



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

**« LES SCHEMAS RÉGIONAUX D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ :
ENJEUX ET LIMITES DANS LE CADRE
DES POLITIQUES RÉGIONALES DE SANTÉ »**

– Groupe n° 11 –

- | | | | |
|---------------------------|--------|------------------------|---------|
| – CULIOLI – BIGOT Michèle | (IASS) | – FLOUREZ Damien | (DH) |
| – DAGNEAU Nathalie | (DESS) | – LAGNEAU Damien | (DESMS) |
| – DREXLER Armelle | (DH) | – MOTTIER Perry | (DESS) |
| – DUMAS Camille | (DH) | – SERVEAU Audrey | (IASS) |
| – FAUCHET Pascal | (DS) | – WISNIEWSKI Elisabeth | (DS) |

Animateur :

**ERIC LE GRAND
SOCIOLOGUE**

Sommaire

INTRODUCTION **1**

1 L'EMERGENCE D'UNE NOUVELLE POLITIQUE D'EDUCATION POUR LA SANTE : LES SREPS **3**

1.1 LES POINTS FORTS : LA RICHESSE D'UNE GRANDE DIVERSITE D'ACTEURS ET DE SERVICES DANS CHAQUE REGION.	3
1.1.1 UNE LOGIQUE PARTENARIALE PLEBISCITEE PAR LES ACTEURS...	3
1.1.2 ...QUI GENERE LA COHERENCE DES ACTIONS.	4
1.2 LES POINTS FAIBLES : UNE POLITIQUE COMPLEXE ET INSUFFISAMMENT STRUCTUREE.	5
1.2.1 UNE PROFESSIONNALISATION A CONSTRUIRE.	5
1.2.2 UNE LISIBILITE A RENFORCER	6
1.3 LES ATTENTES : L'ELABORATION D'UN SCHEMA POUR REORGANISER L'OFFRE ET FAVORISER LA MONTEE EN QUALITE DES ACTIONS D'EDUCATION POUR LA SANTE EN REGION	6
1.3.1 UN SCHEMA POUR ACCROITRE LA VISIBILITE DES ACTIONS D'EDUCATION POUR LA SANTE.	7
1.3.2 UN SCHEMA POUR LEGITIMER LES ACTEURS D'EDUCATION POUR LA SANTE.	7

2 LES SREPS, UNE PLACE A GEOMETRIE VARIABLE AU SEIN DES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE SANTE EN REGION **9**

2.1 UNE COMPLEMENTARITE THEORIQUE ENTRE SREPS ET PRSP	9
2.1.1 LA THEORIE DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE	9
2.1.2 L'EDUCATION POUR LA SANTE : UN LIEN ENTRE PREVENTION, PROMOTION ET SOIN	10
2.2 DES DECLINAISONS REGIONALES PRAGMATIQUES ET HETEROGENES	11
2.2.1 UNE DEMARCHE PARTENARIALE APTE A DYNAMISER LES PRSP	11
A) Une consolidation de la démarche partenariale : des approches intégrées en Pays de la Loire et Aquitaine	11
B) Une approche volontariste : la création d'un PREPS en Bretagne	11
2.2.2 UNE LOGIQUE PARTENARIALE « REFROIDIE » PAR LE PRSP : LE CAS ATYPIQUE DU NORD-PAS-DE-CALAIS	12

3 DES SREPS AUX POLES REGIONAUX DE COMPETENCES : UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DES POLITIQUES REGIONALES D'EDUCATION POUR LA SANTE ? 15

3.1 DES PLATEFORMES DE SERVICES ET DE RESSOURCES POUR LES ACTEURS DE PROXIMITE	15
3.1.1 DES ACTIVITES DE SUPPORT MISES A DISPOSITION DES ACTEURS DE PROXIMITE POUR CONDUIRE LEURS PROJETS	15
3.1.2 UNE REPONSE REGIONALE EMBRYONNAIRE A LA NECESSITE D'UNE MONTEE EN QUALITE DES ACTIONS EN EDUCATION POUR LA SANTE	17
A) Une structure à formaliser	17
B) Des objectifs de qualité variablement posés	19
3.2 DES LOGIQUES POLITIQUES SOUS -TENDUES.	20
3.2.1 UNE LOGIQUE DE TERRITORIALISATION VISANT A ADAPTER L'OFFRE A LA DEMANDE	20
A) La légitimité d'un interlocuteur unique ?	20
B) Fournir une offre en adéquation avec les besoins réels du terrain tout en déclinant les objectifs régionaux de santé publique.	21
3.2.2 LES POLES DE COMPETENCES, ENJEUX DE RECOMPOSITION DES ACTEURS ET DE LEURS STRATEGIES.	23
A) L'appropriation des pôles de compétences par les acteurs de terrain et le positionnement du réseau des CRES/CODES.	23
B) Les relations GRSP/PRC : quelle nouvelle organisation de la promotion de la santé au niveau régional ?	23

CONCLUSION **25**

BIBLIOGRAPHIE **XXVII**

DOCUMENTS ANNEXES UNIQUEMENT JOINT AU RAPPORTEUR DU GROUPE

Remerciements

Nous tenons à remercier vivement Eric Le Grand, animateur du Module, pour son écoute attentive et sa grande disponibilité tout au long de ce travail collectif.

Nous souhaitons remercier les professionnels que nous avons pu rencontrer lors de nos entretiens, pour leur accueil et les informations qu'ils nous ont apportés, notamment ceux qui, malgré leur agenda bien rempli, ont pris le temps de nous recevoir et fait l'effort de répondre à l'ensemble de nos questions. Cette marque d'attention fut particulièrement appréciée.

Enfin, nous saluons l'effort de la coordination du MIP, dans sa capacité à répondre à temps à nos besoins logistiques et administratifs.

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé
CODES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
CREDEPS	Comité Régional et Départemental d'Education pour la Santé
CRES	Comité Régional d'Education pour la Santé
CRPS	Comité Régional des Politiques de Santé
CRS	Comité Régional de Santé
CRSP	Conférence Régionale de Santé Publique
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
EPS	Education Pour le Santé
FNES	Fédération Nationale d'Education pour la Santé
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HCSP	Haut Comité de Santé Publique
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour le Santé
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PNEPS	Plan National d'Education Pour la Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRC	Pôle Régional de Compétences
PREPS	Programme Régional d'Education Pour la Santé
PRS	Programme Régional de Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
SREPS	Schéma Régional d'Education Pour le Santé
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Méthodologie de travail

1. Les Axes transversaux.

L'axe « logistique »

- Un référent-coordonnateur du MIP a été identifié pour la gestion des aspects logistiques et administratifs, ainsi que pour la budgétisation du travail de groupe.
- Une liste mail de diffusion a été créée pour faciliter la circulation des informations et les échanges entre les membres du groupe de travail.

L'axe « évaluation continue »

- Un débriefing quotidien en formation collégiale a été organisé après chaque étape importante (recherche documentaire, entretiens de terrain).
- Des réajustements qualitatifs ont été apportés aux outils d'enquête et d'analyse (grille d'entretiens, tableaux) et aux axes de travail, à la suite à ces séances.
- Un échéancier fixant les objectifs, les personnes ressources et les dates butoir a été établi lors des premières réunions de travail du groupe collectif.

L'axe « inter-professionnalité »

- La composition des sous-groupes a été systématiquement constituée sur une base inter-filière, avec au minimum deux représentants de filières différentes.
- L'absence de médecin-inspecteur de santé publique (MISP) au sein de la formation collégiale du groupe de travail a toutefois été regrettée, eu égard à la place particulière des MISP dans le pilotage des SREPS, personnes ressources contactées dans les DRASS.
- L'animateur de chaque réunion de travail a veillé à l'équité des interventions de chaque représentant des filières, afin de mieux apprécier les positionnements de chacun et d'enrichir la réflexion autour d'un thème commun de santé publique.

2. Les Axes organisationnels.

Etape initiale : l'appropriation du sujet

- L'animateur du groupe MIP (Eric Le Grand) s'est positionné à la demande du groupe en accompagnement et en appui de la réflexion collective.
- Un temps de réflexion sur le thème général de l'éducation pour la santé a été organisé pour mieux comprendre ce champ particulier de la santé publique.
- Un temps de questionnement sur les enjeux et limites des SREPS dans l'organisation régionale des politiques de santé s'est déroulé afin de cadrer la phase exploratoire.

2^{ème} étape : phase exploratoire

- Un temps a été consacré à la recherche documentaire et bibliographique, afin de répartir ensuite la lecture de documents entre les différents sous-groupes (PNES, SREPS et PRSP, documents de travail, revues et ouvrages...).
- Avec l'appui de l'animateur du groupe, différentes personnes-ressources ont été identifiées et contactées par des groupes-référents constitués en inter-filiarité pour mieux répartir la charge de travail. Les quatre régions ont été sélectionnées (Aquitaine, Bretagne, Nord Pas de Calais et Pays de la Loire) en raison des contacts privilégiés des membres du groupe et de l'animateur, sans considérer cette sélection comme un classement représentatif de l'ensemble des régions.
- Il a été convenu pour chaque région de respecter la parité DRASS/CRES afin d'obtenir tant le point de vue des institutions de pilotage (DRASS) que celui du réseau des acteurs de l'éducation pour la santé en région (CRES). Une vision plus globale et transversale a été apportée par des entretiens à l'INPES et au FNES au plan national.
- Toutefois, en raison de la pluralité des intervenants et des contraintes d'agenda, il n'a matériellement pas été possible de contacter une personne-ressource par région, afin d'obtenir les positions respectives d'un promoteur de santé (association ou Education Nationale) et d'un décideur ou financeur (URCAM, ARH, collectivités territoriales dont notamment le Conseil Régional).
- Ces contraintes constituent des limites méthodologiques importantes. Cependant, elles ne nous sont pas apparues irréductibles dans la mesure où la recherche documentaire y pallie en partie. De plus, les questionnements issus de chaque région nous ont semblés généralisables, car confirmés par les entretiens à l'INPES et au FNES.

- Enfin, nous avons du intégrer le fait que l'éducation pour la santé constitue un champ où le recul est particulièrement insuffisant : il n'existe pas de véritable évaluation qualitative des SREPS, il y a peu de littérature sur la question,...

3ème étape : phase d'enquêtes sur le terrain

- Des grilles d'entretien communes aux acteurs (DRASS – CRES – INPES/FNES) ont été collectivement constituées, afin de conserver une trame commune de questionnement qui tienne compte des contextes locaux et institutionnels.
- Des tableaux ont été établis par le groupe en formation collégiale mais alimentés par chaque sous-groupe concerné. Ils ont permis une restitution collective des données issues des entretiens et des supports documentaires, afin de réaliser des comparaisons selon les régions et les acteurs. Les versions synthétiques et analytiques de ces tableaux figurent en annexe.

4ème étape : l'exploitation des données et l'analyse des résultats

- A l'appui des tableaux, le groupe en formation collégiale s'est attelé à l'analyse des données collectées, au regard des axes thématiques et de la problématique préalablement définie. Un plan détaillé « à un niveau fin » a ensuite été collectivement élaboré, afin de servir de trame au travail de rédaction.
- La répartition des tâches de rédaction entre les différents membres s'est effectuée au regard des préférences thématiques et des responsabilités régionales de chacun.

5ème étape : la restitution collective

- Un groupe de coordonnateurs a été identifié pour faire les liens lors de la rédaction. Il a eu pour mission de préserver l'unité de style, de respecter la cohérence de l'ensemble et d'organiser la compilation du document final.
- Un second groupe a été chargé d'élaborer un document de présentation en vue de la soutenance le 11 juillet, validé ensuite par le groupe collégial.
- Une Mise en situation collective à la soutenance a été réalisée le 10 juillet.

Dernière étape : la valorisation du travail effectué

- Un exemplaire du rapport final sera transmis aux interlocuteurs intéressés (CRES, DRASS, FNES et INPES) et sa mise en ligne sur le site de l'ESNP est acceptée.
- La publication d'un article dans la revue « La Santé de l'Homme » est envisagée.

Introduction

Depuis la loi d'hygiène publique de 1902, l'activité d'éducation pour la santé n'a cessé de s'inscrire au sein de politiques publiques. De l'hygiénisme issu du XIX^{ème} siècle au concept contemporain de promotion de la santé, de l'approche par pathologie à l'intégration des facteurs environnementaux, l'éducation pour la santé¹ a constamment fait l'objet de débats, tant sur ses objectifs que sur les moyens qu'elle mobilise. Pourtant, depuis le début du XX^{ème} siècle, sa légitimité s'est affirmée au travers de moyens financiers en hausse constante et de la constitution de réseaux d'acteurs locaux et institutionnels en charge de cette question. Ces trente dernières années ont été marquées par la nouvelle prise en compte des facteurs environnementaux, la montée en puissance de l'épidémiologie et de la santé publique, la réémergence de maladies infectieuses ou encore le constat de fortes inégalités de santé particulièrement visibles au niveau de la mortalité, entre différents territoires. Ainsi, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) a proposé, dans ses rapports successifs à partir de 1994², de valoriser la prévention et l'éducation pour la santé, afin de sortir du « tout curatif » et de l'hospitalo-centrisme.

Le développement de l'éducation pour la santé en France trouvera sa légitimité initiale renforcée dans le cadre d'un Plan national d'éducation pour la santé (PNES) présenté en Conseil des Ministres le 28 février 2001. Selon la définition énoncée dans ce plan « *l'éducation pour la santé 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 celles de la collectivité* ». La création de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, conforte l'engagement de l'Etat à développer une « *mission de service public* » d'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire. Ce nouvel établissement public administratif se substitue à l'ancien Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) afin, notamment, de soutenir l'ensemble du réseau associatif des acteurs de proximité dans la mise en œuvre des schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS).

Selon la circulaire du 22 octobre 2001, les SREPS poursuivent deux objectifs complémentaires : « *organiser le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétences en éducation pour la santé au service de tous les acteurs, dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et actions mis en place* », et « *optimiser*

¹ Pour une distinction entre éducation « à » et « pour » la santé, voir le glossaire en annexe.

² HCSP, *La santé en France*, 1994, 335 p.

l'organisation des services et la répartition de l'offre d'éducation pour la santé sur tous les territoires ». La loi de santé publique du 9 août 2004 institue quant à elle les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP), comportant un ensemble de programmes et d'actions pluriannuels en vue de la réalisation des objectifs nationaux définis par cette même loi. Ils devraient relayer la dynamique d'éducation pour la santé impulsée par les SREPS, au niveau des politiques régionales de santé. Ainsi, l'éducation pour la santé tend à devenir une réelle politique publique à vocation régionale. Or cette volonté institutionnelle se trouve aujourd'hui confrontée à certaines difficultés.

Comme toute politique publique nouvelle et déconcentrée, elle semble souffrir de la distance entre des décideurs - garants de la bonne gestion des deniers publics mais marqués par certains conflits de légitimité (INPES, DRASS, URCAM, collectivités territoriales,...) - et des acteurs locaux - associatifs, caractérisés par une forte volonté d'indépendance et des pratiques multiples, propres au domaine d'éducation traité. En outre, la loi du 9 août 2004, qui conserve un raisonnement « *centré sur la prévention des risques et non pas sur la promotion de la santé* »³, fragilise ce dispositif régional d'éducation pour la santé : ainsi, la circulaire du 24 septembre 2004 relative à la mise en place des PRSP ne mentionne pas de volet général consacré à la promotion de la santé, mais seulement les programmes de santé des jeunes en milieu scolaire. Les SREPS ne sont visés dans ce texte que comme support au volet du diagnostic général sur les ressources disponibles.

Ainsi, les SREPS ont eu pour ambition, lors de leur élaboration, d'impulser et de structurer les politiques publiques de l'éducation pour la santé en faisant travailler en partenariat les acteurs territoriaux, mais semblent souffrir aujourd'hui d'un manque de légitimité au niveau local. C'est face à ce constat qu'il convient d'étudier l'impact des PRSP et des pôles de compétences dans le domaine. Si l'élaboration en 2002/2003 de ces schémas a permis de rendre visible ce champ difficilement cernable, leur mise en œuvre au travers des PRSP et des Pôles Régionaux de Compétences a-t-elle abouti à structurer une véritable politique publique territorialisée et coordonnée d'éducation pour la santé en région ?

Pour répondre à cette interrogation, il convient de présenter la dynamique impulsée par les SREPS (1), comment ceux-ci s'articulent avec les PRSP (2) pour enfin évoquer la façon dont la mise en place des Pôles Régionaux de Compétences influence désormais les politiques régionales en matière d'éducation pour la santé (3).

³ Bernard GOUDET, « la loi de santé publique du 9 août 2004 : une analyse sociologique », *Santé Publique*, 2004 (16), pp. 597-604.

1 L'émergence d'une nouvelle politique d'éducation pour la santé : les SREPS

Alors que nombre des schémas arrivent à échéance, un premier bilan relatant tant les forces que les faiblesses des politiques régionales d'éducation pour la santé peut être dressé. En se dotant d'un instrument de planification, les régions ont affirmé l'existence d'une politique publique d'éducation pour la santé territorialisée qui a fait émerger des attentes spécifiques de la part des acteurs.

1.1 Les points forts : la richesse d'une grande diversité d'acteurs et de services dans chaque région.

Il résulte de la circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des SREPS que l'association de l'ensemble des acteurs concernés par l'éducation pour la santé contribue à asseoir la légitimité de ces schémas⁴.

1.1.1 Une logique partenariale plébiscitée par les acteurs...

Le domaine de l'éducation pour la santé concerne un grand nombre d'acteurs qui doivent agir de concert : des institutionnels et des élus des collectivités territoriales d'abord ; des acteurs et professionnels de santé, du travail social et du système éducatif ensuite ; la société civile enfin, le plus souvent représentée au sein d'associations de promotion de la santé ainsi que par le réseau des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (CRES/CODES). Il ressort de la lecture des SREPS et des entretiens menés que ces divers acteurs, tous associés aux différentes phases de la mise en place des SREPS, sont pleinement conscients de la nécessité de travailler ensemble.

Dès le départ, leur contribution a été déterminante lors des « séminaires de travail » préconisés par les textes. Ces séminaires réunissant l'ensemble des acteurs avaient vocation à élaborer une « culture commune » autour des concepts, enjeux, méthodes et outils de l'éducation pour la santé. Ils ont ainsi permis de construire un schéma régional sur des bases communes. Certaines régions, à l'instar de la région Basse Normandie, sont allées plus loin en formalisant des débats jugés très fertiles dans des chartes,

⁴ A-M. PALICOT et M. PRAT, (coord.), *Les conditions d'élaboration des SREPS*, MIP n°26, ENSP 2002. Voir aussi Marguerite-Marie DEFEBVRE, al. « Bilan préalable au SREPS en Nord-Pas de Calais : constat et attentes », *Santé Publique*, 2005 (17), pp. 13-24.

s'inscrivant dans des démarches de qualité⁵. Par ailleurs, la consultation de ces acteurs s'est avérée indispensable lors de la réalisation des diagnostics régionaux partagés de l'offre et des besoins en éducation pour la santé.

En tout état de cause, l'implication personnelle des acteurs, le poids des relations interpersonnelles et l'inscription dans une logique de négociation non concurrentielle sont des facteurs essentiels au développement de l'éducation pour la santé en région.

1.1.2 ...qui génère la cohérence des actions.

La composition interprofessionnelle des acteurs ayant pris part à l'élaboration et à la mise en œuvre des SREPS participe à la cohérence des actions menées. Les acteurs amenés à se rencontrer ont désormais une plus grande lisibilité des actions mises en œuvre. De plus l'échange de pratiques et le partage d'expériences contribuent, si ce n'est à une harmonisation des pratiques, au moins à une convergence de celles-ci. Il paraît donc essentiel que l'ensemble des partenaires s'entendent pour résoudre une problématique commune sur des objectifs tant sanitaires qu'éducatifs pouvant être différents.

Dans le domaine de l'éducation pour la santé, l'accompagnement méthodologique des acteurs de terrain a vocation à faciliter cette mise en commun. Aux niveaux régional et départemental, les comités d'éducation pour la santé s'inscrivent largement dans cette logique, en favorisant les échanges sur la base de valeurs partagées (rôle d'animation) et en structurant l'éducation pour la santé autour de critères de qualité (rôle de coordination).

Au total, l'étude des différents SREPS permet de constater que, le plus souvent, les services et les ressources humaines en matière d'éducation pour la santé préexistent. Reste à favoriser leur reconnaissance et asseoir leur légitimité. Les SREPS ont contribué à rendre visible cette dynamique, ce qui explique qu'ils ont été très bien accueillis et largement investis dans la plupart des régions étudiées. S'ils ont permis d'établir le constat partagé d'une politique régionale complexe, car diffuse et éclatée entre de multiples acteurs, les schémas n'ont pas su la rendre totalement lisible.

⁵ Cf. 3^e partie.

1.2 Les points faibles : une politique complexe et insuffisamment structurée.

Des limites se dégagent, qui appellent un renforcement des compétences des acteurs de terrain et une meilleure lisibilité du dispositif pour ces mêmes acteurs.

1.2.1 Une professionnalisation à construire.

L'éducation pour la santé est un domaine complexe, qui requiert des compétences spécifiques. Lors de l'élaboration des SREPS, la plupart des régions ont ainsi procédé à une enquête spécifique relative à l'offre de formation existante. Ces états des lieux montrent que les formations initiales et continues en éducation pour la santé demeurent globalement très insuffisantes, souvent inadaptées et hétérogènes. Il est à noter que sont concernées la formation des acteurs de terrain mais aussi celle des formateurs. Le développement de tels enseignements était l'un des effets attendus des SREPS, qui ont vocation à permettre des approches transversales : le CRES Nord-Pas-de-Calais a ainsi fait part de son sentiment d'une réelle avancée en la matière grâce aux schémas, lesquels ont en effet permis l'organisation de formations locales des acteurs de proximité ; la DRASS des Pays de la Loire a, quant à elle, insisté sur la nécessité de développer le champ de la formation existante. C'est pourquoi la question de la professionnalisation des intervenants de terrain est aujourd'hui au cœur des préoccupations⁶.

Si les pôles régionaux de compétences qui se mettent en place se sont emparés de cette question⁷, il existe chez les acteurs de terrain une forte demande de renforcement des compétences, d'autant que les institutionnels s'inscrivent volontiers dans la logique de labellisation et d'évaluation des compétences. Une telle position doit toutefois être encadrée par des critères objectifs, afin de parer au risque d'exclusion de certains opérateurs. Etablir des référentiels par type de formation, labelliser les formations qui s'y réfèrent et mettre en place des formations diplômantes doit permettre de renforcer la légitimité des acteurs.

⁶ Voir notamment : Observatoire régional de santé de Basse Normandie, *La professionnalisation en éducation pour la santé en Basse-Normandie*, décembre 2005.

⁷ Cf. 3ème partie.

1.2.2 Une lisibilité à renforcer

La lecture attentive des travaux préparatoires aux SREPS témoigne très souvent d'un certain désarroi des acteurs qui ne trouvent pas leur place au sein d'un système morcelé. Le schéma devait contribuer à un éclaircissement en la matière mais force est de constater que le résultat n'est pas à la hauteur de l'espérance. Par ailleurs, lors des entretiens, les DRASS, pourtant porteuses des SREPS, ont souvent mis l'accent sur l'insuffisante connaissance de l'existence du document lui-même. Difficile dans ce contexte de tirer parti d'un tel outil et d'orienter les intéressés au mieux, au vu de leurs besoins. Une des explications apportées à cette appropriation limitée du SREPS par les acteurs de proximité résulte de la phase de centralisation des données à la DRASS.

Au-delà de ces considérations, il apparaît difficile d'impliquer et de motiver des acteurs conscients que l'éducation pour la santé ne bénéficie pas à l'heure actuelle de financements pérennes et unifiés, dans un contexte budgétaire contraint, d'autant que la promotion de la santé n'apparaît pas comme une priorité des politiques de santé. En effet, si certaines priorités du courant de la promotion de la santé sont présentes dans la loi de santé publique du 9 août 2004, le terme même est laissé de côté et « *la logique participative, ascendante et éducative de ce courant est absente. Le raisonnement est centré sur la prévention des risques et non pas sur la promotion de la santé. [...] L'éducation pour la santé est mentionnée mais la logique des orientations choisies lui réserve le rôle d'exécutant docile des prescriptions biomédicales : faire passer des messages édictant les "bonnes normes" »*⁸. La reconnaissance financière de l'éducation pour la santé en région est donc un enjeu essentiel pour des opérateurs qui soulignent l'absence de visibilité des circuits et des durées des dotations. De surcroît, il existe aussi, selon les opérateurs, un risque de désinvestissement des financeurs de ce champ peu rémunérateur.

1.3 Les attentes : l'élaboration d'un schéma pour réorganiser l'offre et favoriser la montée en qualité des actions d'éducation pour la santé en région.

Les SREPS, en tant que schémas, ont pour objet de restructurer une politique publique d'éducation pour la santé faiblement identifiée au sein des politiques régionales de santé.

⁸ Bernard GOUDET, *op. cit.*

1.3.1 Un schéma pour accroître la visibilité des actions d'éducation pour la santé.

L'élaboration d'un schéma dans une démarche de planification stratégique et territorialisée est, pour les acteurs, une garantie de clarification du rôle et des compétences de chacun. Il s'agit, par exemple, de « *décliner, à chaque niveau de responsabilité, concertation et coordination entre décideurs d'une part et opérateurs d'autre part* »⁹. Les SREPS ont donc été l'occasion d'un véritable « catalogage » des acteurs d'autant plus nécessaire que de nombreux professionnels interviennent sans que cela soit leur mission première et que les actions développées, leur nombre comme leur nature, sont multiples et variés.

Dans ce « dédale », le constat établi de façon concertée par l'ensemble des acteurs régionaux, dans la partie consacrée à l'état des lieux des SREPS, est unanime sur le morcellement du système et sur l'insuffisance de coordination : on note un déficit de programmation pluriannuelle, un saupoudrage des moyens sur un nombre élevé de structures sans évaluation de la qualité et de l'efficacité des actions entreprises ni réflexion sur les « doublons », une grande complexité des démarches administratives pour l'obtention des financements, l'absence de vision globale et pluridisciplinaire, ... Or, la richesse des intervenants, de leurs activités, des publics bénéficiaires et des lieux d'intervention exige une organisation des activités et une coordination des intervenants, afin de garantir une accessibilité pour tous à l'offre de services et de ressources en éducation pour la santé. Il est ainsi nécessaire que l'éducation pour la santé s'inscrive dans des programmes pluriannuels. L'organisation de cette politique doit donc être assurée dans le respect des prérogatives de chacun des acteurs sur la base de partenariats institutionnalisés, en développant la contractualisation et les appels à projets communs entre les décideurs. L'objectif général des SREPS est donc de « *faire en sorte que l'éducation pour la santé s'intègre à toute action de santé développée [en région]* »¹⁰.

1.3.2 Un schéma pour légitimer les acteurs d'éducation pour la santé.

Les SREPS poursuivent un second objectif essentiel pour les opérateurs en termes de légitimité fonctionnelle : la montée en qualité des actions d'éducation pour la santé, par un renforcement des structures, l'évaluation de l'efficacité et de la pertinence des actions.

⁹ SREPS de Bretagne 2003-2007, stratégie II.3.1.

¹⁰ Préambule du SREPS de Bretagne.

Le Docteur Defebvre¹¹ explique ainsi en quoi le SREPS en Nord Pas-de-Calais doit aider les services à s'inscrire dans la dynamique des politiques régionales et permettre la fédération des acteurs, afin de leur donner les moyens nécessaires à leur développement : « *cela signifie entre autre de passer d'une logique de fonctionnement en structure individuelle à une logique de mutualisation de moyens (travailler en pôle de compétence, en plate-forme de services). (...) Cependant [la] dispersion des acteurs n'est pas équilibrée par une culture commune, des formations, une recherche suffisante, une capitalisation des expériences permettant de générer un savoir-faire de qualité* ».

Les SREPS ont donc vocation à favoriser la montée en qualité des projets des acteurs et à développer les compétences en éducation pour la santé des acteurs de proximité¹². Plusieurs actions y contribuent¹³ : « *accroître la professionnalisation des intervenants* » ; « *structurer l'offre documentaire* » ; « *assurer la validation des outils* » ; « *renforcer le conseil méthodologique auprès des promoteurs* » ; « *fonder les programmes et les actions sur une culture commune en EPS* »... La mise en place d'un « pôle régional de compétences en éducation pour la santé » sera l'outil privilégié de réalisation de ces objectifs stratégiques¹⁴.

Ainsi les SREPS ont-ils été l'occasion d'établir un constat partagé par l'ensemble des acteurs de terrain dans chaque région d'une politique complexe, car diffuse et éclatée. Leur élaboration a par ailleurs permis d'affirmer la légitimité d'une politique publique territoriale en développement, dont il est attendu un renforcement au travers la mise en place des nouveaux PRSP promus par la loi de santé publique du 9 août 2004.

¹¹ Marguerite-Marie DEFEBVRE, al. « Bilan préalable au SREPS en Nord Pas de Calais : constat et attentes », *op. cit.*

¹² 2^e objectif général du SREPS Nord Pas-de-Calais, *Contact Santé* n°191, mars 2004.

¹³ Objectifs opérationnels tirés des SREPS Pays de la Loire et Bretagne.

¹⁴ Cf. 3^e Partie.

2 Les SREPS, une place à géométrie variable au sein des programmes de mise en œuvre des politiques de santé en région

En vertu de la loi du 9 août 2004 de santé publique, les Plans régionaux de santé publique (PRSP) doivent regrouper l'ensemble des programmes de santé de la région. La question se pose de la place réservée à l'éducation pour la santé au sein de ces plans : entre intégration et simple juxtaposition, chaque région répond à sa façon à ces enjeux d'articulation et de cohérence des politiques régionales de santé.

2.1 Une complémentarité théorique entre SREPS et PRSP

2.1.1 La théorie de la planification stratégique

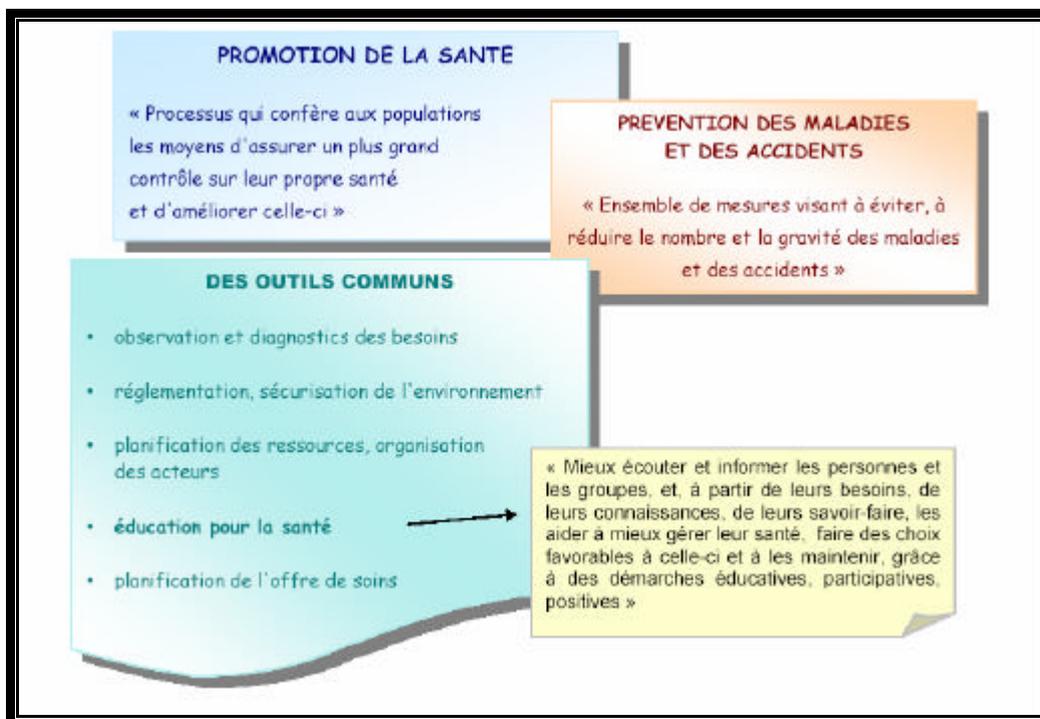
Le SREPS constitue un document qui établit un bilan qualitatif et quantitatif des structures, actions, dispositifs et formations qui existent au niveau régional. Il est souvent accompagné d'une « charte de consensus » précisant ce que les acteurs entendent par éducation pour la santé, les conditions de mise en œuvre, la coordination nécessaire, les ressources financières ainsi que les conventions sur lesquelles s'engagent les différents partenaires, ainsi que la présentation des résultats. En tant que tel, le SREPS constitue un schéma d'orientation sans valeur juridique ni opérationnelle. Il se contente d'organiser et d'aménager en incitant les acteurs à se restructurer et en promouvant la transversalité.

Quant à lui, le PRSP constitue un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région. Ce plan est arrêté par le Préfet de région après avis de la conférence régionale de santé (CRS), instance consultative. C'est au groupement régional de santé publique (GRSP) de le mettre en œuvre. Le PRSP décline à la fois les objectifs nationaux de santé publique, tout en définissant les priorités régionales de santé. Il a donc une vocation opérationnelle, en ce qu'il détermine et planifie dans le temps les actions, les moyens et financements associés, ainsi que les indicateurs de suivi nécessaires à leur évaluation.

SREPS et PRSP doivent donc étroitement s'articuler. L'un comme l'autre s'inscrivent dans un processus de planification permettant d'organiser des actions de proximité, dont la finalité est de réduire les inégalités de santé, notamment par des actions d'éducation pour la santé.

2.1.2 L'éducation pour la santé : un lien entre prévention, promotion et soin

L'éducation pour la santé est au cœur des préoccupations actuelles, en ce qu'elle tend à agir sur les comportements individuels. Elle sensibilise les individus à la nécessité de devenir acteurs de leur santé, en adaptant leurs comportements au quotidien. Il s'agit de l'éducation «pour » la santé de la personne ou de la population elle-même, telle que celle-ci la conçoit et telle qu'elle choisit de la construire ; et non pas seulement telle que la projettent les professionnels ou les institutions. Le professionnel en éducation pour la santé s'attache donc à valoriser l'autonomie et la responsabilité de la population. Les actions en éducation pour la santé comporte des portes d'entrée variées (thématique, population ciblée, territoire) et de multiples types d'intervention (actions éducatives, mise à disposition d'informations scientifiquement validées, communication, formation et recherche). On peut donc représenter le lien de transversalité qu'établit l'éducation pour la santé entre promotion et prévention de la façon suivante¹⁵ :



Le volet prévention constitue une part importante de l'éducation pour la santé. Au-delà d'une information, elle implique le développement de l'expérience personnelle, des compétences et de la capacité de jugement face aux facteurs du bien-être ou du risque. En effet, l'éducation pour la santé n'est pas une affaire de simple information sur les risques et ne peut pas se faire sans leur participation. C'est pourquoi elle engage un travail sur les représentations individuelles et sociales, les attitudes face au risque et au bien-être, les réactions personnelles, rationnelles ou irrationnelles.

¹⁵ SREPS Pays de la Loire, 2003-2008.

Composante essentielle de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé met en œuvre une démarche pédagogique qui implique les sujets et adapte les objectifs aux besoins de la population, dans la mesure où la modification des comportements ne se décrète pas. De plus, cette action doit s'accompagner d'une réflexion sur la modification des déterminants de santé.

Par conséquent, les nouveaux PRSP devraient s'inscrire dans une démarche globale de promotion de la santé en s'appuyant sur la réflexion en matière d'éducation pour la santé ainsi que sur la dynamique partenariale issue des SREPS.

2.2 Des déclinaisons régionales pragmatiques et hétérogènes

Selon les régions, l'intégration des SREPS au sein des PRSP a pu constituer un élément moteur, ou à l'opposé, générer de grandes difficultés du fait des particularités locales.

2.2.1 Une démarche partenariale apte à dynamiser les PRSP

A) Une consolidation de la démarche partenariale : des approches intégrées en Pays de la Loire et Aquitaine

En région Pays de la Loire, le travail en partenariat autour de l'éducation pour la santé existe depuis plusieurs années déjà. SREPS et PRSP sont venus conforter et formaliser l'existant. Le SREPS a établi un lien de transversalité entre les différents programmes régionaux de santé. Il a été directement intégré au PRSP, lequel est constitué de plusieurs cahiers, dont le second intègre le SREPS. La logique d'actions en éducation pour la santé était déjà acquise dans les Pays de la Loire, ce qui leur a permis une appropriation relativement facile.

En Aquitaine le SREPS constitue en quelque sorte, l'«*épine dorsale*» du PRSP en tant qu'axe vertical du PRSP, l'éducation pour la santé constituant une préoccupation transversale du PRSP. Les références à la Charte d'Ottawa, aux déterminants de la santé, sont explicites ; une pleine cohérence est ressentie entre ces deux documents régionaux, sans que toutefois la région ne soit allée vers une planification plus avancée, telle celle amorcée en Bretagne.

B) Une approche volontariste : la création d'un PREPS en Bretagne

En Bretagne, le choix a été fait d'élaborer un programme régional d'éducation pour la santé (PREPS)¹⁶, support à l'égard de tous les programmes développés par le PRSP

¹⁶ PREPS Bretagne, in *Plan régional de santé publique 2006-2010*, pp. 75-77.

Bretagne 2006-2010¹⁷. Le PREPS constitue une actualisation du SREPS 2003-2007¹⁸ ; il prévoit néanmoins des orientations plus opérationnelles que le schéma en question.

La DRASS justifie cette démarche volontariste par le souci d'irriguer toutes les politiques et toute la population d'éducation pour la santé, d'intégrer l'éducation et la promotion de la santé à toute action de santé développée en Bretagne. En ce sens, l'idée même d'un PREPS va au-delà de la conception suggérée par la loi de santé publique et par la circulaire de 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique. Le CRES évoque, quant à lui, la nécessité d'un affichage de la politique en question et la volonté d'éviter une dilution de l'éducation pour la santé dans les différents programmes du PRSP. La conférence régionale de santé approuve cette initiative et souligne que « *la Bretagne est la seule région à avoir élargi le SREPS à l'ensemble de la population, choix en adéquation avec l'approche globale et transversale du PRSP, et plus judicieux que le cantonnement au seul milieu scolaire* ».

Deux objectifs sont assignés au PREPS : renforcer la qualité des actions d'éducation et de promotion de la santé d'une part, favoriser l'appropriation des concepts et méthodes de l'éducation et de la promotion de la santé par les intervenants des champs sanitaire, social et éducatif d'autre part. Cette approche transversale sous-tend trois orientations essentielles : l'organisation de l'éducation et promotion de la santé, le renforcement des compétences et le développement de l'éducation pour la santé du patient. Parce qu'il est un programme support, cet outil original n'a toutefois pas vocation à être évalué en tant que tel car l'évaluation portera sur les programmes thématiques qui doivent prévoir un volet relatif à l'éducation pour la santé. La perception globale et collective de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé en particulier pourrait, à terme, rendre inutile tout schéma spécifique, à la faveur d'une conception intégrée de santé publique.

2.2.2 Une logique partenariale « refroidie »¹⁹ par le PRSP : le cas atypique du Nord-Pas-de-Calais

Le Nord-Pas-de-Calais est à part dans le paysage régional traditionnel de la santé publique, puisqu'il bénéficie de ce qu'on peut appeler une « *tradition d'intervention publique locale développée et innovante en matière de santé* »²⁰. Le Conseil Régional a notamment manifesté précocement une volonté forte de s'investir dans le domaine de la santé, dès 1974, alors même qu'il ne disposait d'aucune compétence obligatoire, et que la

¹⁷ DRASS Bretagne, *Plan régional de santé publique 2006-2010*.

¹⁸ DRASS Bretagne, *Schéma régional d'éducation pour la santé 2003-2007*.

¹⁹ Selon l'expression du directeur du CRES Nord-Pas-de-Calais.

²⁰ P. LONCLE-MORICEAU, F. SCHAËTZEL, « La régionalisation des politiques de santé – Les politiques de santé en Nord-Pas-de-Calais », *Pouvoirs locaux* n° 50, septembre 2001, p. 136.

Région n'était pas encore collectivité territoriale. De ce fait, une logique partenariale a été appelée à se développer bien avant la mise en place d'outils et d'obligations réglementaires : les différents acteurs se retrouvaient au sein du Comité régional des politiques de santé, sorte de comité de gestion des PRS qui proposait chaque année une répartition des crédits alloués aux PRS par le Contrat de Plan Etat-Région, tout en permettant l'identification des actions financées par un acteur déterminé. Comme le résume Umberto Battist, ancien Vice-président du Conseil Régional, « *cette capacité des responsables de notre région de dépasser leur seule logique institutionnelle pour faire vivre des partenariats fructueux au service de la population régionale, est une réelle richesse qui nous est souvent enviée* »²¹.

Cependant, cette logique partenariale à l'origine de financements d'actions en éducation pour la santé, a volé en éclats avec la constitution du GRSP. En effet, le Conseil Régional et les conseils généraux, de par leur relégation dans un rôle secondaire face à la prééminence de l'État, se sont mis en retrait du GRSP : ils financent en commun, en parallèle à cette instance, des actions de promotion de la santé²². Trois ans après ce refroidissement des relations, les différents financeurs se retrouvent au sein d'une instance technique pour l'instruction commune des dossiers, qui s'additionne à la structure existante du GRSP. Cette logique des acteurs, rendue complexe par la loi du 9 août 2004, peut expliquer la faible place que revêt l'éducation pour la santé dans le PRSP. Ce dernier abandonne l'approche globale et positive caractéristique de la promotion de la santé dans les anciens PRS, pour se concentrer sur des groupes-cible et la stigmatisation de certains comportements, conception qui semble pourtant aujourd'hui dépassée de l'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé demeure un champ encore bien fragile au sein des politiques régionales de santé, comme l'atteste les degrés divers d'articulation et de conceptualisation au sein des PRSP. Soumise à des logiques d'acteurs parfois conflictuelles, l'éducation pour la santé semble chercher un nouveau souffle pour pouvoir s'inscrire dans la durée, au-delà de l'extinction des SREPS prévue par la loi du 9 août 2004. Les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé sont-ils dès lors susceptibles d'impulser cette nouvelle dynamique ?

²¹ Umberto BATTIST, *Contact Santé* n° 151, juillet-août 2000, p. 3.

²² Ces collectivités territoriales ont signé la « *Charte pour la promotion et l'amélioration de la santé des habitants du Nord-Pas de Calais* » en septembre 2006.

3 Des SREPS aux pôles régionaux de compétences : une nouvelle dynamique des politiques régionales d'éducation pour la santé ?

Dès l'origine, les SREPS étaient appelés à « *organiser le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétences au service de tous les acteurs de la région, dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et actions mis en place* »²³. Pour autant, les pôles de compétence n'ont pas été constitués concomitamment à l'élaboration du SREPS, de sorte qu'aujourd'hui toutes les régions ne disposent pas d'un pôle opérationnel.

3.1 Des plateformes de services et de ressources pour les acteurs de proximité

Éléments constitutifs de l'organisation d'un service public d'éducation pour la santé, les pôles régionaux de compétences constituent un levier pour développer l'éducation et la promotion de la santé, participant à la construction d'une culture partagée.

3.1.1 Des activités de support mises à disposition des acteurs de proximité pour conduire leurs projets

Les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé s'analysent comme des « *plateformes de services et de ressources* »²⁴ qui visent trois objectifs principaux :

- améliorer la qualité des programmes et des actions mises en place localement en étoffant les compétences des acteurs ;
- mutualiser, partager l'information entre tous les acteurs (professionnels et usagers) dans le but d'harmoniser les pratiques, d'introduire plus de complémentarité dans les interventions, de mieux prendre en compte les besoins et la place des usagers ;
- optimiser les ressources afin de mieux couvrir les territoires et les populations, de faciliter le transfert d'interventions qui marchent, l'implantation d'actions innovantes.

Sur un plan organisationnel, le pôle de compétences constitue une organisation, physique ou virtuelle, fédérant les ressources et les compétences de la région susceptibles d'être mises à disposition des acteurs de proximité pour mettre en place des actions en

²³ Circulaire n° DGS/SD6/2001/504 du 22 Octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

²⁴ Appel à projets INPES 2007-2009, « *Développement de l'éducation pour la santé (EPS) et de la promotion de la santé (PS)* ».

éducation pour la santé. D'un point de vue financier, le fonctionnement des pôles est soutenu par les appels à projet INPES pour 2004-2006. Un second appel à projet 2007-2009 est destiné à poursuivre et amplifier le travail engagé pour le développement des pôles de compétences, avec un budget total de 7 millions d'euros. Cet appel à projet national se décline à deux niveaux géographiques de mise en œuvre, régional et interrégional ou national²⁵. Généralement, ce sont les CRES-CODES qui portent les pôles en région, en raison de leur expertise reconnue.

Les activités développées par les professionnels au sein des pôles sont multiples et variées. Elles nécessitent des compétences et ressources d'appui pour la mise en œuvre d'actions de proximité de qualité et le développement d'une culture commune. Ceci recouvre des fonctionnalités transversales de services (appui, formation, expertise, évaluation), des outils (ressources documentaires, bases de données, supports d'intervention) et des lieux d'échanges et de construction en commun (cahiers des charges, chartes et protocoles). Les prestations délivrées par les pôles sont principalement axées sur les domaines suivants :

- l'ingénierie de projet, l'accompagnement et le conseil méthodologique ;
- le suivi et l'évaluation des actions, par la mise en place d'outils (tableaux de bords, indicateurs, système d'information...) ;
- la formation et la sensibilisation en éducation pour la santé²⁶ ;
- la documentation en éducation pour la santé²⁷ ;
- la communication sur le pôle et ses activités.

Ainsi, plus généralement, le pôle régional de compétences assure à la fois les missions de « centre de ressources pour des porteurs de projets, de carrefour inter-institutionnel et inter-réseaux d'échanges d'information, de pratiques et d'expertise, de lieu de coordination, de l'offre de service et du système d'information »²⁸. Les activités du pôle de compétences sont donc orientées vers les acteurs de terrain, mais peuvent aussi viser les décideurs. Le pôle revêt ainsi une fonction fédératrice d'articulation et de lien entre l'ensemble des acteurs.

²⁵ Tableau en annexe.

²⁶ Dans le sillage du rapport SANDRIN-BERTHON, une réflexion sur l'offre de formation a été menée par la DRASS dans le Nord Pas de Calais. Voir M-M. DEFEBVRE, al. « Evaluation de l'offre de formation en EPS dans le Nord/Pas de Calais », *Santé Publique* (19), 2007, pp. 39-51.

²⁷ N. CORNEC, Session n°6 « les pôles régionaux de compétences en EPS : pour quoi faire ? - L'expérience du groupe national des documentalistes », in INPES, *Les journées de la prévention – 12, 13 avril 2005*.

3.1.2 Une réponse régionale embryonnaire à la nécessité d'une montée en qualité des actions en éducation pour la santé

Sur les quatre régions étudiées, plusieurs types de pôles de compétences émergent, en rapport d'une part avec les sensibilités et stratégies des acteurs régionaux et d'autre part avec les contextes locaux. Ainsi, la région Pays de la Loire assimile, de fait, le Comité régional et départemental d'éducation pour la santé (CREDEPS) au pôle régional de compétences, eu égard à sa capacité à répondre aux principales missions dévolues à un tel outil. La région Aquitaine a, quant à elle, finalisé son pôle documentation, opérationnel depuis un an, dont le site Internet permet l'accessibilité à toutes les données documentaires, outils et offres de formation des partenaires. Il n'existe donc pas de modèle unique dans la mesure où la particularité de chaque région est préservée. Toutefois, deux enjeux structurants semblent se dégager derrière la diversité des activités et des configurations développées : le statut juridique de la structure et la définition de critères de qualités.

A) Une structure à formaliser

Le statut juridique et organisationnel des pôles régionaux de compétences n'est pas précisé dans les textes, pas plus que sa composition. C'est pourquoi en fonction des régions, le support formel varie selon le degré de structuration, mais aussi selon les priorités définies par les acteurs pour la mise en place de ce nouvel outil.

En Aquitaine, ce sont cinq réseaux associatifs qui, par convention, forment le pôle. C'est pourquoi le choix s'est porté sur le dispositif juridique d'une fédération d'associations. Toutefois ce statut risque d'être remis en question, en cas d'ouverture à d'autres acteurs non associatifs, tels que les organismes de l'assurance maladie et les mutuelles. En Bretagne, la formalisation du pôle de compétences ne constitue pas une priorité du CRES, porteur du projet, par rapport aux actions de formation à mener en direction des acteurs de terrain. Surtout, l'enjeu autour de la structuration d'un tel pôle semble plutôt consister à mettre à disposition du réseau des acteurs un outil opérationnel et performant, clairement identifié comme force de proposition unique auprès des décideurs.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, il existait, depuis 1990, la Maison Régionale de Promotion de la Santé (MRPS), créée par le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais, la DRASS et la CRAM Nord-Picardie. Différentes associations partageaient de mêmes locaux, ce qui faisait en quelque sorte de la MRPS l'« *épicerie géographique de tout ce que la région*

²⁸ Appel à projets INPES 2007-2009, « *Développement de l'éducation pour la santé (EPS) et de la promotion de la santé (PS)* ».

compte d'institutions ou d'associations périsanitaires »²⁹. La MRPS était destinée avant tout aux habitants du Nord-Pas-de-Calais, en leur offrant la possibilité, sur un même lieu, d'entrer en contact avec des associations de prévention. La MRPS a ainsi réussi à créer un espace de rencontre, de concertation, de création entre les différents acteurs de la prévention et de la promotion de la santé. Ce succès tient à la reconnaissance des compétences distinctes des différentes associations, du respect de l'autonomie de chaque organisme, du regroupement des potentiels humains, de la multidisciplinarité au sein d'une structure commune. Sorte de pôle de compétences avant l'heure, la MRPS, de statut associatif, a dû, sur l'injonction de la DRASS qui souhaitait l'ouvrir à des partenaires non associatifs, se transformer en groupement d'intérêt économique, dénommé Groupement Régional de Promotion de la Santé (GRPS), même si aucune nouvelle structure n'y participe encore.

Ces questions de fonctionnement du dispositif révèlent la nécessité de disposer d'un statut juridique, fiscal et organisationnel adapté pour gérer des services communs et pour définir un système de gouvernance entre des acteurs confrontés à des contradictions politiques économiques et territoriales. Le modèle associatif semble être privilégié pour les éléments de souplesse qu'il suppose, favorables aux mutualisations de moyens et d'outils mais aussi aux échanges et complémentarités. Toutefois, d'autres types de support sont possibles, comme la structuration en « réseau de santé », afin d'émarger à la dotation régionale des réseaux. On assiste à un paradoxe entre une volonté institutionnelle de professionnalisation des acteurs et la mise en place de dispositifs de financement proches du « bricolage »³⁰.

Mais, derrière ces considérations, émerge le risque d'une administration monolithique de l'éducation pour la santé en région, de l'opportunité d'instaurer un modèle unique de pôle : à travers ce questionnement ressortent les enjeux de l'articulation et de la cohérence, où les éléments de souplesse et d'autonomie locale priment sur toute démarche normative centrale ou descendante. Espaces de concertation, de rapprochement et d'interfaçage entre les acteurs sur un territoire donné, les pôles régionaux de compétences ne peuvent développer leur capacité de mobilisation qu'à la condition de s'inscrire dans une démarche participative et ascendante. Dans l'équilibre à préserver entre l'unité et la diversité, les fédérations ne peuvent résulter que d'échanges contractuels et de coordinations. Elles ne peuvent pas être imposées en vertu d'un

²⁹ Jean- Pol DURAND, « Trois régions prêtes à expérimenter la déconcentration sanitaire », *Filières et Réseaux* n° 64/65, janvier/février 2003, p. 15.

modèle hiérarchique et unilatéral, dans la mesure où les partenariats ne se décrètent pas. Mais cette tendance à l'homogénéisation des pratiques s'exprime surtout au regard des actions, avec en filigrane, la question de l'homologation des interventions en éducation pour la santé en vertu de référentiels de qualité.

B) Des objectifs de qualité variablement posés

Les Etats-Généraux de la prévention de 2006 ont donné lieu à la rédaction d'un rapport sur « *les stratégies nouvelles de prévention* » remis au ministre de la santé en décembre 2006. Ce rapport a permis de fixer les orientations stratégiques en matière de prévention et des préconisations dans le champ de l'éducation pour la santé. Il est notamment affirmé que le développement d'une démarche qualité permettra de faciliter la mobilisation des associations qui interviennent dans la prévention. L'INPES est chargé de l'élaboration d'un référentiel qualité, en concertation avec les associations impliquées. Au préalable, l'INPES a souhaité recenser les différentes démarches qualité, entendues comme « *processus d'amélioration continue de la qualité des activités* »³¹.

Renforcer la qualité des actions est d'autant plus pertinent actuellement, dans la mesure où la détermination de tels « standards » sera nécessaire pour permettre au GRSP d'évaluer les projets et actions à financer. L'intérêt du pôle de compétences est ainsi réel : en effet, quelle autre structure, en région, serait plus compétente et surtout légitime pour déterminer de tels critères ? Cette réflexion sur l'amélioration continue de la qualité a donné naissance à des réalisations variées selon les régions.

En Aquitaine, en Pays de la Loire, ou encore en Basse-Normandie, l'une des premières étapes à la montée en charge d'objectifs « qualité » a été la réalisation d'une charte qualité, visant à diffuser une culture commune et à atteindre un standard de qualité accepté par les acteurs. La Bretagne a fait le choix de construire un mémento, document de référence permettant de synthétiser toutes les données de base relatives à la promotion de la santé.

La région Nord-Pas-de-Calais est déjà allée au-delà du simple développement d'une culture commune avec une charte des formations continues en éducation pour la santé

³⁰ INPES, *Les journées de la prévention* – 12,13 avril 2005 : session 6 : « les pôles régionaux en éducation pour la santé »

³¹ Appel à contribution de l'INPES, « *Recensement par l'INPES de projets relatifs à des démarches qualité en prévention et en éducation pour la santé* ».

dans la région³². Celle-ci est proposée pour adhésion à chaque acteur de formation, lequel s'engage « *par ses actions, à renforcer les capacités des individus et des groupes sociaux, à faire des choix favorables à leur bien-être et à la collectivité* » et obtient, en retour, une « *labellisation de ses actions de formation par les décideurs régionaux* ».

La démarche qualité préconisée dans le rapport sur « les stratégies nouvelles de prévention » va bien plus loin que ce qui existait jusqu'à présent, puisque parmi les propositions d'action, il est proposé de « *labelliser des entreprises en « Prévention - Santé* » sur la base d'un cahier des charges renforçant la promotion de la santé ». Cette labellisation, dont la compétence reviendrait à l'INPES, est fortement attendue par le CRES Nord-Pas-de-Calais. Il devient alors envisageable qu'il labellise l'ensemble du réseau des CRES/CODES, ce qui leur assurera une pérennité, qui n'est plus toujours assurée. Si le risque de sélection des acteurs n'est pas à écarter, il est indéniable qu'une telle démarche participe à la professionnalisation du champ de l'éducation pour la santé et à une meilleure reconnaissance de ses acteurs, souhaitée par les financeurs régionaux.

3.2 Des logiques politiques sous-tendues.

Les pôles régionaux de compétences n'ont plus à prouver leur utilité, même s'ils sont souvent encore à l'état embryonnaire. Pour autant, leur appropriation par les différents acteurs amène vraisemblablement à une redéfinition et à une clarification du rôle de chacun.

3.2.1 Une logique de territorialisation visant à adapter l'offre à la demande

S'il est indéniable que la loi de santé publique a effectué un « recentrage » de la politique de santé publique en faveur de l'État, il n'en demeure pas moins que l'échelon régional s'est vu reconnaître une compétence opérationnelle pour les programmes nationaux de prévention, dont les actions mises en œuvre font appel à l'éducation pour la santé.

A) La légitimité d'un interlocuteur unique ?

Face à la mise en place du GRSP, dont l'ambition est de se présenter comme un « guichet unique »³³ pour les financements en matière de santé, il pourrait apparaître

³² *Charte des formations continues en éducation pour la santé dans le Nord-Pas-de-Calais* (document fourni par la DRASS Nord-Pas-de-Calais).

³³ Cette ambition dépend cependant très fortement des régions considérées, d'autant que l'article 3 de la loi de santé publique permet au Conseil Régional de développer des actions particulières

comme étant utile d'avoir une structure disposant de l'expertise en éducation pour la santé, à laquelle le GRSP pourrait se référer lors de l'instruction des projets demandant subventions. De plus, le développement de l'éducation pour la santé au cours de ces dernières années a pu amener à un certain foisonnement des acteurs³⁴. Ceci semble ainsi plaider en faveur d'un interlocuteur unique permettant de jouer le rôle d'appui des différentes actions.

Si la fonction d'appui aux actions ne semble pas être remise en cause par les différents intervenants, un problème apparaît cependant selon la position du « curseur » pour l'appui et l'expertise. En effet, reconnaître le pôle régional de compétences comme interlocuteur unique face aux financeurs ne risque-t-il pas de déboucher sur une demande, plus ou moins implicite, desdits financeurs de légitimer ou de sélectionner les promoteurs sur la qualité de leurs projets ? Ce risque, jugé faible par les acteurs institutionnels (DRASS), peut cependant apparaître réel, à long terme, si des critères de qualité compréhensibles et facilement lisibles n'émergent pas des discussions entre les différents réseaux parties au pôle régional de compétence. Derrière cette question, apparaît le risque de position monopolistique du pôle régional de compétences, d'autant plus « contre-nature » qu'il est censé être un espace de concertation et d'échange entre les différentes associations et parties, et non un simple regroupement d'associations³⁵.

B) Fournir une offre en adéquation avec les besoins réels du terrain tout en déclinant les objectifs régionaux de santé publique.

La territorialisation des politiques de santé³⁶ permet, au-delà du pilotage régional, de mieux connaître la population et donc de mieux répondre à leurs besoins de santé tout en améliorant l'efficacité des actions et la qualité du service rendu de proximité. Elle permet aussi de s'inscrire dans une démarche participative où les habitants s'approprient leur devenir collectif dans une perspective globale des personnes et transversale des différents déterminants de la santé, conforme au concept de promotion de la santé, et de

dans le domaine de la santé, hors GRSP. « Art. L. 1424-1. - Dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'article L. 4221-1 du code général des collectivités territoriales, le conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'Etat dans la région sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre ».

³⁴ INPES, *Les journées de la prévention* – 12,13 avril 2005 : session 6 : « les pôles régionaux de compétences ».

³⁵ Cette position a été notamment présentée par le directeur du CRES Nord-Pas-de-Calais en prenant l'exemple de la Maison Régionale de la Promotion de la Santé (MRPS) ce qui permettait de mutualiser « le contenant », alors qu'il est attendu du GRPS la mutualisation du « contenu ».

³⁶ J. Pommier, « Les évolutions de la promotion de la santé et de la prévention », *2^e Rencontre régionale des acteurs en éducation pour la santé d'Alsace*, 12 décembre 2006.

réduire les inégalités sociales et territoriales de santé³⁷. Ainsi, en Bretagne, le PRSP s'articule avec des projets territoriaux de santé expérimentés avec l'appui de l'Etat, de l'Assurance maladie et du Conseil régional³⁸.

Les pôles de compétences en éducation pour la santé constituent « *un dispositif à la croisée des territoires* »³⁹, organisant des relations multi-niveaux. Ils doivent nécessairement s'organiser sur une base régionale, afin de se positionner au même niveau horizontal que les instruments de pilotage et de financement des politiques régionales de santé, afin de répondre aux sollicitations des acteurs institutionnels en matière de promotion de la santé et d'éducation à la santé. Toutefois, ils se doivent aussi de répondre aux attentes (offre de service, prospection des besoins) des acteurs de proximité, lesquelles correspondent aux spécificités des territoires locaux tels qu'ils sont vécus et construits par la population, en s'appuyant sur les ressources existantes et en dynamisant la coordination intersectorielle entre les interventions. Ainsi, en Bretagne, « *les animateurs territoriaux de santé sont des relais efficaces pour développer des approches d'éducation pour la santé* »⁴⁰, ressources locales du pôle régional de compétence dans la mise en place d'un centre de documentation et pour le développement des méthodes d'éducation pour la santé des réseaux qu'ils animent. Dans les Pays de la Loire, les ressources documentaires du CREDEPS, pôle de compétence par défaut, sont déclinées au niveau départemental.

Puisque « *l'effectivité des politiques dépend de la capacité de mobilisation des acteurs locaux* »⁴¹, les pôles régionaux de compétences ont donc aussi vocation à s'inscrire dans une démarche ascendante « au fil de l'eau ». En effet, la structuration régionale des pôles de compétences risque de reproduire les inégalités territoriales existantes dans l'accès à l'éducation pour la santé, alors même que cette politique a précisément pour ambition de réduire les inégalités sociales de santé.

³⁷ Institut Renaudot, « Enjeux et conditions d'une dynamisation des territoires de santé », *Les journées de la prévention – 29 et 30 mars 2007*.

³⁸ François. PETITJEAN, « Santé publique : la Bretagne articule plan régional et projet territorial », *La Santé de l'Homme* n°283, 2006, pp. 23-24.

³⁹ A-C. MARCHAND, al., « Les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé : un dispositif à la croisée des territoires », INPES, *Les journées de la prévention – 29 et 30 mars 2007*.

⁴⁰ *Idem*.

⁴¹ C. CLAVIER, « Appel à projets et contrats : des instruments au service de la mobilisation des acteurs locaux », INPES, *Les journées de la prévention – 29 et 30 mars 2007*.

3.2.2 Les pôles de compétences, enjeux de recomposition des acteurs et de leurs stratégies.

A) *L'appropriation des pôles de compétences par les acteurs de terrain et le positionnement du réseau des CRES/CODES.*

Plusieurs facteurs facilitent les rapprochements entre les acteurs de proximité au sein d'un pôle regroupant et mutualisant les ressources et les services en éducation pour la santé. Ils expliquent la qualité des partenariats : en premier lieu, la perception d'intérêts partagés autour d'une dynamique de projet basée sur la capitalisation des ressources communes ; en second lieu, la nécessité pour les acteurs associatifs de se regrouper pour des raisons de survie financière, mais aussi la volonté d'élargir les thèmes d'intervention en s'inscrivant dans une approche globale de l'éducation pour la santé.

Il en découle un positionnement du pôle en matière d'éducation pour la santé au niveau régional qui articule une fonction d'interlocuteur vis-à-vis des instances régionales (GRSP) en qualité de « *conseiller externe* »⁴². Il est donc légitime de se poser la question du devenir des CRES/CODES dont on peut souligner la proximité des activités⁴³. En France, il est toujours plus facile d'ajouter un dispositif que d'en enlever un, car tout pousse à garder le système existant et à lui en superposer de nouveaux. Les pôles régionaux de compétences deviendront-ils les nouveaux « *INPES en région* », dans un processus de substitution au réseau associatif à l'image de l'ancien CFES ? Il est permis de douter de la disparition des CRES/CODES, eu égard à leur compétence historique et généraliste en matière d'éducation pour la santé et de promotion de la santé. Le repositionnement de ces réseaux, le plus souvent chargés de la mise en place des pôles régionaux, s'orientera certainement vers des fonctions d'animation, de régulation et de veille. La constitution des pôles de compétences devient donc un enjeu de positionnement pour les différents acteurs exerçant les fonctions d'opérateurs en éducation pour la santé : de quelle manière vont-ils s'approprier ce dispositif ?

B) *Les relations GRSP/PRC : quelle nouvelle organisation de la promotion de la santé au niveau régional ?*

La mise en place des pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé s'inscrit aussi dans une vaste stratégie de recomposition des acteurs de la santé au

⁴² INPES, *Les journées de la prévention* – 12,13 avril 2005 : session 6 : « les pôles régionaux en éducation pour la santé, pour quoi faire ? ».

⁴³ Cette proximité explique l'identification opérée par les acteurs institutionnels de la région Pays de la Loire entre le pôle régional de compétences et le CREDEPS.

niveau régional, relancée par la loi de santé publique du 9 août 2004. En matière de promotion de la santé, les nouveaux groupements d'intérêt public que sont les GRSP n'ont pas pour vocation de regrouper des acteurs mais des financeurs, dans la mesure où cette instance politique a pour fonction d'orienter la politique régionale de santé publique. Les relations réciproques entre les pôles et les GRSP s'organisent donc à différents niveaux.

Au plan des financements, la mise en place des GRSP vise à constituer un guichet unique pour les financements en matière de santé publique. Toutefois, toutes les institutions sont réticentes à « verser au pot commun » en matière de promotion de la santé. La régionalisation des politiques exige un engagement des collectivités territoriales dans le fonctionnement des réseaux de l'éducation pour la santé, afin d'éviter une trop forte « étatisation ». Il pourrait donc s'avérer nécessaire et pertinent de régionaliser le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS). Mais s'agissant du financement propre des pôles de compétences, ces derniers demeurent tributaires des fonds nationaux liés à l'INPES. Il conviendrait de responsabiliser les acteurs institutionnels régionaux en la matière, mais encore faut-il que cette base de financement s'établisse sur un socle plus pérenne : en effet, entre le système de la dotation et le système de contrats pluriannuels, les arbitrages n'ont pas encore été effectués. De plus, le système de gouvernance instauré par le législateur (prépondérance du Préfet de Région) risque de faire éclater la logique de regroupement des financeurs, en raison des conflits avec les différents décideurs locaux autour du « leadership » au sein du GRSP, comme l'atteste la situation de la région Nord Pas-de-Calais.

Sur le plan des partenariats, il apparaît nécessaire que les différents membres du GRSP (collectivités territoriales, Etat, URCAM) arrivent à s'entendre, pour unifier les commandes et appels à projets en matière de promotion de la santé sur le territoire régional, dans la mesure où le réseau régional des opérateurs a lui aussi fait l'effort de se restructurer à travers un pôle régional de compétences en éducation pour la santé. Se profile alors la délicate question des rapports réciproques entre le GRSP et le pôle régional de compétences, en termes d'indépendance dans le cadre procédural des appels à projets : le pôle se doit d'intervenir en appui technique sur les critères de qualité inscrits dans le cahier des charges, mais ne peut devenir, in fine, une instance de « labellisation » des acteurs légitimes à y répondre, sauf à être à la fois juge et partie. Ce risque est fortement souligné par les acteurs associatifs, mais minoré par les acteurs institutionnels ainsi que les CRES, car il est révélateur d'une forte charge symbolique pour ces acteurs de proximité, autour des questions d'identité, de diversité et de créativité.

Conclusion

Les PRSP ont vocation à renforcer les SREPS. Même s'il existe des freins induits par des textes peu explicites et des acteurs locaux souvent plus prompts à défendre leur « pré carré », le PRSP, en tant qu'outil de programmation des actions en santé publique au niveau régional, se doit d'intégrer l'éducation pour la santé. Là où c'est le cas, se sont développées une réelle culture commune dans le domaine de l'éducation pour la santé, une vision partagée des leviers d'action à actionner et une mobilisation de moyens financiers.

S'agissant des pôles régionaux de compétences, ils ont une fonction technique. Leur constitution en plates-formes locales leur confère un rôle de facilitateur en termes de diffusion de bonnes pratiques, d'espace d'échanges et de rencontre. Ils ont surtout pour objectif d'apporter de nouveaux savoir-faire aux associations. Cependant, toutes les régions ne mobilisent pas les mêmes moyens sur ces pôles et tous les domaines de compétences prévus par les textes ne sont pas couverts. En outre, certaines régions ayant déjà confié ces missions d'expertise au réseau des CRES/CODES n'ont pas perçu la valeur ajoutée de ce dispositif mais plutôt la volonté de l'INPES de créer ses propres services déconcentrés.

Des associations désireuses de conserver leurs spécificités, des acteurs locaux inégalement investis sur le sujet et aux points de vue parfois discordants, des SREPS de qualité variable, des PRSP plus ou moins soucieux du sujet, des pôles régionaux de compétences qui ne sont pas toujours les bienvenus... Il semble que l'éducation pour la santé en tant qu'objet de politique publique souffre encore d'un défaut de légitimité, et ce pour plusieurs raisons.

- La jeunesse du dispositif d'abord. L'un des objectifs des SREPS est d'insuffler une culture commune dans le domaine de l'éducation pour la santé. Difficile voire impossible de remplir un tel objectif sur une thématique conceptuellement instable. L'éducation pour la santé a historiquement été portée, au niveau local, par les associations qui ont fait émerger la nécessité de valoriser l'éducation pour la santé. En créant des dispositifs nouveaux au plan régional, le législateur vient imposer une redistribution des cartes génératrice de conflits d'intérêts et de légitimité, ce qui nécessite du temps pour expliquer et convaincre de la plus-value d'une démarche partenariale.
- Ensuite, l'éducation pour la santé souffre aujourd'hui d'un manque de financements. La question de la bonne utilisation des deniers publics ne facilite pas la valorisation

d'actions publiques comme l'éducation pour la santé, investissements de long terme aux effets difficilement évaluables. Certains militent pour une stratégie de « *développement durable de l'éducation pour la santé* »⁴⁴ afin de pousser les pouvoirs publics à sortir du « tout curatif » aux effets plus visibles et électoralement plus valorisants.

- En outre, il existe encore de nombreuses querelles de fond sur l'objet même de l'éducation pour la santé. Il est de la responsabilité de chacun de préserver son « capital santé ». L'épidémiologie ne suffit plus à enrichir la littérature dans le domaine et chacun se voit maintenant investi d'une mission d'éducation pour la santé. Tout devient « santé ». Le domaine s'enrichit constamment et il est de plus en plus complexe d'entretenir une communauté de pensée dans le domaine.
- Enfin, les politiques de santé paraissent parfois contradictoires. Ainsi, à l'hôpital, la mise en œuvre de la tarification à l'activité risque de récompenser l'absence de stratégies préventives durant l'hospitalisation. Inversement, un établissement pourrait, au travers du dispositif budgétaire des Missions d'Intérêt Général, augmenter sensiblement ses recettes en développant des activités d'éducation thérapeutique du patient. Ce positionnement pourrait fortement concurrencer les autres acteurs locaux de l'éducation pour la santé en grevant les moyens alloués par l'URCAM en la matière.

La question des publics visés reste posée. Historiquement tournée vers le milieu scolaire, l'éducation pour la santé touche peu les populations fragiles, malgré le développement des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). A cette inégalité vient s'ajouter la problématique des territoires isolés, enjeu d'avenir pour les pôles régionaux de compétences.

L'absence de nouveau plan national d'éducation pour la santé semble démontrer que les pouvoirs publics souhaitent maintenant faire une pause afin de réajuster ou de conforter le dispositif mis en place. Mais il convient dès lors de s'interroger sur le fond : faut-il à l'avenir faire preuve de plus de dirigisme centralisé et revenir à une certaine forme d'hygiénisme, comme semble le montrer le renforcement de la réglementation sur le tabac ? Dans ce cadre, le mouvement général de régionalisation des politiques de santé, notamment en matière d'éducation pour la santé, semble être insuffisant eu égard à des enjeux de santé publique qui interrogent les systèmes de santé dans leur globalité.

⁴⁴ *Plan National d'Education pour la Santé*, janvier 2001.

Bibliographie

- **Sources juridiques et réglementaires.**

Charte d'Ottawa (OMS) du 21 novembre 1986.

Charte de Bangkok (OMS) du 11 août 2005.

Code de la Santé Publique.

Plan National d'Education pour la Santé, janvier 2001.

Circulaire n° DGS/SD6/2001/504 du 22 Octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Circulaire n° DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.

- **Sources documentaires générales.**

BERTHET E., *Information et éducation sanitaires*, PUF, QSJ, 1983.

BILLON-DESCARPETRIES J., « Les concepts de perception et de représentations de la santé : intérêts et limites dans le domaine de l'éducation pour la santé », *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2003, n°74, pp 31-37.

BONNIN F., PALICOT A-M., « L'éducation pour la santé : un service public, un enjeu de la modernisation du système de santé », *Santé Publique*, 2001 (3).

BRIXI O., al., « Quelques repères en éducation pour la santé », *La Santé de l'Homme*, 1996, n°325, pp 10-15.

BURY J-A., *Education pour la santé : concepts, enjeux, planification*, De Boeck – Wesmael, 1992.

BUTTET P., « Le concept d'éducation pour la santé centré sur le patient », *Recherches e Soins Infirmiers*, 2003, n°73, pp 41-48.

CES, *L'éducation pour la santé*, Rapport, 1982.

« CFES », *ADSP*, 1993 (5), p7.

CFES – CRAES – ENSP, *Evaluer l'éducation pour la santé. Concepts et méthodes.*, Université Victor Segalen Bordeaux 2, septembre 1998, INPES, 2002.

CFES – ENSP, *Formation en éducation pour la santé*, Colloque de Rennes, 26 – 27 janvier 1989, ENSP, 1992.

CFES – ENSP – ESP de Nancy, *Former en éducation pour la santé.*, 2e colloque de Rennes, 24 – 25 juin 1999.

Charte de l'éducation pour la santé en Basse-Normandie, *Eduquer aujourd'hui pour la santé de demain*, CORES, juillet 2003.

CLAVIER C., « Appel à projets et contrats : des instruments au service de la mobilisation des acteurs locaux », INPES, *Les journées de la prévention – 29 et 30 mars 2007*.

COPPE M., SCHOONBROODT C., *Guide pratique d'éducation pour la santé. Réflexions, expertises et 50 fiches à l'usage des formateurs.*, De Boeck Université, 1992.

CORNEC N., Session n°6 «les pôles régionaux de compétences en EPS : pour quoi faire ? - L'expérience du groupe national des documentalistes », in INPES, *Les journées de la prévention – 12, 13 avril 2005*.

DECCACHE A., « Définition et rôles des évaluations en éducation pour la santé », APES, 1989, n°5.

DEGROUX A., *L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique*, CFES, 2001, 16 p.

DEGROUX A., « Si l'éducation pour la santé m'était contée », *La Santé de l'Homme*, 2002, n°358, pp 5-10.

DEMEULEMEESTER R., « Les conférences régionales : une déclinaison régionale de la politique de santé », *ADSP*, 1995, (12), pp 2-4.

DESCARPENTRIES J., « Bien-être, entre éducation et santé », *Ethique et Santé*, 2006, n°3, pp 156-160.

DESCHAMPS J-P., « Education pour la santé », *Rev. Prat.*, 1984 (34), n°12, pp 485-497.

DESCHAMPS J-P., « Le CFES et la prévention, enjeu local ou national ? », *Santé Publique*, 1991 (2), pp 58-59.

DESCHAMPS J-P., « Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé », *Environnement et santé publique*, 1984 (34), pp 485-497.

DOUILLER A., « Les effets de la mondialisation : une grille de travail pour l'éducation pour la santé ? », *Santé Publique*, 2003 (15), n°3, pp 327-332.

« FNPEIS », *ADSP*, 1993, (4).

FERRON C., al., « Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé », *La Santé de l'Homme*, 2005, n°377, pp 15-57.

FORESTIER D., *Eduquer pour la santé.*, Cahiers d'études du CUEEP, juin 2002, (47-48).

FOURNIER C., al., (dir.), *Education pour la santé et éthique.*, Séminaire international Dourdan, 27 – 28 janvier 2000, CFES, 2001.

GATTO F., *Enseigner la santé*, l'Harmattan, 2005.

GONTCHAROFF G., « Brèves réflexions sur la prévention de la santé et la décentralisation », *Santé Publique*, 1991 (2), pp 38-42.

GOUDET Bernard, « la loi de santé publique du 9 août 2004 : une analyse sociologique », *Santé Publique*, 2004 (16), pp. 597-604.

GOUDIN G., « L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sci. Soc. Santé*, 1991 (9), pp 67-94.

HCSP, *Rapport sur la santé en France*, 1994.

HONORE B., « Qu'est-ce qu'un projet de santé, qui en sont les acteurs ? », *Rev. Hosp. Fra.*, 1995, n°3, pp 278-283.

IGAS, *Rapport sur la multiplication des intervenants dans les secteurs de la prévention et de l'éducation sanitaire*, mars 1987.

IGAS, *Rapport sur la prévention*, 2003.

INPES, *Les journées de la prévention – 12,13 avril 2005*. Session 6 : « les pôles régionaux en éducation pour la santé ».

-« Les pôles régionaux de compétences en EPS : pour quoi faire ? ».

-« Les pôles régionaux de compétences en EPS : qui et comment les organiser ? ».

INPES, Appel à contributions, « Recensement par l'INPES de projets relatifs à des démarches qualité en prévention et en éducation pour la santé », disponible en ligne : http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=appels_projets/2007/04.htm.

INPES, Appel à projets 2007-2009, « Développement de l'éducation pour la santé (EPS) et de la promotion de la santé (PS) ».

INPES, *Rapport d'activité*, 2005,

INSERM, *L'éducation pour la santé des jeunes*, Expertise collective, juin 2001.

Institut Renaudot, « Enjeux et conditions d'une dynamisation des territoires de santé », *Les journées de la prévention – 29 et 30 mars 2007*.

JOURDAN D., al., « L'éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire », *Santé Publique*, 2002 (14), pp 403-423.

LAMOUREUX P., al., « L'éducation à la santé », *Cah. Hospit.*, 2003, n°194, pp '11.

LAROSSE B., « La conflictualité en éducation pour la santé », *Education Santé*, 1996, n°109, pp 5-7.

LAURENT-BECQ A. et LE GRAND E., « Développer une approche territorialisée de la santé », *La Santé de l'Homme*, mai/juin 2006, n°383, pp 16-17.

LAVIELLE C., al., « Education pour la santé : vers des pôles de compétences régionaux », *La Santé de l'Homme*, juillet/août 2005, n°378, pp 39-42.

« L'intégration de la promotion et de la prévention dans les systèmes de santé », *Promotion et Education*, hors-série, 2005, suppl. 3.

MARCHAND A-C., al., « Les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé : un dispositif à la croisée des territoires », INPES, *Les journées de la prévention – 29 et 30 mars 2007*.

MOQUET-ANGER ML., *L'éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens*, Colloque de Rennes, 24 – 25 septembre 1998, CFES, 2001.

NICOLAS C., « Les programmes régionaux de santé », *ADSP*, 2000 (30), pp 78-81.

NOURRISSON D., (dir.), *Education à la santé. XIXe – XXe siècles.*, ENSP, 2002.

O'NEILL M., « Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? », *Soz-Präventivmed*, 2003 (48), pp 317-326.

OMS, *L'éducation pour la santé. Manuel dans l'optique des soins de santé primaires*, 1990.

ORS Basse Normandie, *La professionnalisation en éducation pour la santé en Basse-Normandie*, décembre 2005.

PALICOT A-M. et PRAT M., (coord.), *Les conditions d'élaboration des SREPS*, MIP n°26, ENSP 2002., 40p.

PERROT M., « Animation du réseau des comités d'éducation pour la santé : l'expérience du CFES (1997-2002) », *La Santé de l'Homme*, janvier/février 2004, n°369, pp 23-26.

PERROT M., « Evaluation et enjeux de la formation en éducation pour la santé », *La Santé de l'Homme*, 2000, n°346.

PISSARRO B., « 20 ans de santé publique ou la naissance de la promotion de la santé », *Agora*, février 1989, n°9, pp 53-58.

POMMIER Jeannine, « Les évolutions de la promotion de la santé et de la prévention », *2^{ème} Rencontre régionale des acteurs en éducation pour la santé d'Alsace*, 12 décembre 2006.

ROUSSILLE B., « Education pour la santé, du discours à la pratique », *ADSP*, 1996 (16).

ROUSSILLE B., « Soixante ans d'éducation pour la santé en France », *La Santé de l'Homme*, novembre/décembre 2002, °362, pp 14-20.

ROUSSILLE B., ARWIDSON P., *L'éducation pour la santé est-elle efficace ?*, CFES, dossiers techniques, 1998.

SAN MARCO J.L. et LAMOUREUX P., « Prévention et promotion de la santé », in F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, Flammarion, 2004, pp 125-133.

SANDRIN-BERTHON B., *Education pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? État des lieux et recommandations.*, Ministère délégué à la santé, mars 2002.

SANDRIN-BERTHON B., *L'éducation du patient au service de la médecine*, PUF, 2000.

SANDRIN-BERTHON B, al. (coord.), *1,2,3...Santé. Education pour la santé en milieu scolaire. Guide pédagogique à l'usage des professeurs.*, CFES – MEN, 1994.

TONDEUR L., « L'éducation pour la santé, une efficacité sous condition », *ADSP*, 1996 (16), pp 22-26.

TONDEUR L., BAUDIER F., « Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique », *ADSP*, 1996 (16), pp 3-6.

TOUSSAINT Jean-François, *Stratégies nouvelles de prévention*, Rapport de la Commission d'Orientation de Prévention, Ministère de la Santé, décembre 2006, 219 p.

TULLEU F., « Education pour la santé : vers quels métiers ? », *La Santé de l'Homme*, juin 2001, n°353.

TULLEU F., *Inégalités et éducation pour la santé*, CFES, dossiers techniques, 1998.

VIGNERON E., (coord.), « Santé publique et aménagement du territoire », ADSP, 1999, (29).

VIGNERON E., al., « Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020 », *Territoire 2000*, DATAR, 2001, n°3, pp 87-99.

VIGNERON E., « Les territoires : un chantier pour la santé au début du XXIe siècle », in *Santé et territoire. Une nouvelle donne.*, DATAR, 2002, pp 225-231.

▪ **Aquitaine**

Schéma régional d'éducation pour la santé 2003-2008 (disponible en ligne : http://www.educationsante-aquitaine.fr/pub/fixes/16_sreps_aquitaine.pdf).

Plan régional de santé publique 2005-2008.

▪ **Bretagne**

Schéma régional d'éducation pour la santé 2003-2007.

(disponible en ligne : <http://bretagne.sante.gouv.fr>).

Plan régional de santé publique. La Bretagne en santé, 2006-2010.

(disponible en ligne : <http://bretagne.sante.gouv.fr>).

CRES Bretagne, *Pôle régional de compétences en éducation pour la santé. Présentation du projet*, février 2007 (disponible en ligne : <http://www.cresbretagne.fr>).

CRES Bretagne, *Structuration d'un pôle de compétences régional en éducation pour la santé. Bilan d'activité année 2005-2006*, Janvier 2007 (fourni par le CRES).

CRES Bretagne, DRASS Bretagne (al.), *Vers une culture commune en éducation et promotion de la santé : mémento destiné aux opérateurs*, 2003, 43 p.

PETITJEAN François, « Santé publique : la Bretagne articule plan régional et projet territorial », *La Santé de l'Homme* n°283, 2006, pp. 23-24.

▪ **Nord-Pas de Calais**

Schéma régional d'éducation pour la santé 2003-2007 (fourni par la DRASS).

Schéma régional d'éducation pour la santé –les actes du séminaire du 2 juillet 2002, 65 p.

Plan régional de santé publique I : 2005-2006.

(http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/sante_prevention/prsp/index.htm).

Plan régional de santé publique II : 2007-2011 (fourni par la DRASS).

Charte des formations continues en éducation pour la santé dans le Nord Pas de Calais (fournie par la DRASS).

Charte pour la promotion et l'amélioration de la santé des habitants du Nord-Pas de Calais, septembre 2006, 9 p.

BATTIST Umberto, *Contact Santé* n° 151, juillet-août 2000, p. 3.

DEFEBVRE Marguerite-Marie, al. « Bilan préalable au SREPS en Nord-Pas de Calais : constat et attentes », *Santé Publique*, 2005 (17), pp. 13-24.

DEFEBVRE Marguerite-Marie, al., « Evaluation de l'offre de formation en éducation pour la santé dans le Nord-Pas de Calais », *Santé Publique* (19), 2007, pp. 39-51.

LONCLE-MORICEAU Patricia, SCHAËTZEL Françoise, « La régionalisation des politiques de santé – Les politiques de santé en Nord-Pas-de-Calais », *Pouvoirs locaux* n° 50, septembre 2001, pp. 136- 141.

LOTTIN Jean-Jacques, « Le Nord-Pas-de-Calais, pilote en promotion de la santé », *Contact Santé* n° 100, novembre-décembre 1995, pp. 228- 229.

LOTTIN Jean-Jacques, « MRPS : la "petite" histoire d'une Maison par son inventeur... », *Contact Santé* n° 151, juillet-août 2000, p. 4.

▪ **Pays de La Loire**

Schéma régional d'éducation pour la santé 2003-2008.

Plan régional de santé publique 2006 – 2010.