profane du type guidance/coopération est peu à peu abandonnée.

Depuis les années quatre-vingt, **l'éducation pour la santé** met l'accent sur la liberté et la participation active de la population : il s'agit de travailler avec les gens et non pour eux. C'est une démarche d'accompagnement permettant aux individus et aux groupes de trouver par eux-mêmes des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent.

### **1.1.2 L'éducation pour la santé aujourd'hui**

Même si les acteurs en éducation pour la santé ne partagent pas tous une même conception, il est aujourd'hui admis par tous que l'éducation pour la santé ne se résume pas à la simple transmission de connaissances sur les différents risques pour la santé et qu'il est nécessaire de la développer et de la valoriser.

#### **1.1.2.1 La conception de l'éducation pour la santé retenue par le Plan National d'Education pour la Santé**

Le Plan National d'Education Pour la Santé (PNEPS) du 28 février 2001 est un des éléments qui permet d'inscrire l'éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa.

Le PNEPS définit l'éducation pour la santé comme une composante de l'éducation générale qui ne dissocie pas les dimensions biologique, psychologique, sociale et culturelle de la santé. Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité.

La circulaire relative à l'élaboration des SREPS reprend cette définition en précisant que l'éducation pour la santé doit s'adresser à la population dans toute sa diversité, avec le souci d'être accessible à chacun. L'éducation pour la santé se fonde sur des relations humaines : elle nécessite des actions de proximité qui permettent un travail d'accompagnement, de cheminement avec les personnes concernées. Elle aide chaque personne en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie.

La circulaire propose de mettre en application ces conceptions au travers d'un programme comportant trois types d'actions :

- des campagnes de communication d'intérêt général dont l'objectif est de sensibiliser la population à de grandes causes de santé et de contribuer à modifier progressivement les représentations et les normes sociales,
- la mise à disposition d'informations scientifiquement validées en utilisant des supports et des formulations variées adaptés à chaque groupe de population,
- des actions éducatives de proximité qui grâce à un accompagnement individuel ou communautaire permettent aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité.

### **1.1.2.2 L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique et une mission de service public**

Longtemps négligée par les pouvoirs publics, l'éducation pour la santé est aujourd'hui reconnue comme un enjeu majeur de santé publique.

Dès 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise le développement de l'éducation pour la santé et en fait un axe majeur de toute politique de santé publique au même titre que le renforcement de la démocratie sanitaire et la création d'un environnement, de conditions de vie et de travail favorables à la santé.

Au fil du temps, l'éducation pour la santé est amenée à jouer un rôle de plus en plus important dans les politiques publiques de santé afin :

- d'éviter la mortalité prématurée liée à des comportements à risques ; en effet, d'après différents rapports du Haut Comité de Santé Publique (HCSP), chaque année, sur 120 000 morts avant 65 ans , la moitié des morts sont considérées comme évitables, parmi lesquelles les deux tiers sont liées à des conduites à risques,
- d'intervenir dans des domaines où aucune ou peu d'interventions curatives existent,

- de développer la prévention secondaire et tertiaire dans le cadre du vieillissement de la population et de la prise en charge des maladies chroniques pour aider les patients à gérer eux-mêmes leur maladie et faciliter leur réadaptation,

- de lutter contre les inégalités sociales en réduisant l'inégalité face à l'éducation pour la santé car la santé est un facteur important d'insertion sociale.

En 2001, le PNEPS en faisant de l'éducation pour la santé une mission de service public illustre bien l'impulsion politique donnée à cet enjeu majeur de santé publique. L'éducation pour la santé devient une mission de service public intégrée au système de santé et au système d'éducation, elle doit donc bénéficier de modalités d'organisation et de financement suffisants et pérennes. Elle doit s'exercer de manière équitable, permanente et cohérente sur l'ensemble du territoire pour répondre aux impératifs d'une mission de service public : continuité, mutabilité, accessibilité et prestations de qualité.

Les SREPS ont pour ambition d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations un service public d'éducation pour la santé.

## **1.2 Les liens possibles entre les conceptions de l'éducation pour la santé et la méthodologie de l'état des lieux des SREPS**

La circulaire relative aux SREPS laisse une marge de manœuvre que les acteurs ont pu utiliser pour définir leur méthodologie de l'état des lieux. Néanmoins, la DGS assure une coordination nationale, un suivi des travaux et facilite les échanges entre les représentants des différentes régions.

### **1.2.1 Un nouvel outil au service d'une meilleure cohérence des actions d'éducation pour la santé**

#### **1.2.1.1 L'élaboration du SREPS selon la circulaire du 22 octobre 2001**

Dans le cadre du PNEPS du 28 février 2001, le ministère a invité les régions à créer des **SREPS** dont les conditions d'élaboration sont décrites dans la circulaire DGS/SD6 n°2001-504 du 22 octobre 2001<sup>5</sup>.

Le SREPS doit se construire dans le respect de plusieurs principes :

- associer l'ensemble des acteurs concernés (politiques, institutionnels, professionnels, associatifs). Plusieurs sphères d'acteurs sont ainsi identifiables : pouvoirs publics, collectivités

---

<sup>5</sup> circulaire DGS/SD6 n°2001-504 du 22 octobre 2001 relative aux conditions d'élaboration du Schéma Régional d'Education pour la Santé.

territoriales, acteurs et professionnels du système de santé, du travail social et du système éducatif et celle de la société civile et du grand public,

- s'appuyer sur un état des lieux quantitatif et qualitatif des ressources existantes,
- veiller à une répartition géographique équitable des formations, services et activités d'éducation pour la santé,
- décrire et prévoir dans la durée les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs annoncés,
- élaborer une démarche d'évaluation.

Il doit aussi :

- s'inscrire dans la politique régionale de santé et renforcer les démarches régionales ou départementales qui comportent déjà un volet éducation pour la santé,
- être cohérent avec le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS),
- faire partager et diffuser une **culture commune en éducation de la santé**.

Trois **instances d'orientation et de pilotage** sont définies :

- le comité Régional des Politiques de Santé (CRPS) est l'instance de conseil et d'orientation. Les stratégies et les orientations du futur schéma lui sont soumises pour avis.
- le groupe technique régional ou comité de pilotage (COFIL) est l'instance d'exécution qui organise les travaux d'élaboration du schéma et anime la démarche. Il est constitué de représentants de différentes sphères d'acteurs.
- le chef de projet est le coordonnateur du groupe technique régional. C'est le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales qui en propose le nom au Préfet de région. Il s'agit d'un cadre de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ou d'une personnalité n'appartenant pas au service de l'État.
- la Direction Générale de la Santé (DGS) organise l'animation et le suivi de la mise en œuvre des SREPS au niveau national.

La circulaire prévoit **différentes étapes** pour l'élaboration du SREPS :

- élaboration d'une culture commune. Le préalable indispensable est l'organisation d'un séminaire de travail réunissant l'ensemble des acteurs et dont l'objet sera l'élaboration d'un « consensus de départ » autour des concepts, enjeux, méthodes et outils de l'éducation pour la santé afin de construire un SREPS sur des bases communes. Il est en effet stipulé que les différences d'approches, de concepts et d'objectifs empêchent trop souvent un débat serein. Un document préalable, sorte de charte commune, sera rédigé.
- diagnostic initial partagé ou état des lieux. Un bilan quantitatif et qualitatif des structures, associations, dispositifs et formation qui existent est réalisé.
- phase d'élaboration. Sur la base de la charte et du diagnostic, le DRASS soumettra au CRPS un document de cadrage présentant les orientations et objectifs retenus ainsi que la stratégie proposée.

- approbation du SREPS Il sera approuvé par le CRPS après avis de la Conférence Régionale de Santé. Le SREPS est arrêté pour une période de 5 ans par le préfet de région.

Le SREPS, dans sa version finale, devra comporter :

- les objectifs prioritaires retenus dans la région en termes de nature et d'importance des activités, de savoir-faire et de services requis notamment pour la constitution du pôle de compétences régional, de formations, de répartition géographique,
- les moyens nécessaires à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs, selon un calendrier précis,
- les modalités de complémentarité et de coopération, d'animation du réseau régional d'éducation pour la santé, les relations de ce réseau avec l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES),
- la démarche d'évaluation et ses critères qualitatifs et quantitatifs,
- un calendrier : le bilan de l'existant doit être réalisé dans les quatre mois qui suivent la parution de la circulaire et les SREPS doivent être présentés devant le Comité Régional des politiques de santé six mois après la réalisation du bilan.

#### **1.2.1.2 Le SREPS : schéma ou programme ?**

La circulaire précise que le SREPS est un élément stratégique qui vient compléter l'organisation régionale : les démarches régionales telles que le Programme Régional de Santé (PRS) comportent en effet déjà un volet prévention et éducation pour la santé. Le SREPS est parfois ressenti comme un gage de clarification, de structuration et de coordination de l'éducation pour la santé. Le SREPS est donc plus une démarche partenariale apte à dynamiser l'ensemble des plans et programmes de santé publique déjà mis en place.

Pour les acteurs que nous avons pu rencontrer au cours de nos entretiens, la distinction entre schéma et programme est claire : le schéma organise et aménage un service public d'éducation pour la santé alors que le programme détermine les actions, les moyens et les financements.

Pourtant, selon une l'étude réalisée par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de *Picardie*<sup>6</sup>, les acteurs ont des avis plus partagés. Certains pensent qu'une politique régionale de santé doit se traduire par un schéma car le schéma est structurant, transversal et incitatif, alors que d'autres estiment qu'un programme est plus intéressant car opérationnel, en prise directe avec le terrain et favorise une certaine souplesse de la part des institutions et des acteurs. Cette étude

---

<sup>6</sup> Philippe LORENZO, Linda GILLES, Anne DUCAMP, mars 2002 : Opinions et attentes des acteurs d'un schéma régional d'éducation pour la santé, ORS PICARDIE

confirme donc que schéma et programme se complètent largement : un programme est la finalité d'un schéma et un schéma sans programme n'a que peu de réalité.

## **1.2.2 Une souplesse offerte par la circulaire.**

### **1.2.2.1 Au niveau du choix des acteurs**

Le choix est laissé aux régions notamment pour la constitution du comité de pilotage (COFIL). Celui-ci est constitué de représentants régionaux et départementaux :

- des institutions intervenant dans le financement et parfois dans les actions elles-mêmes : partenaires issus de l'Etat, de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), de l'Assurance Maladie [Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)], des collectivités locales (Conseil régional, conseil général, communes), de la Mutualité.
- des partenaires à impliquer dans la démarche, notamment dans la professionnalisation des acteurs : Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), Faculté de médecine, Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES),
- des acteurs de terrain : représentant des institutions sanitaires et sociales et des usagers notamment.

Le groupe projet sera constitué par exemple de la DRASS, DDASS, URCAM, Education Nationale, Jeunesse et sport, administration pénitentiaire. Un ou deux chefs de projet sont désignés.

Certaines régions souhaitent l'intervention d'acteurs hors du champ de la santé, des représentants des usagers car elles estiment que l'important est la motivation des acteurs à travailler ensemble.

### **1.2.2.2 Au niveau de l'état des lieux**

L'état des lieux permet de recenser les acteurs et les actions de l'éducation pour la santé : leur statut, leurs moyens, leur implantation, des éléments descriptifs de leurs pratiques, les lieux d'échange et de partenariat, leurs difficultés éventuelles et leurs besoins. On distingue l'état des lieux quantitatif et qualitatif.

L'objectif de l'état des lieux quantitatif est de :

- clarifier qui fait quoi, où : quels acteurs, sur quels territoires, avec quelles missions, quels types d'action?
- repérer les doublons (dans les missions, dans les actions),
- repérer les territoires dépourvus d'actions et de promoteurs,
- faire ressortir les forces et les faiblesses des territoires en terme d'offre et d'action menées.

L'objectif de l'état des lieux qualitatif est de :

- permettre aux différentes sphères d'acteurs de s'exprimer sur leur besoin en matière d'éducation pour la santé et leur attente vis à vis du schéma,
- enrichir les problématiques soulevées par l'état des lieux quantitatif,
- tendre vers un consensus sur les constats et les pistes de réflexion ressortant de l'état des lieux.

### **1.2.3 Conséquences de la souplesse de la circulaire sur le SREPS**

De la définition plus ou moins large retenue pour l'éducation pour la santé découle le champ couvert par le schéma et l'état des lieux : prise en compte uniquement des actions collectives ou également des actions individuelles (rôle des professions médicales et paramédicales et des médecins généralistes), intégration de l'éducation thérapeutique, intégration de la formation.

La non-directivité de la circulaire a permis de respecter les spécificités de chaque région et de leur laisser une autonomie dans la typologie de l'état des lieux (par secteur d'activité, par pathologie, par type d'intervention, par échelon géographique d'intervention). La prise en compte de la dynamique des régions et l'état de leurs réflexions a permis des échanges fructueux lors de réunions nationales organisées par la DGS. L'absence de cadrage semble donc être une volonté politique, bien acceptée et utilisée par les acteurs régionaux.

Dès lors, quels critères peut-on retenir pour l'étude des conditions d'élaboration des SREPS ?

## 2 L'ANALYSE DES ENTRETIENS TEMOIGNE D'UNE DEMARCHE PRAGMATIQUE DES ACTEURS

Les critères que nous avons retenus pour étudier la démarche des acteurs sont présentés dans un tableau comparatif reproduit en annexe<sup>7</sup>. L'analyse des éléments de la méthode s'est en effet révélée indispensable pour comprendre la logique des personnes ou des groupes dans la démarche.

### 2.1 Les critères retenus pour analyser la démarche des acteurs

Le guide d'entretien a servi de point de départ à l'étude des critères. La sélection a ensuite été opérée à partir de la comparaison des informations recueillies.

Dans la première partie du tableau, consacrée aux **conceptions de l'éducation pour la santé**, nous avons retenu cinq indicateurs : l'institution à laquelle appartient l'interlocuteur, les conceptions de l'éducation pour la santé, la présence d'une Charte et sa nature, l'implication du CRES dans la phase d'état des lieux, la référence à l'éducation thérapeutique dans le SREPS.

La deuxième partie du tableau compare les instances d'orientation et de pilotage à l'aide de quatre éléments : la composition du comité de pilotage, l'appartenance institutionnelle du chef de projet, la présence d'un groupe technique intermédiaire et la place accordée à la population dans **les groupes de travail**.

Enfin, la dernière partie du tableau étudie cinq critères relatifs à **la méthodologie** : l'organisation d'un séminaire, la démarche d'enquête, la nature du bilan (quantitatif/qualitatif) réalisé à pour l'état des lieux, l'état d'avancement des travaux (échancier) et l'échelon territorial retenu pour l'état des lieux des SREPS.

#### 2.1.1 L'axe « éducation pour la santé » :

. la conception de l'éducation pour la santé. Le recours à une conception de l'éducation pour la santé peut-elle influencer la méthodologie retenue ? Une Charte a-t-elle été réalisée ?

. l'implication du CRES Compte tenu des missions du CRES en matière d'éducation pour la santé, leur niveau d'implication est-il significatif ?

. la conception élargie à l'éducation thérapeutique. Les deux volets de l'éducation pour la santé notifiés dans la circulaire sont-ils pris en compte (ou placés à niveau identique) ?

#### 2.1.2 L'axe « groupes de travail » :

. la composition du Comité de Pilotage. Quel est le niveau de pluridisciplinarité du COPIL et celui-ci est-il spécifique ?

---

<sup>7</sup> Cf. Annexe 3

. le chef de projet. Le choix du chef de projet et, en particulier, son positionnement fonctionnel sont-ils déterminants pour la dynamique du SREPS ?

. le groupe technique. L'existence d'un groupe technique, en appui du chef de projet, est-elle déterminante et quel lien existe-t-il entre le COPIL et le groupe technique ?

. La place de la population. Par quel biais les populations sont-elles associées à l'élaboration des SREPS ?

### **2.1.3 L'axe « méthodologie » :**

. le séminaire. Un séminaire a-t-il été organisé, à quel moment, dans quel but et quel était son contenu (précisément, s'agissait-il d'un séminaire de culture commune) ?

. la démarche d'enquête. Cet item permet de repérer la segmentation retenue pour la réalisation de l'état des lieux (par type d'acteurs, d'actions...).

. l'état des lieux et le taux de retour du questionnaire. Un état des lieux a-t-il été réalisé et sous quelle forme ? Lorsque les questionnaires ont été envoyés, quel a été le taux de réponse (ce dernier pouvant refléter l'intérêt des acteurs pour la démarche) ?

. l'avancée des travaux et l'échéancier. Quel est l'écart entre les dates recommandées dans la circulaire et l'état d'avancement des travaux ?

. l'échelon territorial retenu pour l'état des lieux. Quel échelon territorial a été jugé pertinent pour identifier l'offre actuelle en matière d'éducation pour la santé ?

## **2.2 L'analyse des résultats du tableau**

### **2.2.1 Conception de l'Éducation pour la Santé**

Peu de régions se sont conformées aux recommandations de la circulaire qui préconise l'élaboration d'une culture commune comme facteur de réussite du schéma, mais toutes s'appuient sur les références à l'éducation pour la santé citées dans cette circulaire (en partie 1) pour impulser la démarche, en particulier lors des séminaires, et contourner la difficulté de trouver une définition commune de l'éducation pour la santé.

On remarquera que dans la région du *Nord Pas de calais*, le travail sur les représentations a permis de définir une culture partagée, sans exclure les pratiques diversifiées des acteurs déjà présents sur le terrain.

Dans certaines régions, parallèlement à l'élaboration du SREPS, une Charte d'éducation pour la santé a été élaborée ou est en cours de rédaction (soit pour cristalliser les représentations communes, soit pour proposer des bonnes pratiques).

### **2.2.2 Implication du Comité Régional d'Éducation pour la Santé**

Le niveau d'implication du CRES dans le Schéma est variable selon les régions.

Il résulte de l'histoire régionale, en particulier du niveau de partenariat développé antérieurement, du positionnement du CRES dans le dispositif régional, de sa capacité à travailler en réseau mais aussi de la volonté du chef de projet du SREPS à l'associer à la démarche.

Dans certaines régions, il joue un rôle important, tel que celui de conseiller technique (*Midi Pyrénées*) pour l'élaboration des questionnaires ou celui de référent dans la mise en œuvre et le suivi de l'état des lieux (*Pays de la Loire*).

Dans d'autres régions, au contraire, le CRES travaille de façon plus isolée et ponctuelle pour la rédaction de documents de fond tels que les Chartes d'Éducation pour la Santé (*Bretagne*). Dans ce cas, il est sollicité par le Comité de Pilotage.

### **2.2.3 Conception de l'Éducation pour la Santé élargie à l'éducation thérapeutique**

On constate que deux tendances se dégagent dans la prise en compte de l'éducation thérapeutique dans le champ du Schéma Régional d'Éducation pour la Santé :

- l'exclusion de l'éducation thérapeutique du champ de définition du schéma, afin de ne pas alourdir la démarche en cours. L'exclusion se traduit par la restriction de l'envoi des questionnaires d'état des lieux aux institutions non hospitalières ou par la non inclusion d'items relatifs à l'éducation thérapeutique dans le questionnaire,
- l'individualisation de l'éducation thérapeutique dans le Schéma Régional d'Éducation pour la Santé. Une rubrique spécifique dans le bilan quantitatif retient les actions conduites en éducation thérapeutique. Cette option exprime la volonté de valoriser et s'appuyer sur des dispositifs existants et bien structurés.

### **2.2.4 Composition du Comité de Pilotage**

Dans les régions étudiées, on relève que deux options ont été retenues :

- l'utilisation du Comité Régional des Politiques de Santé comme comité de pilotage du SREPS. Les arguments avancés pour ce choix sont la légitimité du CRPS pour la validation du schéma et le souci de ne pas multiplier à outrance les instances et rationaliser leur fonctionnement,
- la constitution d'un comité de pilotage spécifique au SREPS, dans la volonté d'une plus grande ouverture du comité de pilotage. On notera qu'une grande partie des membres du comité de pilotage sont aussi présents dans les PRS ou les PRAPS.

L'association des financeurs au comité de pilotage est une démarche intéressante à relever. On peut penser que cette attention aura une incidence positive lors des déclinaisons des orientations du Schéma Régional d'Éducation pour la Santé, en particulier au moment des décisions de financement d'actions ou de dispositifs nouveaux.

### 2.2.5 Identité du chef de projet

La circulaire charge le Directeur de la DRASS de proposer au préfet le nom du chef de projet.

Dans la grande majorité des cas, le chef de projet est désigné parmi les membres de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Ce choix paraît logique car il correspond au niveau de définition des politiques de santé et permet d'avoir une grande réactivité et une diffusion rapide des informations dans la région et d'activer un "réseau de partenaires" existant.

### 2.2.6 Groupe technique

Les trois régions (*Picardie, Pays de la Loire et Nord Pas de Calais*) qui ont mis en place un groupe technique, en appui au chef de projet et au comité de pilotage, bénéficient de conditions favorables à la conduite du Schéma Régional d'Éducation pour la Santé.

Cela se traduit par un bon relais entre le niveau opérationnel et le niveau de validation du Schéma.

### 2.2.7 Place de la population

Les usagers sont peu sollicités pour participer à la réalisation des SREPS.

Alors que toute la population est concernée par l'éducation pour la santé, la prise en compte de ses besoins est réalisée par la consultation et l'implication des acteurs d'éducation pour la santé, en contact permanent avec elle.

On notera toutefois que deux régions ont intégré des représentants des usagers à la démarche. La *Bretagne* organisera des journées auxquelles les usagers seront conviés. Les *Pays de la Loire* ont associé deux représentants de parents d'élèves au Comité de Pilotage.

Cette préoccupation se confronte aux difficultés de cibler les représentants à consulter.

### 2.2.8 Séminaire

La circulaire préconise l'organisation d'un séminaire préalable à l'état des lieux, avec l'objectif d'élaborer une culture commune en matière d'éducation pour la santé.

Un séminaire a été réalisé, le plus souvent, après l'état des lieux, pour rendre compte du bilan. Seule la *région picarde* a choisi d'organiser un séminaire préalable dont l'objet était de permettre une rencontre des acteurs, plus que d'élaborer réellement une culture commune.

Mais il est nécessaire de rappeler que cette région travaille depuis plusieurs années sur les concepts d'éducation pour la santé et dispose déjà d'études sur ce sujet.

On constate donc que l'objet du séminaire a souvent été détourné. Il sert en priorité à la rencontre entre acteurs après l'état des lieux, la culture commune ne pouvant résulter que d'une pratique commune, fruit d'un travail en partenariat.

### 2.2.9 Démarche d'enquête

Des démarches différentes ont été choisies par les acteurs locaux. Certains opérateurs ont privilégié dans le questionnaire envoyé, une approche par actions, d'autres ont choisi une approche par acteurs. La plupart ont opté pour une approche multifactorielle (acteurs et actions) pour obtenir un état des lieux le plus exhaustif possible.

### 2.2.10 Etat des lieux et taux de retour des questionnaires

La circulaire préconise un bilan quantitatif et qualitatif. La plupart des régions l'ont mis en œuvre. Toutefois, le bilan quantitatif est systématiquement disponible tandis que le bilan qualitatif semble plus difficile à réaliser. L'aspect qualitatif est plus complexe dans la mesure où l'on constate une faiblesse du référentiel connu, comme l'illustre la difficulté rencontrée pour qualifier les nombreuses actions menées dans le secteur de l'Éducation Nationale (région *Nord - Pas de Calais*) et une pratique peu développée dans la qualification et l'évaluation des actions.

Le délai imparti pour réaliser l'état des lieux a parfois limité le bilan à son volet quantitatif.

Cela renforce la pertinence du SREPS, qui doit apporter une plus grande lisibilité et visibilité des acteurs et des actions et ainsi renforcer la pertinence des actions existantes et à venir.

Pour les trois régions (*Bretagne, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées*) qui ont opté pour la réalisation de **l'état des lieux par voie de questionnaire**, les taux de retour se situent entre 30% et 50%, ce qui est considéré comme satisfaisant et significatif de l'intérêt porté à la démarche du SREPS et sur sa nécessité.

### 2.2.11 Echelon territorial retenu pour l'état des lieux

Trois niveaux peuvent être retenus :

- la région : niveau de déclinaison des politiques de santé et du schéma,
- le département : la présence des conseils généraux en tant que financeurs et promoteurs incite à l'identification et la valorisation des actions et des acteurs de l'éducation pour la santé,
- le territoire (région *Nord - Pas de Calais*) et le pays (région *Bretagne*) semblent être le niveau de proximité le plus adapté à la réponse aux besoins de la population, en matière d'éducation pour la santé.

### 2.2.12 Avancée des travaux – échéancier

Dans toutes les régions consultées, **l'état des lieux** a été réalisé ou est en cours d'achèvement. Pour la plupart, l'état des lieux a été présenté au cours des séminaires pour constituer une base de travail.

**Les documents de cadrage** du SREPS sont en cours de rédaction dans deux régions (*Pays de la Loire et Nord-Pas-de-Calais*) et soumis à validation en *Picardie*.

Il apparaît donc que l'échéancier prévu par la circulaire ne sera que difficilement respecté.

### **3 DES LOGIQUES LOCALES ET NATIONALES INFLUENT SUR LES CONDITIONS D'ELABORATION DES SREPS ET CONTRIBUENT AU DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION POUR LA SANTE**

Les choix identifiés dans les différentes régions ne peuvent pas s'expliquer simplement par les différentes approches de l'éducation pour la santé. D'autres facteurs tels que les stratégies locales d'acteurs sont également importants pour rendre compte des modalités d'élaboration des SREPS.

#### **3.1 Les acteurs et leurs stratégies**

##### **3.1.1 Les choix locaux**

###### **3.1.1.1 Un état des lieux réalisé en interne ou en externe**

Dans certaines régions, l'état des lieux (dans son ensemble, pour son traitement ou pour la restitution aux acteurs) a été confié à un intervenant extérieur pour son expertise -(ORS, Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES), CRES. ...). En choisissant une telle stratégie, les maîtres d'œuvre des SREPS ont choisi l'objectivité et la rigueur dans la réalisation et la restitution de l'état des lieux. En effet, les DRASS, représentantes de l'Etat dans les régions, ont parfois estimé que leur légitimité n'était pas suffisante pour rendre compte du bilan et des actions à mener devant les représentants des collectivités locales et des associations.

Dans d'autres régions en revanche, l'état des lieux a pu être réalisé en interne.

###### **3.1.1.2 Les SREPS : décliner, compléter ou valoriser les Programmes Régionaux de Santé (PRS)**

Les SREPS ont été conçus alors qu'existait déjà un volet prévention dans les PRS. Au fil des entretiens, il est apparu un lien très étroit entre SREPS et volet prévention des PRS : d'une part, les instances et les personnes y siégeant sont souvent les mêmes ; d'autre part, les actions repérées sont largement identiques. L'articulation entre SREPS et PRS n'est pourtant pas claire. Selon les régions, les SREPS peuvent être un moyen de relancer des PRS atones, ou au contraire de valoriser les travaux déjà effectués dans le cadre des PRS.

##### **3.1.2 Les stratégies des acteurs**

L'élaboration des SREPS semble souvent conditionnée avant tout par les stratégies et les jeux de pouvoir des acteurs locaux.

###### **3.1.2.1 Ressources et contraintes des principaux acteurs**

Grâce aux observations sur le terrain et aux informations que nous avons pu collecter auprès des principaux acteurs des SREPS, il nous a paru intéressant d'analyser leurs

comportements sur le plan stratégique. Nous avons retenu 5 items selon la méthodologie de la sociologie des organisations, reprise par François-Xavier SCHWEYER<sup>8</sup>.

ACTEURS	OBJECTIFS	RESSOURCES	CONTRAINTES	STRATEGIES
DRASS	Répondre à la circulaire	Bonne connaissances des actions régionales	Relations à développer avec certains partenaires	Associer certains acteurs dans la démarche
CRES	S'intégrer activement dans la démarche	Bonne connaissance de l'éducation pour la santé	Pluridisciplinarité des acteurs	S'impliquer dans le séminaire
Education Nationale	Poursuivre ses actions	Mise en place d'actions d'éducation pour la santé à son niveau	Disponibilité Inter-ministérielle	En attente
Etablissements hospitaliers	Développer l'éducation thérapeutique	Bonne formalisation des actions en cours par rapport à l'éducation thérapeutique	Peu de culture d'éducation pour la santé	S'impliquera en aval du SREPS
URCAM	S'associer à la démarche en tant que décideur	Financier des actions	Choix des actions à prioriser	Etre associé à la démarche d'élaboration
ORS	Participer à l'élaboration de l'état des lieux	Bonne connaissance des structures	Bilan quantitatif et non qualitatif	Participer à l'étape du bilan
Les associations d'usagers	Etre entendu	Pouvoir définir leurs besoins	Peu de connaissance des différents acteurs	En retrait
Les collectivités territoriales	Poursuivre le développement de leurs propres structures	Beaucoup d'actions de terrain	Manque de coordination	En retrait

Les acteurs peuvent adopter des stratégies différentes :

- certains privilégient une démarche très participative car leur objectif est de faire valoir leur spécificité (par exemple, l'URCAM en qualité de financeur ou le CRES en raison de sa bonne connaissance de l'Éducation pour la Santé),
- d'autres ont plus une attitude d'attente car ils ont déjà développé une politique interne d'éducation pour la santé (Éducation Nationale, collectivités territoriales),
- enfin, l'ORS intervient en tant que prestataire puisqu'il peut répondre à des commandes de la part des opérateurs du SREPS.

Une des contraintes principales réside dans l'existence d'équipe pluridisciplinaire dont il est parfois difficile de coordonner les actions.

<sup>8</sup> Sociologie de l'organisation hospitalière, formation des infirmiers généraux et infirmières générales, promotion 2002, document pédagogique de l'ENSP.

### **3.1.2.2 Des stratégies locales efficaces**

Dans les régions les plus en avance dans l'élaboration de leur SREPS, la conduite du projet se fait en binôme, en interne ou en externe (par exemple DRASS / URCAM en *Picardie*). Ce choix permet certainement de mener un travail efficace, d'éviter les conflits entre acteurs et garantit une plus large adhésion aux options retenues.

Par ailleurs, dans ces régions, on repère une répartition claire des rôles entre comité de pilotage (chargé de définir les orientations générales) et groupe technique (chargé de l'expertise et de la mise en œuvre).

En définitive, si tous les acteurs sont responsabilisés, la démarche semble plus efficace.

## **3.2 Facteurs clefs de succès et perspectives d'évolution des SREPS et de l'éducation pour la santé**

L'analyse des critères retenus montre que trois conditions sont importantes et nécessaires au niveau local pour une bonne élaboration des SREPS. Néanmoins, le devenir des SREPS et le développement de l'éducation pour la santé restent dépendants de logiques nationales.

### **3.2.1 Les conditions de succès des SREPS**

Trois conditions semblent contribuer à la qualité de mise en œuvre des SREPS.

#### **3.2.1.1 Une interministérialité réussie**

Le SREPS repose sur l'idée d'une meilleure articulation des actions existantes et à venir en matière d'éducation pour la santé. L'efficacité de la coordination repose en particulier sur la qualité des relations entre acteurs aux préoccupations différentes.

Ainsi, bien que l'Éducation nationale soit aujourd'hui responsable de la santé scolaire, secteur important de l'éducation pour la santé, celle-ci ne semble pas être une priorité majeure de l'Éducation nationale. Dans ce contexte, le développement d'un partenariat local réel, validé et soutenu à l'échelon national semble la seule voie de progrès et d'amélioration des actions existantes et nouvelles.

D'autre part, il ne semble pas nécessaire de créer de nouvelles instances propres aux SREPS, alors que les compétences préexistent mais restent à coordonner. C'est dans cette logique que de nombreuses régions ont choisi de ne pas mettre en place de comité de pilotage spécifique mais d'attribuer de nouvelles fonctions au CRPS.

### 3.2.1.2 Le choix d'un échelon territorial pertinent

Plusieurs régions ont choisi de s'en tenir à l'échelon départemental pour décliner leur SREPS. Le département est un échelon territorial légitime : depuis les lois de décentralisation, le département a acquis de nombreuses compétences en matière sanitaire et sociale. Néanmoins, il peut s'avérer trop vaste pour répondre aux besoins locaux en matière de santé publique. C'est pourquoi un échelon plus fin a été choisi par deux régions (*Bretagne, Nord-Pas de Calais*). Cet échelon fin a été choisi en tant que "territoire de réflexion" mais constituera également un "territoire d'action" pertinent. Cette démarche pourrait favoriser l'implication des élus locaux et une plus grande participation de la population.

Plusieurs types de territoires étaient susceptibles d'être retenus : un « territoire naturel » reflétant l'appropriation par la population compte tenu de l'histoire, du relief et du développement économique ; un « territoire imposé » correspondant aux divisions administratives, juridiques et électorales ; un « territoire construit », espace d'action aménagé en fonction de diverses contraintes (par exemple, l'aire de rayonnement d'un hôpital).

En matière d'éducation pour la santé, partir de la population semble l'approche la plus pertinente ; pour autant, les deux autres approches ne peuvent être négligées. En région *Bretagne*, les acteurs du SREPS se sont appuyés sur les « pays »<sup>9</sup> pour l'état des lieux. De même, en *Picardie*, après une première phase à un niveau très agrégé, l'éducation pour la santé sera déclinée au niveau local du pays.

Le choix d'un échelon territorial fin est donc la deuxième condition d'efficacité et un tel choix permet non seulement un meilleur repérage des besoins de santé de la population, mais aussi une meilleure animation des partenariats des acteurs et une mobilisation plus facile des élus.

### 3.2.1.3 La cohérence et la qualité des partenariats entre acteurs locaux

La qualité des partenariats peut se mesurer de diverses manières: en recensant l'ensemble des acteurs concernés par ces partenariats et en étudiant leur contenu et la nature de leur collaboration.

Dans les régions où les SREPS ont bénéficié de bonnes conditions d'élaboration, les partenariats sont très variés et déjà anciens. Ils impliquent l'ensemble des acteurs traditionnels de l'éducation pour la santé, ainsi que des acteurs nouveaux. L'efficacité du travail accompli repose sur la qualité des échanges. Dans ces conditions, l'inclusion de nouveaux partenaires peut être, du moins dans un premier temps, un élément de ralentissement de la démarche.

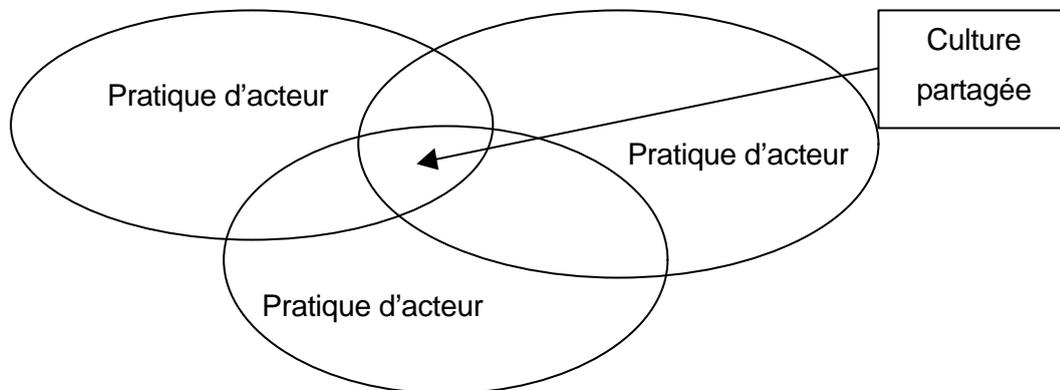
Le contenu du partenariat, les termes de l'accord jouent également un rôle important dans l'efficacité de la mise en place des SREPS. Par exemple, dans les régions où les SREPS sont les plus avancés, un accord s'est fait sur une culture partagée plus que sur une culture commune en

---

<sup>9</sup> les pays ont été créés par la loi ATR du 4 février 1995. Leurs compétences ont été élargies par la loi Voynet du 25 juin 1999

matière d'éducation pour la santé. En optant pour une telle démarche, les acteurs des SREPS ont pu établir plus rapidement l'état des lieux, tout en préservant les particularités de chacun des acteurs en matière d'éducation pour la santé.

### A la recherche d'une culture partagée



## **3.2.2 L'enjeu des SREPS dans une organisation de l'éducation pour la santé en mutation**

### **3.2.2.1 Le SREPS et l'amélioration des indicateurs de santé des populations**

Dans toutes les régions, les SREPS ont pour ambition de coordonner les actions en matière d'Éducation pour la Santé. Néanmoins, dans certaines régions, la démarche ne s'accompagne pas d'un recensement des besoins de la population. Cette mission est dévolue à la Conférence Régionale de Santé (CRS) et à l'Observatoire Régional de Santé chargés de développer et de suivre différents indicateurs de santé.

Ainsi, CRS, ORS et SREPS doivent-ils être complémentaires. Le SREPS peut s'analyser comme un outil permettant aux différentes actions d'Education pour la Santé de s'inscrire dans les politiques régionales de santé définies par les Conférences Régionales de Santé ; il peut également être une possibilité de créer une cohérence avec les PRS en vue de permettre une amélioration des indicateurs de santé de la population.

### **3.2.2.2 Le SREPS et la future loi quinquennale d'orientation en matière de prévention : quelle articulation ?**

Alors que les SREPS ne sont pas encore mis en place et que de nombreuses difficultés apparaissent dans certaines régions, le paysage de l'éducation pour la santé va vraisemblablement s'enrichir d'une loi quinquennale d'orientation qui sera présentée par le gouvernement en 2003. On peut s'interroger sur la place qui sera réservée aux SREPS dans le cadre de cette future loi. Plusieurs scénarii semblent possibles :

- la future loi pourrait faire disparaître ces schémas, en réintégrant les travaux effectués dans un nouveau cadre et en s'appuyant sur l'INPES comme maître d'ouvrage unique à un niveau national,

- les SREPS pourraient servir de base pour connaître les besoins de chaque région. En ce cas, seule la phase d'état des lieux, qui sera réalisée dans toutes les régions au printemps 2003, sera utilisée. Ce scénario n'est pas improbable puisque certaines DRASS (*Lorraine* par exemple) ont déjà fait le choix d'utiliser l'état des lieux du SREPS pour répondre à la consultation gouvernementale en vue de la prochaine loi quinquennale,
- les SREPS pourraient continuer de coexister avec les orientations de la future loi. En ce cas, qui semble être le plus vraisemblable, se poseront probablement des problèmes de coordination, les méthodes de travail n'étant pas les mêmes. En effet, la loi quinquennale semble privilégier les indicateurs quantitatifs, en s'inspirant de l'approche épidémiologique anglo-saxonne. Cette logique est différente de celle de l'INPES et des CRES qui privilégient une approche globale (bio-psychosociale).

### **3.2.2.3 Evolution générale des actions d'éducation pour la santé : quel lien entre les actions de l'INPES et celles des acteurs des SREPS ?**

L'évolution actuelle de l' INPES n'est pas neutre quant au devenir des SREPS et à leur future efficacité. Les orientations actuelles de l'INPES peuvent paraître contradictoires. D'une part, l'accent est constamment mis sur la nécessaire dimension locale de l'éducation pour la santé pour mieux répondre aux attentes sur le terrain. Cette évolution a débuté avec la création en 1997 au sein du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) de la cellule ADEPS (Appui au Développement de l'Education pour la Santé), chargée de soutenir les acteurs locaux de l'Education pour la Santé. Mais d'autre part, il semble que la création des postes de délégués régionaux de l'INPES, dont les acteurs locaux attendaient beaucoup, soit aujourd'hui en suspens. Dès lors, on peut s'interroger sur l'écart qui pourrait rapidement apparaître entre l' INPES et les acteurs locaux confrontés aux difficultés concrètes de l'éducation pour la santé. préconisées à un niveau national. Le développement de l'éducation pour la santé passe par un échange continu entre échelon national et échelon local : les acteurs locaux s'inspirent des idées développées par l'INPES et servent de relais aux campagnes nationales d'éducation pour la santé ; en sens inverse, la réflexion au niveau national se nourrit des expériences tentées au niveau local.

Ces contradictions se retrouvent dans les méthodes d'élaboration des SREPS. En effet, il apparaît que les CRES ont été inégalement associés, alors qu'ils auraient pu jouer un rôle beaucoup plus intéressant en tant que lien entre réflexions générales de l'INPES et acteurs de terrain de l'éducation pour la santé.

## CONCLUSION

Le déploiement des SREPS sur le territoire national est donc, comme ont pu l'être les SROS de première génération, un terrain fertile en expérimentation des démarches participatives dans la conduite de projets.

La capitalisation de ces expériences est essentielle. En effet, nous avons observé, au cours de cette étude, que, si les conceptions retenues pour l'éducation pour la santé et le choix de l'opérateur ne sont pas les déterminants majeurs de la méthodologie d'élaboration des états des lieux, les éléments locaux ont un poids bien plus significatif. On rejoint ainsi l'attachement de l'éducation pour la santé aux caractéristiques locales de la population accompagnée.

Seules quelques régions semblent en mesure de respecter les délais proposés par la circulaire du 22 octobre 2001. Néanmoins, ce retard n'est pas synonyme d'échec des SREPS. En effet, beaucoup plus que la réalisation du schéma dans les délais, c'est plutôt la clarification du rôle et des compétences des acteurs à l'échelon régional, la diffusion d'une culture partagée et, en particulier l'échange sur les pratiques et la connaissance de la diversité de l'offre et des acteurs qui sont importants dans la démarche. On peut en attendre une augmentation de la qualité des actions menées et une plus grande professionnalisation des acteurs.

En revanche, l'absence de lisibilité des niveaux de financements pour accompagner les schémas et les actions de communication, d'information et d'éducation qui en découleront semble être une faiblesse du dispositif actuel. En effet, parce que l'éducation pour la santé contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population et participe, à long terme, à la diminution de la mortalité prématurée, il convient de la doter d'une cohérence dans le temps et d'éviter de recourir à des actions ponctuelles qui ne prennent pas en compte les « trajectoires de vie » des individus.

# **ANNEXES**

# **ANNEXE 1**

# GUIDE D'ENTRETIEN

## PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE

### Objectifs :

Analyser les conditions d'élaboration des SREPS

Extraire les points forts / points faibles et les axes d'amélioration de la démarche

## ENTRETIEN

### 1. LES CONCEPTS ET LES ENJEUX

#### - CONCEPTION DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTE

Représentation

Pratiques professionnelles

#### - INTERET D'UN SCHEMA REGIONAL POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION POUR LA SANTE.

Au niveau national

Au niveau régional

#### - ENJEU POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION POUR LA SANTÉ

Au niveau national

Au niveau régional.

### 2. LES ACTEURS

#### - LA MISE EN PLACE DU COMITE DE PILOTAGE :

Modalités de désignation

Membres

#### - LE CHEF DE PROJET :

Origine

Choix

#### - SÉMINAIRE

Objectif

Choix dans le temps

**- LE CRES**

Rôle

Implication régionale

**- LE RÉSEAU de l'INPES**

Rôle

**3. ANALYSE DE LA MÉTHODOLOGIE RETENUE**

**- Méthodologique retenue**

Bilan quantitatif

Bilan qualitatif

**- Acteurs repérés**

**- Echelon géographique retenu**

**- Place de la population dans la démarche**

**- Planning du SREPS**

**- Résultats de l'état des lieux**

consensus sur le concept d'éducation pour la santé

conditions de mise en œuvre

## **ANNEXE 2**

# **LISTE DES PERSONNES CONTACTEES**

## **1. Entretiens sur place :**

- Pour la région Picardie :

Monsieur Cyril MICHAUD, chargé de mission à l'U.R.C.A.M.

- Pour la région Nord - Pas de Calais :

Madame le Docteur DEFEBVRE, Médecin Inspecteur de Santé Publique (M.I.S.P.), chef de projet à la D.R.A.S.S.

Monsieur Loïc CLOART, Directeur du C.R.E.S.

Madame le Docteur DUMONT, Académie de Lille (Ministère de l'Éducation Nationale)

- Pour la région Pays de Loire :

Madame Anne LE GALL, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales (I.A.S.S.) à la D.R.A.S.S.

- Pour la région Bretagne :

Madame le Docteur DEUGNIER, M.I.S.P. à la D.R.A.S.S.

## **2. Entretiens téléphoniques :**

- Pour la région Midi-Pyrénées :

Monsieur ALIAS, conseiller méthodologique au C.R.E.S.

- Pour la région Rhône-Alpes :

Madame Mathilde MORADELL, chargée de mission au Comité Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé (C.R.A.E.S.)

- Pour l'I.N.P.E.S. :

Madame Michelle PERROT, chargée de mission.

## **ANNEXE 3**

<b>Éducation pour la santé</b>				
<b>Régions</b>	<b>Personnes rencontrées</b>	<b>Conceptions de l'éducation pour la santé / Charte</b>	<b>Implication du CRES</b>	<b>Conception élargie à l'éducation thérapeutique</b>
<b>Bretagne</b>	MISP / DRASS	Concepts classiques (Charte d'Ottawa) Rédaction par le CRES d'une charte d'éducation pour la santé (dont 1 partie charte appliquée)	Élaboration de la Charte de l'éducation pour la santé	Oui
<b>Pays de la Loire</b>	IASS / DRASS	Concepts de la circulaire Rédaction d'une charte d'intervention commune	Fusion entre CRES et CODES pour constituer le CREDEPS qui a apporté un soutien méthodologique pour réaliser l'état des lieux	Non
<b>Midi-Pyrénées</b>	Conseiller méthodologique / CRES	Concepts de la circulaire	Inclus dans les travaux du groupe projet et les travaux du comité de pilotage	Oui
<b>Rhône-Alpes</b>	Chargé de mission / CRES	Accent mis sur la promotion de la santé	Le CRES contribue à l'état des lieux à la demande de la DRASS	Oui
<b>Picardie</b>	Chargé de mission / URCAM	Pas de concept précis Rédaction d'une charte de bonnes pratiques en éducation pour la santé	Participation au comité de pilotage	Non
<b>Nord-Pas de Calais</b>	MISP / DRASS, Directeur du CRES Éducation nationale	Intérêts pour les représentations de la santé	Chargé d'organiser le séminaire et participation au groupe technique régional	Oui

## Groupes de travail

Régions	Comité de pilotage (composition)	Chef de projet	Groupe technique	Place de la population
<b>Bretagne</b>	Pas de comité propre. Rôle confié au CRPS Composé d'environ 25 personnes, partenaires institutionnels de la DRASS en matière de santé publique (URCAM, rectorat, Conseils généraux, DDASS, Jeunesse et Sports...)	DRASS (MISP)	Absent	Personnes choisies parmi le Comité régional des usagers pour participer aux réunions départementales de présentation du bilan
<b>Pays de la Loire</b>	Désigné par le chef de projet, avec l'accord du DRASS et l'aval du CRPS. Composé de représentants des DDASS, de l'ARH, de l'éducation nationale, Jeunesse et sports, délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité, CREDEPS, mission locale Vendée, AIDES Vendée, planning familial, mutuelles, associations de parents d'élèves, URML, services pénitentiaires.	DRASS (IASS)	Présent	Représentants d'associations de parents d'élèves présents dans le comité de pilotage
<b>Midi-Pyrénées</b>	Composé de représentants de la CAF., CRAM, CRES, URCAM, DDASS, DRASS, Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, Jeunesse et Sports, Ecole Nationale d'agronomie, Délégation des droits de la femme, mutuelles.	DRASS	Absent	Néant
<b>Rhône-Alpes</b>	Co-pilotage par la DRASS et éducation nationale. CRES maître d'œuvre	DRASS Education Nationale	Présent	Néant
<b>Picardie</b>	Composition définie conjointement par la DRASS et l'URCAM. Composé de représentants de la DRASS, URCAM, CRAM, rectorat, URML, ORS, CRES, DRTEFP, conseils généraux, Conseil régional, mairie d'Amiens, Universités ligue contre le cancer.	DRASS et URCAM	Présent	Néant
<b>Nord-Pas de Calais</b>	Pas de comité propre. Pilotage confié au CRPS	DRASS (MISP et IPASS)	Présent	Néant

<b>Méthodologie / état des lieux</b>					
<b>Régions</b>	<b>Séminaire</b>	<b>Démarche d'enquête</b>	<b>État des lieux Taux de retour du questionnaire</b>	<b>Avancée des travaux Échéancier</b>	<b>Territoire retenu / état des lieux</b>
<b>Bretagne</b>	Séminaire départemental de présentation du bilan	Acteurs et actions	Questionnaire quantitatif avec quelques approches qualitatives Taux de retour : 30%	Analyse état des lieux en cours (ORS) Document de cadrage écrit au 1 <sup>er</sup> trimestre 2003	Pays
<b>Pays de la Loire</b>	Séminaire régional réalisé après l'état des lieux. Il n'avait pour objectif d'élaborer une culture commune mais de réunir les différents acteurs de l'éducation pour la santé mobilisés par l'état des lieux.	Acteurs et actions	Questionnaire quantitatif avec quelques approches qualitatives Taux de retour : 32%	Etat des lieux déjà réalisé. Document de cadrage en cours d'élaboration.	Région
<b>Midi-Pyrénées</b>	Séminaire départemental de présentation du bilan	Acteurs et champs investis	Questionnaire quantitatif avec quelques approches qualitatives Taux de retour : 40%	Analyse de l'état des lieux en cours. Date butoir de l'arrêt du SREPS non communiquée.	Département
<b>Rhône-Alpes</b>	Pas de séminaire de culture commune, le CRES ayant déjà travaillé sur ce sujet dès 1998	Acteurs	Etat des lieux: enquête qualitative	SREPS prévu en mars 2003.	Département
<b>Picardie</b>	Séminaire régional de culture commune (intégrant plus de 100 professionnels de la santé) avant la réalisation du bilan	Acteurs et actions	Quantitatif et qualitatif Taux de retour : non connu (1000 actions recensées)	Etat des lieux déjà réalisé. SREPS prévu en octobre 2002.	Région puis pays
<b>Nord-Pas de Calais</b>	Séminaire régional sur les représentations de l'éducation pour la santé, présentation du bilan et des attentes à 5 ans	Pas de questionnaire	Quantitatif : recensement des actions. Qualitatif : entretiens collectifs de groupe d'acteurs, d'usagers, de formateurs ; entretiens individuels avec les financeurs. Taux de retour : non connu	Etat des lieux déjà réalisé. Rédaction du document de cadrage SREPS en cours.	Territoires (correspondent aux secteurs sanitaires)

## **ANNEXE 4**

## Liste des abréviations utilisées

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
CAF : Caisse d'Allocation Familiale  
CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé  
CODES : Comité Départemental d'Éducation pour la Santé  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
CRAES. : Comité Rhône Alpes d'Éducation pour la Santé  
CREDEPS : Comité Régional et Départemental d'Education pour la Santé  
CRES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé  
CRPS : Comité Régional des Politiques de Santé  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DGS : Direction Générale de la Santé  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique  
HCSP. : Haut Comité de la Santé Publique  
IASS : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales  
IPASS : Inspecteur Principal des Affaires Sanitaires et Sociales  
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé  
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ORS : Observatoire Régional de la Santé  
PNEPS : Plan National d'Éducation Pour la Santé  
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de Santé  
PRS : Programme Régional de Santé  
SREPS : Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé  
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

## **ANNEXE 5**

## BIBLIOGRAPHIE

- ◆ Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications Jacques A.Bury.  
Bruxelles : De Boeck Université, 1998.(Savoirs et santé).pp.91-99 et pp.109-111
- ◆ Dr O.BRIXI , Dr B. SANDRIN-BERTHON , Dr F.BAUDIER Quelques repères en éducation pour la santé. In : La santé de l'homme, n°325, sept-oct 1996. pp.X-XV
- ◆ J.P DESCHAMPS Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. In Environnement et santé publique, RP, 1984, 34, 11, 21 février 1984,pp. 485-497
- ◆ L. TONDEUR L'éducation pour la santé, une efficacité sous conditions. In : Actualité et dossier en santé publique, n°16, sept 1996, pp XXII-XXVI.
- ◆ L. TONDEUR , F. BAUDIER Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique. In Actualité et dossier en santé publique, n°16, sept 1996, pp III-VI.
- ◆ C. BOUCHET et A. CAPRIOLI Etat des lieux. In Actualité et dossier en santé publique, n°16, sept 1996, pp. VII-XV.
- ◆ Education sanitaire, Education à la santé, Education pour la santé . In Vers un langage commun en éducation et promotion de la santé : contribution à un glossaire / CORES Basse-Normandie , juin 2000, pp. 33-35
- ◆ Education pour la santé. In Formation nationale des chargés de projet 2000/2001 : dossier documentaire / CFES
- ◆ Ph. LORENZO, L.GILLES, A.DUCAMP, Opinions et attentes des acteurs d'un schéma régional d'éducation pour la santé, ORS Picardie, mars 2002
- ◆ F.X SCHWEYER, Sociologie de l'organisation hospitalière, Formation des infirmiers généraux et infirmières générales, promotion 2002, document pédagogique de l'ENSP
- ◆ Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 (OMS)

- ◆ Loi n°99-553 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n° 95-115 du 4 février 1995, dite loi Voynet
  
- ◆ Plan National d'Education Pour la Santé , Conseil des Ministres, 28 février 2001
  
- ◆ Circulaire DGS/SD6 n°2001-504 du 22 octobre 2001 relative aux conditions d'élaboration des Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé

Sites internet :

- ◆ <http://www.sante.gouv.fr>
- ◆ <http://www.cfes-sante.fr>