

Les métiers de la prévention sanitaire

Rapport présenté par :

Jean-Paul BASTIANELLI, Marc DUPONT et Michel THIERRY

Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Rapport n° 2003 037
Mars 2003

Lors de sa réunion de juillet 2002, le comité de pilotage du Rapport Public 2003 avait assigné à la mission « métiers de la prévention » les objectifs suivants : "La mission s'intéressera aux fonctions à exercer pour conduire une politique de prévention.../... Puis elle analysera la répartition actuelle de ces fonctions entre les différents corps de professionnels, les aptitudes et les manques de ces professionnels, les propositions possibles en termes de formation initiale et continue, de management et d'organisation".

Le présent rapport comporte quatre parties. La première présente une description des métiers tels que la mission a pu les identifier et les dénombrer à partir de sources statistiques existantes. La deuxième partie s'interroge sur les qualifications et les formations mises en œuvre dans les métiers de la prévention. La troisième partie est consacrée aux effets de système identifiés au cours des observations de la mission et leurs impacts sur la problématique des métiers. Enfin, la quatrième partie formule des propositions.

1-LES DIFFERENTES CATEGORIES DE METIERS : UNE IDENTIFICATION ET UN DENOMBREMENT ALEATOIRES

La mission a tenté d'identifier et de dénombrer les métiers de la prévention en les classant en trois catégories : les métiers « dédiés », « partagés » et « émergents ». Pour chaque catégorie, la mission a cité des exemples issus des secteurs concernés par la prévention sanitaire : éducation nationale, travail et emploi, santé et protection sociale, collectivités locales, associations.

Les métiers dédiés

Les métiers « dédiés » sont ceux dont l'activité est consacrée principalement à la prévention. Ce sont des métiers dont les qualifications, les diplômes, les statuts, les déroulements de carrière, sont en général reconnus et codifiés par des textes, des conventions, des grilles.

Les métiers dédiés dans le secteur de l'Education nationale : à l'Education nationale, on peut distinguer trois métiers dédiés : les médecins (2103,6 postes dont 1311 à temps pleins), les infirmières (6366,8 postes dont 6063 à temps pleins) et les secrétaires médico-scolaires (on évalue leur nombre à environ 1100).

Les métiers dédiés dans le secteur du travail et de l'emploi : dans le secteur du travail et de l'emploi, on peut distinguer trois sortes de métiers dédiés : les médecins du travail (6500, dont 5250 dans les services interentreprises), les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (52,5 postes) les infirmier(e)s de la médecine du travail (5250 dans les services interentreprises).

Les métiers dédiés dans le secteur de la santé : dans les services déconcentrés de l'Etat : les métiers du secteur santé publique (médecins inspecteurs et pharmaciens inspecteurs - 662 postes) et les métiers du secteur environnement (ingénieurs du génie et ingénieurs d'études sanitaires, techniciens et adjoints sanitaires - 1456 postes). Dans les établissements de santé (publics et privés) et dans le secteur libéral, il n'a pas été

possible de quantifier les professions spécifiquement consacrées à la prévention sanitaire. Elles ont donc toutes été classées dans la catégorie des métiers « partagés ».

Les métiers dédiés dans le secteur de la protection sociale : trois types d'organismes s'intéressent à la prévention : l'Institut national de recherche et de sécurité (640 ingénieurs et chercheurs) ; les CPAM et CRAM où deux types de métiers sont classés par l'UCANSS dans la catégorie « prévention » : les chargés d'éducation pour la santé (483 postes) et les professionnels de la prévention (938 postes); le secteur mutualiste comporte des réseaux de correspondants d'éducation pour la santé, impossible à dénombrer.

Les métiers dédiés dans les collectivités locales : les statistiques concernant les collectivités locales (départements et communes) distinguent trois catégories de métiers : les emplois « sportifs », « sociaux » et « médico-techniques ». Certains sont dédiés à la prévention, mais il n'y a pas de distinction nette permettant d'effectuer un repérage exhaustif. La mission a considéré que les médecins, les psychologues, les sages femmes, les coordonnatrices de crèches, les infirmières, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture étaient des métiers dédiés, soit 52 350 postes.

Les métiers dédiés dans le secteur associatif : la plus grande partie des métiers du secteur associatif « prévention », peuvent être considérés comme des métiers dédiés. Dans la mesure où il s'agit de « nouvelles » activités et de « nouveaux » métiers, la mission les a classés dans les métiers « émergents ».

Les métiers partagés

Les métiers « partagés » sont ceux dont l'activité n'est pas consacrée exclusivement à la prévention, mais qui y participent ou y contribuent.

Les métiers partagés dans le secteur de l'Education nationale : la mission a classé dans cette catégorie : les assistants et les conseillers techniques de service social (3125 postes), les enseignants (849600 dans le secteur public et 140400 ans le secteur privé sous contrat) et les personnels ATOS (306150 agents) .

Les métiers partagés dans le secteur du travail et de l'emploi : le réseau ANACT comporte en 2001 un effectif de 267 personnes

Les métiers partagés dans le secteur de la santé : dans les services déconcentrés de l'Etat sont considérés comme des métiers partagés : les conseillers techniques de service social, les conseillers techniques d'éducation spécialisée, les assistants de service social, les assistantes sociales du personnel, les éducateurs spécialisés, les infirmières, conseillères en soins infirmiers. Au total, ils représentent 521 postes. Dans les établissements de santé publics et privés et dans le secteur libéral il existe : les médecins (174100 dont 118100 en secteur libéral), les pharmaciens (60420 dont 87% officinaux), les chirurgiens dentistes (40540, dont 40150 libéraux), les sages-femmes (14350, dont 3120 en libéral), les psychologues (pour lesquels les données exhaustives manquent), les infirmières (383000, dont 57100 en secteur libéral). Pour les autres catégories de personnels salariés des établissements, seules quelques unes

apparaissent dans les statistiques : les aides soignantes (211747), les personnels éducatifs et sociaux (12968), les personnels médico-techniques (44595).

Les métiers partagés dans les organismes de protection sociale : selon l'UCANSS, les OSS emploient 6375 agents exerçant des métiers considérés comme partagés (dont 1934 médecins conseils, 154 pharmaciens conseils, 321 chirurgiens dentistes conseils et 2997 professions paramédicales et assimilée).

Les métiers partagés dans les collectivités locales : globalement on recense 234385 agents qui relèvent des métiers partagés dont 76915 dans les conseils généraux et 157470 dans les communes. Parmi ceux, qui ont un lien direct avec la prévention sanitaire: les médecins, les psychologues, les sages femmes, les infirmières, les rééducateurs, les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture, les coordonnatrices de crèche, les auxiliaires de soins, soit 48438 agents dont 8594 dans les conseils généraux et 39844 dans les communes. Parmi les métiers, ou les emplois, des collectivités locales qui ont un lien moins affirmé avec la prévention, ceux qui ont trait au sport, au socio-éducatif et à l'éducation. En 1999, on dénombrait 185947 agents de ces catégories, dont 68321 dans les conseils généraux et 117626 dans les communes.

Les métiers émergents

La mission a regroupé dans la catégorie des métiers « émergents » ceux qui, soit sont réellement nouveaux, soit sont des métiers connus mais dont la présence dans le champ de la prévention constitue une nouveauté, soit correspondent à de personnes qui professionnalisent leur engagement militant. Beaucoup de ces métiers émergents sont des métiers dédiés, fréquents dans le secteur associatif : soit dans des associations qui servent de support à des institutions quasi officielles (ORS, ADES ou ARES, CODES ou CRES ou CRDS), soit dans des associations plus traditionnelles. La mission s'est principalement intéressée aux métiers nouveaux qui apparaissent dans la première catégorie d'associations. Le réseau des CODES – CRES/CRDS comporte 661 salariés, qui possèdent pour la plupart une formation initiale supérieure au baccalauréat et dont une grande proportion (38%) est recrutée comme contractuels à durée déterminée.

Les caractéristiques communes aux trois catégories de métiers et leurs caractéristiques spécifiques

Les caractéristiques communes : Les métiers de la prévention requièrent de la part des personnels un très bon niveau de base, ils nécessitent des aptitudes spécifiques (à l'écoute, à la relation, à la conduite de projet) et ils font appel au militantisme ou à un engagement personnel fort ; souvent, ils ne sont pas « normés ».

Les caractéristiques spécifiques des métiers dédiés : les métiers dédiés, dans leur très grande majorité, sont stables et protégés par des statuts ou des conventions collectives. La plupart correspondent à une réelle professionnalisation, nécessitant des études préalables souvent sanctionnées par des diplômes reconnus. Ils sont fréquemment rémunérés convenablement (par comparaison avec les métiers émergents).

Les caractéristiques spécifiques des métiers partagés : les professionnels concernés, s'impliquent marginalement dans la prévention. Souvent ils considèrent celle-ci comme un des aspects naturels de leur activité, qu'il n'y a pas lieu de privilégier particulièrement.

Les caractéristiques spécifiques des métiers émergents : trois éléments les caractérisent : les personnes ont des origines très diverses, parfois singulières, la précarité des statuts et/ou des situations est fréquente, les rémunérations sont très variables (souvent peu élevées) pour des emplois de même nature.

2-UNE PREMIERE REVUE DES FORMATIONS FAIT APPARAÎTRE UN VÉRITABLE « MANTEAU D'ARLEQUIN » DES APPRENTISSAGES DE LA PREVENTION.

Sans revenir sur cet inventaire, on peut faire ressortir quelques points :

Contrairement à d'autres *professions dédiées* (médecins du travail, gestionnaires de la santé publique), on constate une relative inorganisation des formations de professionnels intervenant dans le cadre de dispositifs territorialisés de prévention, à l'exception des médecins de l'éducation nationale.

S'agissant de la formation des *professions partagées* (les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs de la prévention), l'architecture des formations initiales est le plus souvent ouverte à la prise en compte des enjeux de la prévention, mais avec une application inégale et une large autonomie pédagogique laissée aux institutions de formation.

Contrairement à des images persistantes, les nouveaux programmes des études médicales, notamment au niveau du deuxième cycle, offrent de vrais espaces pour un investissement pédagogique sur les démarches de prévention. A la fin du deuxième cycle, tous les étudiants doivent avoir assimilé « l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique, les pathologies les plus fréquentes, leurs procédures diagnostiques et leurs préventions, la maîtrise des outils de la relation et de la communication. ». La question n'est pas tant celle d'une modification des textes pédagogiques que celle de l'appropriation de ces espaces par les facultés, les formateurs et les étudiants. Cette remarque s'appliquerait également, dans une large mesure, à la formation des pharmaciens d'officine. Les programmes de formation des chirurgiens dentistes ne mentionnent ni l'éducation pour la santé ni l'éducation thérapeutique, mais leur stage clinique de fin de cycle est pour partie consacré à des actions de prévention.

La formation des infirmières est particulièrement ouverte aux préoccupations de prévention et d'éducation pour la santé, aussi bien dans les enseignements professionnels généraux, théoriques ou pratiques, que par la prise en compte de l'éducation du patient dans chaque module relatif à un groupe d'affections.

Après un reflux, un certain réinvestissement sur la santé se manifeste aujourd'hui dans les formations au travail social, tendance qu'il conviendrait d'accompagner et d'accentuer en s'appuyant sur des textes assez ouverts.

Enfin, la sensibilisation des enseignants à l'éducation pour la santé, dans le cadre de l'apprentissage de la citoyenneté à l'école, a connu une réelle dynamique dans la période récente, qui a plus touché les enseignants du primaire que ceux du secondaire.

Les formations permettant de qualifier des *professions émergentes*, construites autour d'un objectif de promotion de la santé, ou simplement autour d'approches larges de prévention ou d'éducation pour la santé, sont rares et dispersées. Une analyse des formations universitaires visant ces objectifs fait apparaître la faiblesse des formations homologuées au plan national (énorme prédominance des diplômes d'université), le petit nombre des formations à l'éducation pour la santé ou à la promotion de la santé (une quinzaine de D.U., quelques D.E.S.S.).

Si cette revue des formations initiales est loin de conduire à un bilan négatif appelant à une redéfinition générale des programmes, elle met cependant en lumière **les lacunes du système de formation**. Les formations restent cloisonnées, présentent encore des carences propres à certaines filières ; surtout, le développement d'un système de formation à la promotion de la santé est freiné par la faiblesse des formations à la santé communautaire et l'insuffisance de référentiels de compétences.

Des cloisonnements multiples : la formation des professionnels médicaux est fort peu interprofessionnelle, les formateurs restent terriblement « monofilières ». A quelques rares exceptions près, il n'y a pas de séquence commune ou de points de contact entre formations de travailleurs sociaux et d'infirmiers. Il n'existe pratiquement pas de chaînage entre formations universitaires de différents niveaux, de séquence complète allant d'un premier cycle à des formations doctorantes. La formation continue ne joue pas le rôle de décloisonnement qui pourrait être le sien.

Des carences spécifiques : des progrès restent à accomplir dans la formation des pharmaciens et des chirurgiens dentistes, dans la sensibilisation des enseignants du secondaire, dans les apprentissages cliniques et pratiques de la santé publique et de la promotion de la santé par les étudiants en médecine. Ces apprentissages sont laissés largement à la discrétion des facultés de médecine. Or l'insuffisante diversité des intervenants dans les cours théoriques, l'hospitalocentrisme des stages, la part faite aux objets de prévention dans les stages hospitaliers ne sont pas favorables à une bonne prise en compte de l'éducation pour la santé et des actions de prévention dans la formation pratique des médecins. Au total, dans la formation initiale comme dans la formation permanente, l'éducation thérapeutique fait encore l'objet d'une approche aléatoire et morcelée.

La faiblesse des formations à la santé communautaire : au sein d'une palette de formations universitaires peu nombreuses et caractérisées par une forte prédominance des diplômes d'université, les enseignements qui mettent l'accent sur une approche communautaire de la promotion de la santé sont rares, concentrés pour l'essentiel sur cinq ou six sites. Le besoin se manifeste pourtant de plus en plus d'une approche étroitement référée aux caractéristiques anthropologiques, sociales et culturelles d'un groupe-cible, intégrant la santé au social, mettant en œuvre des modalités d'intervention interprofessionnelles et interinstitutionnelles .

L'insuffisance des référentiels de compétences : en dépit de quelques initiatives intéressantes (CFES, UCANSS...), l'élaboration de référentiels permettant la structuration de nouveaux champs professionnels, et à tout le moins la mise à disposition d'un outil commun à toutes les composantes du « patchwork » des formations, reste un processus difficile. Les profils professionnels sont mouvants ; les partenaires sociaux n'ont pas de structuration propre sur ce champ ; l'empreinte est encore forte de la culture des actes techniques ou du « tout-communication ».

Les activités et compétences de prévention restent trop faiblement reconnues.

Une culture de santé publique encore fragile ne valorise pas suffisamment l'éducation pour la santé. Celle-ci fait assez largement figure de parent pauvre au sein du champ de la santé publique. Il n'existe pas de doctorat spécialisé ou de mention spéciale d'un doctorat de santé publique dédiée à l'éducation pour la santé ou à la santé communautaire.

La valorisation des missions de prévention a connu des progrès, peu évalués, à travers l'institution conventionnelle du médecin référent; de nouvelles modalités de financement des centres de santé, plus ouvertes ; la rémunération de missions de prévention dans le cadre de réseaux de soins, pouvant intégrer un financement spécifique de consultations de bilan ou de suivi-éducation du patient, et de fonctions de coordination. La rémunération de missions de prévention dans le cadre des réseaux est sans doute l'innovation la plus féconde à terme, même si sa portée concrète actuelle reste limitée. Les Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville ne sont que très minoritairement engagés dans le soutien à des réseaux à fort contenu de prévention.

Des obstacles forts subsistent : des résistances professionnelles, mais aussi la difficulté de mesurer et a fortiori d'évaluer les pratiques de prévention. La prévention secondaire et tertiaire est indissociable du suivi du patient. La revalorisation des honoraires est un élément de réponse au financement de la prévention individualisée, mais sans contrepartie. En dépit des progrès réalisés, la doctrine reste floue et les réalisations fragmentaires et disparates.

3-LES ACTEURS ET LE SYSTEME

Des effets de système incertains

Les modes de régulation des professions et des métiers apparaissent sans effet structurant durable. A l'exception notable du répertoire des métiers de l'UCANSS et du début de travail sur la professionnalisation des intervenants de l'ex-CFES, il n'existe pas de réflexion organisée.

La multiplication des programmes d'intervention n'a pas favorisé la structuration des professions même si l'on voit apparaître des besoins de compétence autour de la gestion de projet et des partenariats.

L'éclatement des financements a pour principal effet de fragiliser la sécurité budgétaire des opérateurs, les obligeant à gérer une recherche systématique de moyens parfois au détriment de leur métier de base. De plus, la modicité des budgets tirent vers

le bas les conditions de rémunération et de travail des personnels qui échantent une forte motivation dans le travail contre une précarité certaine.

La multiplication des partenariats en lien avec les différentes politiques publiques, si elle favorise les dynamiques issues du terrain, pose également la question du pilotage et de l'efficacité globale de ceux-ci. Un certain empilage des dispositifs, une sensibilité forte pour la coopération contribuent parfois à se satisfaire de obligation de moyens au risque de se détourner des résultats.

Une adhocratie morcelée

La diversité de taille, de poids, d'histoire et de culture des opérateurs, loin de représenter un atout, apparaît trop souvent comme un handicap du, en particulier, à l'absence de toute « standardisation » et à la faiblesse du pilotage politique.

Les limites d'un partenariat trop lié au volontarisme des acteurs

Le partenariat doit être considéré comme outil au service de l'efficacité collective et non comme une fin en soi se suffisant à lui-même. Une clarification du rôle des différents acteurs, des droits et des devoirs de chacun serait un gage de réussite et de pérennité.

Une précarité financière partielle mais certaine

La précarité financière est la situation la plus fréquemment rencontrée même si certaines structures bénéficient de l'appui des caisses ou des mutuelles.

Le volume global des budgets consacrés à la prévention reste marginal par rapport à ceux consacrés à la « gestion du risque » et est notoirement insuffisant pour répondre à l'ambition politique affichée.

Une capacité problématique de réponse à une évolution et un renforcement de la commande publique

Le changement probable de paradigme va, en s'orientant vers une approche plus volontariste de santé publique, interroger la capacité de réponse de la prévention.

Mais, des problématiques restent encore à clarifier en particulier entre les tenants de la thèse de la communication sociale et les défenseurs de celle de l'intervention sociale auprès des populations.

Un changement d'échelle dans la politique de prévention imposera de dépasser une masse critique encore trop faible en matière de formation et de financement et de renforcer le pilotage de cette politique.

4-PROPOSITIONS :

- **Mieux connaître, développer l'observation sur les métiers de l'éducation pour la santé et les besoins de qualification.**
- **Mobiliser les diverses instances paritaires de gestion des professions (CPNE, conseils divers, CPC).**
- **Mettre en œuvre une procédure d'habilitation ou d'accréditation des formations d'éducation pour la santé.**
- **Renforcer les formations initiales de diverses catégories d'acteurs professionnels, combler les insuffisances ou les lacunes les plus évidentes.**
 - Formation initiale des médecins : introduire une section « promotion de la santé » au sein du Conseil national des universités, diversifier les profils des formateurs en santé publique, développer l'apprentissage de l'éducation thérapeutique, diversifier les terrains de stage.
 - Formation initiale des pharmaciens d'officine : créer une u .v. d'éducation pour la santé dans le cadre de la filière pharmacie d'officine.
 - Formation initiale des chirurgiens dentistes : créer un enseignement d'éducation pour la santé bucco-dentaire, au delà des éléments existant dans le programme d'hygiène bucco-dentaire.
 - Pour les pharmaciens comme pour les chirurgiens dentistes, mentionner la santé publique, en particulier la promotion de la santé, comme une discipline du Conseil national des Universités accessible à ces deux cursus.
 - Instituer une formation d'adaptation obligatoire pour les personnels médicaux, paramédicaux et sociaux de la P.M.I., dont les objectifs et le volume seraient fixés par la loi, mais dont les modalités seraient largement déléguées aux départements. Les départements resteraient maîtres de l'organisation de la formation dans le cadre des normes très générales fixées par la loi.
 - Introduire un module de sensibilisation à l'éducation pour la santé dans les I.U.F.M., à suivre également par les enseignants du secondaire. Un accent resterait mis sur la vie sociale de la communauté scolaire ; il convient du reste, chaque fois que l'on met en place une unité ou un module d'éducation pour la santé, dans une filière professionnelle spécifique, de le situer dans le cadre du référentiel de compétences commun, en adaptant les contenus de formation à l'exercice professionnel considéré et à son environnement.
 - Mandater un groupe de travail du Conseil Supérieur du Travail Social pour définir des axes de développement de l'éducation pour la santé et des approches communautaires de la santé dans l'architecture des formations sociales existantes, et des propositions de diversification des stages.
 - Expérimenter dans quelques sites des modules communs aux formations paramédicales et sociales.
- **Développer fortement la formation continue des acteurs.**
 - Inscire l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique parmi les orientations prioritaires des collèges de formation continue concernés.

- Envisager des accords-cadres ou des protocoles de coopération entre l'I.N.P.E.S., d'une part, et les institutions de formation médicale continue, les écoles de cadres infirmiers, l'A.N.F.H. et les O.P.C.A. sanitaires et sociaux, d'autre part.
 - Développer des formations de formateurs à caractère pluriprofessionnel, pour nourrir le vivier des formateurs professionnels à l'éducation pour la santé.
- **Appuyer les recherches en santé publique, et les ouvrir aux approches de santé communautaire.**
- **Sécuriser les opérateurs de l'éducation pour la santé.**
- Donner un contenu à la procédure d'accréditation des opérateurs prévue par la loi sur les droits des malades.
 - Assurer un minimum de sécurité de gestion aux opérateurs.
- **Clarifier les modalités de pilotage et d'animation du réseau**
- Choisir un pilote politique -et un seul- au niveau de la région.
 - Régler la question des délégations régionales de l'INPES et de l'animation du réseau ?
- **Adapter les modes de rémunération des professionnels de santé libéraux**

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	4
1.1 MÉTHODE ET PROBLÉMATIQUE RETENUE PAR LA MISSION.....	4
1.1.1 <i>Les orientations issues du Comité de pilotage des 2 et 3 juillet 2002</i>	4
1.1.2 <i>Le présupposé du règlement préalable des débats théoriques</i>	5
1.1.3 <i>Le choix délibéré d'une observation centrée sur l'éducation pour la santé</i>	5
1.2 LE PLAN DU RAPPORT	6
2 - LES DIFFÉRENTES CATEGORIES DE METIERS : UNE IDENTIFICATION ET UN DENOMBREMENT ALEATOIRES	7
2.1 LES MÉTIERS DÉDIÉS.....	8
2.1.1 <i>Définition des métiers dédiés</i>	8
2.1.2 <i>Les métiers dédiés dans le secteur de l'Education nationale</i>	9
2.1.2.1 Les médecins de l'Education nationale.....	9
2.1.2.2 Les infirmier(e)s de l'Education nationale.....	10
2.1.2.3 Les secrétaires médico-scolaires.....	11
2.1.3 <i>Les métiers dédiés dans le secteur du travail et de l'emploi</i>	12
2.1.3.1 Les médecins du travail.....	12
2.1.3.2 Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO).....	13
2.1.3.3 Les infirmier(e)s de la médecine du travail.....	14
2.1.4 <i>Les métiers dédiés dans le secteur de la santé</i>	14
2.1.4.1 Dans les services déconcentrés de l'Etat.....	14
2.1.4.2 Dans les établissements de santé et dans le secteur libéral.....	17
2.1.5 <i>Les métiers dédiés dans le secteur de la protection sociale</i>	18
2.1.5.1 A l'Institut national de recherche et de sécurité.....	18
2.1.5.2 Les effectifs des organismes de protection sociale recensés par l'UCANSS.....	18
2.1.5.3 Dans les CRAM :.....	20
2.1.5.4 Dans les CPAM.....	21
2.1.5.5 Au sein de la mutualité.....	22
2.1.6 <i>Les métiers dédiés dans les collectivités locales</i>	23
2.1.6.1 Dans l'ensemble des départements et des communes.....	23
2.1.6.2 L'exemple du Conseil général du Rhône.....	24
2.1.6.3 L'exemple de la ville de Villeurbanne :.....	25
2.1.7 <i>Les métiers dédiés dans le secteur associatif</i>	25
2.2 LES MÉTIERS PARTAGÉS	26
2.2.1 <i>Définition des métiers partagés</i>	26
2.2.2 <i>Les métiers partagés dans le secteur de l'Education nationale</i>	26
2.2.2.1 Les assistant(e)s et les conseiller(e)s techniques de service social.....	26
2.2.2.2 Les enseignants.....	27
2.2.2.3 Les personnels ATOS.....	28
2.2.3 <i>Les métiers partagés dans le secteur du travail et de l'emploi</i>	28
2.2.4 <i>Les métiers partagés dans le secteur de la santé</i>	29
2.2.4.1 Les personnels des services déconcentrés de l'Etat.....	29
2.2.4.2 Les effectifs dans les établissements de santé publics et privés et dans le secteur libéral.....	30
2.2.5 <i>Les métiers partagés dans les organismes de protection sociale</i>	34
2.2.6 <i>Les métiers partagés dans les collectivités locales</i>	35
2.2.6.1 Les métiers ou les emplois qui paraissent avoir un lien direct avec la prévention.....	35
2.2.6.2 Les métiers, ou les emplois, qui paraissent avoir un lien moins affirmé avec la prévention :.....	36
2.3 LES MÉTIERS ÉMERGENTS.....	37
2.3.1 <i>Définition des métiers émergents</i>	37
2.3.2 <i>Les métiers émergents dans les collectivités locales</i>	37
2.3.3 <i>Les métiers émergents dans le secteur du travail et de l'emploi</i>	38
2.3.4 <i>Les métiers émergents dans le secteur associatif</i>	38
2.3.4.1 Les « observateurs de la santé ».....	38
2.3.4.2 Les « éducateurs pour la santé ».....	40

2.4	LES CARACTÉRISTIQUES COMMUNES AUX TROIS CATÉGORIES DE MÉTIERS ET LEURS CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES	47
2.4.1	<i>Les caractéristiques communes</i>	47
2.4.1.1	Ils requièrent de la part des personnels un bon, voire un très bon niveau de base	47
2.4.1.2	Ils nécessitent des aptitudes spécifiques	48
2.4.1.3	Ils font appel au militantisme ou à un engagement personnel fort.....	49
2.4.1.4	Souvent, ils ne sont pas « normés »	49
2.4.2	<i>Les caractéristiques spécifiques</i>	50
2.4.2.1	Les caractéristiques des métiers dédiés.....	50
2.4.2.2	Les caractéristiques des métiers partagés.....	50
2.4.2.3	Les caractéristiques des métiers émergents.....	50
2.5	EN CONCLUSION	51
3	- LA FORMATION DES PROFESSIONNELS : LE MANTEAU D'ARLEQUIN DES APPRENTISSAGES DE LA PREVENTION	52
3.1	PREMIER ÉTAT DES LIEUX : DES FORMATIONS TRÈS DIVERSIFIÉES	52
3.1.1	<i>Professions dédiées : la formation des médecins du travail, des personnels médicaux de santé scolaire, de PMI, la formation des administrateurs et techniciens de santé publique</i>	52
3.1.2	<i>Professions partagées : la formation des acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs de la prévention</i>	54
3.1.2.1	La formation initiale des médecins :	54
3.1.2.2	La formation initiale des pharmaciens	55
3.1.2.3	La formation initiale des chirurgiens dentistes	56
3.1.2.4	Les formations initiales paramédicales	56
3.1.2.5	La formation des enseignants (éducation nationale)	59
3.1.3	<i>Les profils émergents : les formations à la promotion de la santé</i>	60
3.2	LES LACUNES DU SYSTÈME DE FORMATION	62
3.2.1	<i>Le cloisonnement du système de formation</i>	62
3.2.2	<i>Des carences spécifiques</i>	63
3.2.3	<i>La faiblesse des formations à la santé communautaire</i>	64
3.2.4	<i>L'insuffisance des référentiels de compétences</i>	65
3.3	UNE TROP FAIBLE RECONNAISSANCE DES ACTIVITÉS ET DES COMPÉTENCES DE PRÉVENTION	66
3.3.1	<i>Une culture de santé publique encore fragile, et ne valorisant pas assez l'éducation pour la santé</i>	67
3.3.2	<i>La valorisation des missions de prévention des praticiens : des progrès limités</i>	68
3.3.3	<i>Des perspectives encourageantes ?</i>	70
4	- LES ACTEURS ET LE SYSTEME	73
4.1	DES EFFETS DE SYSTÈME INCERTAINS.....	73
4.2	UNE ADHOCRATIE MORCELÉE.....	78
4.3	LES LIMITES D'UN PARTENARIAT TROP LIÉ AU VOLONTARISME DES ACTEURS.....	78
4.4	UNE PRÉCARITÉ FINANCIÈRE PARTIELLE MAIS CERTAINE	78
4.5	UNE CAPACITÉ PROBLÉMATIQUE DE RÉPONSE À UNE ÉVOLUTION ET UN RENFORCEMENT DE LA COMMANDE PUBLIQUE	79
5	- PROPOSITIONS	81
5.1	MIEUX CONNAÎTRE, DÉVELOPPER L'OBSERVATION SUR LES MÉTIERS DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET LES BESOINS DE QUALIFICATION	81
5.2	MOBILISER LES DIVERSES INSTANCES PARITAIRES DE GESTION DES PROFESSIONS (CPNE, CONSEILS DIVERS, CPC, ...)	82

5.3	METTRE EN ŒUVRE UNE PROCÉDURE D'HABILITATION OU D'ACCREDITATION DES FORMATIONS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ	83
5.4	RENFORCER LES FORMATIONS INITIALES DE DIVERSES CATÉGORIES D'ACTEURS PROFESSIONNELS, COMBLER LES INSUFFISANCES OU LES LACUNES LES PLUS ÉVIDENTES ;	85
5.4.1	<i>Formation initiale des médecins :</i>	85
5.4.2	<i>Formation initiale des pharmaciens d'officine : créer une u.v. d'éducation pour la santé dans le cadre de la filière pharmacie d'officine.</i>	86
5.4.3	<i>Formation initiale des chirurgiens dentistes : créer un enseignement d'éducation pour la santé bucco-dentaire, au delà des éléments existant dans le programme d'hygiène bucco-dentaire.</i>	86
5.4.4	<i>Pour les pharmaciens comme pour les chirurgiens dentistes, mentionner la santé publique , en particulier la promotion de la santé, comme une discipline du Conseil national des Universités accessible à ces deux cursus.</i>	86
5.4.5	<i>Instituer une formation d'adaptation obligatoire pour les personnels médicaux, paramédicaux et sociaux de la P.M.I., dont les objectifs et le volume seraient fixés par la loi, mais dont les modalités seraient largement déléguées aux départements. Les départements resteraient maîtres de l'organisation de la formation dans le cadre des normes très générales fixées par la loi.....</i>	86
5.4.6	<i>Introduire un module de sensibilisation à l'éducation pour la santé dans les I.U.F.M., à suivre également par les enseignants du secondaire. Un accent resterait mis sur la vie sociale de la communauté scolaire ; il convient du reste, chaque fois que l'on met en place une unité ou un module d'éducation pour la santé, dans une filière professionnelle spécifique, de le situer dans le cadre du référentiel de compétences commun, en adaptant les contenus de formation à l'exercice professionnel considéré et à son environnement</i>	86
5.4.7	<i>Mandater un groupe de travail du Conseil Supérieur du Travail Social pour définir des axes de développement de l'éducation pour la santé et des approches communautaires de la santé dans l'architecture des formations sociales existantes, et des propositions de diversification des stages.</i>	86
5.4.8	<i>Expérimenter dans quelques sites des modules communs aux formations paramédicales et sociales</i>	86
5.5	DÉVELOPPER FORTEMENT LA FORMATION CONTINUE DES ACTEURS.....	87
5.5.1	<i>Inscrire l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique parmi les orientations prioritaires des collèges de formation continue concernés ;</i>	87
5.5.2	<i>Envisager des accords-cadres ou des protocoles de coopération entre l'I.N.P.E.S., d'une part, et les institutions de formation médicale continue, les écoles de cadres infirmiers, l'A.N.F.H. et les O.P.C.A. sanitaires et sociaux, d'autre part ;</i>	87
5.5.3	<i>Développer des formations de formateurs à caractère pluriprofessionnel, pour nourrir le vivier des formateurs professionnel à l'éducation pour la santé.....</i>	87
5.6	APPUYER LES RECHERCHES EN SANTÉ PUBLIQUE, ET LES OUVRIR AUX APPROCHES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	87
5.7	SÉCURISER LES OPÉRATEURS DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ.....	88
5.7.1	<i>Donner un contenu à la procédure d'accréditation des opérateurs prévue par la loi sur les droits des malades :</i>	88
5.7.2	<i>Assurer un minimum de sécurité de gestion aux opérateurs :</i>	88
5.8	CLARIFIER LES MODALITÉS DE PILOTAGE ET D'ANIMATION DU RÉSEAU	88
5.8.1	<i>Choisir un pilote politique -et un seul- au niveau de la région :</i>	88
5.8.2	<i>Régler la question des délégations régionales de l'INPES et de l'animation du réseau</i>	89
5.9	ADAPTER LES MODES DE RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX.....	90

ANNEXES

I – INTRODUCTION

1.1 Méthode et problématique retenue par la mission

1.1.1 Les orientations issues du Comité de pilotage des 2 et 3 juillet 2002

Lors de sa réunion de juillet 2002, le comité de pilotage du Rapport Public 2003 avait brossé un premier cadrage des objectifs assignés à la mission « métiers de la prévention ». Parallèlement aux autres missions thématiques, "La mission" Métiers" s'intéressera aux fonctions à exercer pour conduire une politique de prévention.../... Puis elle analysera la répartition actuelle de ces fonctions entre les différents corps de professionnels, les aptitudes et les manques de ces professionnels, les propositions possibles en termes de formation initiale et continue, de management et d'organisation".

A partir des orientations précédentes, la mission a orienté ses premières réflexions autour de trois axes :

- Quel est l'état de la "doctrine" en la matière ?
- Quelles traces écrites sont susceptibles de servir de matériau au travail de la mission ?
- Quelles hypothèses pouvons-nous en déduire pour ce qui concerne la conduite de nos travaux tant pour la méthode que pour la cible ?

Les premières revues de littérature et les explorations menées sur l'Internet ont montré que peu de réflexions théoriques avaient été produites en terme de conceptualisation, en particulier à partir des outils de la sociologie des professions ou d'analyse ergonomique de l'activité. Même si certaines facettes des politiques de prévention ont vu se construire de véritables métiers, voire des professions (ingénieur de prévention, épidémiologiste, médecin inspecteur de santé publique, etc...), on ne peut que noter la diversité des pratiques et des métiers de base « porteurs » de ces pratiques.

Par ailleurs, il n'existe que peu d'exemples de pratique de prévention ayant conduit à une exploitation en termes de transférabilité et de généralisation. Il semble également que la capitalisation des pratiques n'en soit encore qu'à ses premiers balbutiements.

En conséquence, la "standardisation" (au sens reproductibilité normalisée) des profils professionnels s'effectue à partir du constat des compétences intuitives ou informelles rencontrées sur le terrain sans qu'apparaissent clairement ni une identité professionnelle stabilisée ni un "référentiel opératoire commun" validé.

La construction statutaire d'une profession (règles d'entrée et de gestion de la carrière, rémunération, etc...) n'est évoquée dans aucun document à l'exception notable d'un numéro

de la revue de l'ex-CFES¹ qui semble avoir développé une réflexion sur ce sujet au sein de son réseau d'intervenants.

De même, il est apparu que les activités de prévention sanitaire sont gérées suivant différentes approches par public (enfance, personnes âgées...), par milieu (travail, domicile...), par programme ou par pathologie, chaque approche mettant en jeu des professionnels de diverses origines.

La mission, en fonction de ce premier état des lieux, et sans trancher entre les différentes approches évoquées plus haut, s'est fixée quatre objectifs :

- Repérage et analyse des pratiques de terrain.
- Identification d'un référentiel de métier (ou des métiers) permettant d'objectiver les compétences mises en œuvre dans les pratiques observées et analysées.
- Analyse comparative avec les formations et les certifications existantes.
- Réflexion sur les supports statutaires nécessaires pour "porter" ces métiers.

Dans cet esprit, la mission a identifié les lieux et les institutions susceptibles de présenter un intérêt et de lui apporter les matériaux utiles à la réflexion. Le choix a été fait de concentrer les observations de terrain sur la région Rhône-Alpes (en particulier le département du Rhône) et de les valider par un croisement avec les constats issus de l'Île de France.

1.1.2 Le présupposé du règlement préalable des débats théoriques

Confrontée à un objet particulièrement mouvant, la mission a voulu se fixer un cadre susceptible d'éviter d'avoir à traiter tout au long de son travail les questions conceptuelles liées à la nature même de la prévention sanitaire, sous peine de refaire, à partir de l'interrogation sur les métiers, l'ensemble des débats. La mission a donc considéré que les questions théoriques avaient été tranchées au préalable et qu'il ne lui appartenait pas de les réouvrir sauf lorsque celles-ci impactaient directement la problématique des métiers.

1.1.3 Le choix délibéré d'une observation centrée sur l'éducation pour la santé

Les premiers éléments recueillis par la mission l'ont conduit à centrer principalement ses observations sur les métiers de l'éducation pour la santé. En effet, il est rapidement apparu que, si l'ensemble du champ à analyser était marqué par une forte diversité, le sous-ensemble de l'éducation pour la santé présentait une accentuation de cette diversité tant au niveau de la construction des métiers et des filières professionnelles éventuelles que de leur reconnaissance. La mission a donc fait le choix délibéré de « délaisser » certaines professions ou activités parce qu'elles apparaissaient plus fortement structurées ou liées à des corpus théoriques déjà bien stabilisés ou bien encore dans des situations de reconnaissance et de positionnement institutionnel plus affirmée

¹ CFES : Comité français d'éducation pour la santé

1.2 Le plan du rapport

Le présent rapport comporte quatre parties.

La première présente, selon la typologie évoquée précédemment, une description des métiers tels que la mission a pu les identifier et les dénombrer à partir de sources statistiques déjà existantes de façon éparse mais jamais rassemblées, sans pour autant prétendre à l'exhaustivité.

La deuxième partie s'interroge sur les qualifications et les formations mises en œuvre dans les métiers de la prévention, soulignant, là encore, la diversité –et parfois les faiblesses– de la situation.

La troisième partie est consacrée aux effets de système identifiés au cours des observations de la mission et leurs impacts sur la problématique des métiers.

Enfin, la quatrième partie formule des propositions ciblées, au principal, sur l'éducation pour la santé mais aborde également, prenant volontairement le risque de déborder du champ initial de la mission, plusieurs facettes du fonctionnement des dispositifs de prévention en lien avec la très récente loi sur les droits des malades ou avec la future loi quinquennale sur la santé publique.

2 - LES DIFFERENTES CATEGORIES DE METIERS : UNE IDENTIFICATION ET UN DENOMBREMENT ALEATOIRES

La mission a tenté d'identifier et de dénombrer les « métiers de la prévention » :

- en effectuant une classification en trois catégories,
- en recherchant d'une part les caractéristiques communes et d'autre part les caractéristiques spécifiques à chacune de ces catégories de métiers,

La mission n'a pas cherché à pratiquer une distinction fine entre « métiers », « emplois »². En effet, elle a constaté qu'à un métier, ou une qualification, peuvent correspondre plusieurs sortes d'emplois. Par ailleurs, une personne peut occuper un emploi qui coïncide avec un métier, mais exercer les missions d'un autre sans posséder les qualifications et les connaissances initiales requises : par exemple, dans les lycées et collèges, les infirmières scolaires remplissent partiellement le rôle habituellement dévolu aux assistantes sociales.

Il convient de remarquer également que le comptage des « métiers de la prévention » et des personnes qui s'y consacrent n'est pas aisé pour plusieurs raisons :

- les sources sont diverses³, il n'existe pas de recensement unique ou centralisé ;
- les manières de comptabiliser sont différentes (par exemple, pour les médecins certains font une distinction entre libéraux et salariés, les autres entre généralistes et spécialistes) ;
- des personnes peuvent être comptabilisées dans plusieurs catégories (par exemple les médecins temps partiels hospitaliers sont susceptibles d'être comptés à la fois avec les salariés et avec les libéraux) ;
- pour certains métiers, on ne connaît pas les effectifs réels (par exemple : le nombre de salariés des associations).

² Pour le secrétaire général du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), un « métier » correspond à un ensemble de connaissances professionnelles acquises grâce à une formation, un apprentissage et l'expérience, alors qu'un « emploi » est une situation de travail d'une personne effectuant une activité et correspondant au versement d'un salaire. (La santé de l'Homme – N°353 – Mai – Juin 2001- page 8). A noter que l'on peut aussi effectuer une différenciation entre « postes », « fonctions », « activités », « professions », « tâches »...

³ Pour sa part, la mission a utilisé les données chiffrées émanant : de la DAGPB (Direction de l'Administration Générale du Personnel et du Budget) pour les personnels des services déconcentrés du ministère des Affaires sociales et de la Santé, de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), pour les autres catégories du secteur public, de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) pour le secteur libéral, de l'UCANSS (Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale) pour les personnels des organismes de sécurité sociale, du ministère du Travail pour les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre, de la DESCO (Direction de l'Enseignement Scolaire) pour les personnels de l'Education nationale, du CISME (Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprises) pour la médecine du travail, de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Enquêtes Economiques) pour les personnels des collectivités locales), de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) pour les personnels des comités d'éducation pour la santé et des institutions avec lesquelles elle a eu des contacts lors de ses visites en région Rhône-Alpes et Ile de France (DDASS, CRAM, CPAM, ORS, Conseil général...)

Compte tenu de ces incertitudes et des choix que la mission a effectués pour classer les métiers et estimer l'importance des effectifs de plusieurs d'entre eux, le dénombrement qu'elle a réalisé doit être considéré, au mieux, comme l'indication d'un ordre de grandeur⁴.

Par convention, la mission a distingué trois catégories de métiers :

- les métiers « dédiés »,
- les métiers « partagés »,
- les métiers « émergents ».

Il s'agit d'une distinction arbitraire, la différenciation entre les trois catégories pouvant être parfois ténue, voire subjective.

Pour chacune des catégories, la mission a cité des exemples relevant des secteurs suivants qui, peu ou prou, interviennent sur le champ de la prévention sanitaire :

- Education nationale.
- Travail et emploi.
- Santé et protection sociale.
- Collectivités locales.
- Associations.

Pour chaque métier cité, la mission s'est efforcée d'indiquer, lorsque c'était possible :

- les missions, ou le rôle, dévolus,
- le niveau d'études requis et le mode de recrutement,
- l'existence d'un statut, d'un contrat ou d'une convention organisant le déroulement de carrière,
- éventuellement les problèmes concrets ou les difficultés rencontrées,

et, dans la mesure où elle a pu recueillir les données, elle a tenté de dénombrer les effectifs.

2.1 Les métiers dédiés

2.1.1 Définition des métiers dédiés

Les métiers « dédiés » sont ceux dont l'activité est consacrée exclusivement (ou principalement) à la prévention. C'est en cela qu'ils se distinguent des autres.

Ce sont des métiers dont les qualifications, les diplômes, les statuts, les déroulements de carrière, sont en général reconnus et codifiés par des textes, des conventions, des grilles ...

Dans certains cas il peut s'agir, non pas de « métiers » tels qu'ils viennent d'être définis, mais aussi d'emplois qui correspondent à des situations atypiques, où des personnes qui possèdent un statut défini, occupent en fait des fonctions, qui ne sont pas initialement et

⁴ Cf. tableau en annexe.

spécifiquement prévues par des textes, mais qui sont néanmoins entièrement tournées vers la prévention.

Les métiers dédiés, pour la plupart, possèdent des référentiels de compétence.

2.1.2 Les métiers dédiés dans le secteur de l'Education nationale

A l'Education nationale, on peut distinguer trois métiers ou emplois dédiés :

- les médecins scolaires,
- les infirmier(e)s scolaires,
- les secrétaires médico-scolaires,

2.1.2.1 Les médecins de l'Education nationale

Les médecins de l'Education nationale ont essentiellement pour vocation d'avoir la responsabilité d'un secteur géographique d'intervention, comprenant un ou plusieurs lycées et les collèges et écoles qui s'y rattachent. Leurs fonctions sont définies par un statut paru en 1991⁵ : ils effectuent essentiellement des bilans de santé. Ces bilans sont systématiques en deux occasions, d'une part au cours de la 6^{ème} année, c'est à dire à l'entrée à l'école élémentaire, d'autre part pendant la classe de troisième à des fins d'orientation scolaire, mais ils peuvent être aussi pratiqués ponctuellement, à la demande des institutions ou des familles.

Les médecins de l'Education nationale peuvent jouer aussi un rôle spécifique de conseiller technique en prévention sanitaire individuelle et collective auprès des recteurs, des inspecteurs d'Académie, des inspecteurs de l'Education nationale, des chefs d'établissement et directeurs d'école, des jeunes scolarisés et de leurs parents et de référent santé au sein de la communauté éducative.

Ils sont recrutés par voie de concours et reçoivent une formation d'une année à l'ENSP⁶, ou de huit semaines dans un pôle universitaire de santé publique, en fonction de leurs qualifications et expériences professionnelles.

Ce métier pose plusieurs séries de problèmes :

- des difficultés liées à leur recrutement : environ 38% de l'activité médicale du service de promotion de la santé de l'Education nationale⁷ est exercée par des médecins vacataires (Cf. ci-après), ce qui engendre :
 - une impossibilité dans certaines zones géographiques de procéder à des recrutements par manque de candidatures,
 - une instabilité permanente de ces médecins, qui abandonnent leurs fonctions en cours d'année, dès qu'une offre plus intéressante se présente à eux,

⁵ Décret du 27 novembre 1991, article 2.

⁶ ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique.

⁷ Le « Service de promotion de la santé en faveur des élèves » est l'appellation officielle qui remplace celle de « Service de santé scolaire ». La locution « santé scolaire » n'a d'ailleurs plus cours. On doit parler de « santé en milieu scolaire »...

- un faible investissement professionnel de ces personnels du fait de la précarité de leur statut ;
- des difficultés liées à leur « positionnement » :
 - d'une part, de sérieuses interrogations existent quant à la réalité de leur collaboration avec les chefs d'établissement et les inspecteurs de l'Education nationale (assurent-ils bien leur rôle de conseillers techniques ?) sur leur collaboration avec les enseignants (sont-ils bien les référents santé institués par les textes ?) ;
 - d'autre part, doivent-ils être considérés comme :
 - les « médecins du travail » des établissements ?
 - les conseillers techniques des chefs d'établissements ?
 - les conseillers techniques des familles ?
 - les médecins uniquement chargés d'établir des bilans de santé et d'en effectuer le suivi ?
 - ou doivent-ils occuper toutes ces fonctions à la fois ?

Au 1^{er} septembre 2002, le Service de promotion de la santé en faveur des élèves disposait de **2 103,6 postes de médecins**⁸, se répartissant en :

- 1 311 postes de médecins à temps pleins,
- 792,6 postes budgétaires⁹ permettant de rémunérer environ 1 200 médecins vacataires.

Le taux d'encadrement moyen à la rentrée 2002 est de **6 000 élèves par médecin** de secteur, avec de grandes variations d'une académie à l'autre : de un médecin pour 4 710 élèves dans l'Académie de Créteil à un médecin pour 6 260 élèves dans l'Académie de Clermont-Ferrand.

2.1.2.2 *Les infirmier(e)s de l'Education nationale*

Les missions des infirmières de l'Education nationale sont définies par une circulaire de 1991¹⁰ et deux décrets de 1993¹¹ et une circulaire de 2001¹². Elles ont trois types d'exercice : dans un établissement du second degré, sur un secteur d'intervention (zone géographique regroupant plusieurs types d'établissements), ou sur un poste mixte (principalement un collègue et le secteur de regroupement du collègue).

Elles assurent l'accueil des élèves à l'infirmerie et participent à des dépistages et à des informations. Leur fonction réelle est une mission de veille et surtout d'écoute : le fait qu'elles soient soumises au « secret médical » leur confère auprès des élèves une légitimité, que n'ont pas les autres membres de la communauté éducative, pour être les dépositaires d'informations relatives à l'état de santé, aux maltraitances, à la pilule « du lendemain » etc...

⁸ Avec une création de 25 postes. Sources : Ministère de l'Education nationale.- DESCO

⁹ En équivalent temps plein sur une base 1600 heures/an.

¹⁰ Circulaire n°91148 du 24 juin 1991.

¹¹ Décret n°93345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et décret n°93221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles.

¹² Circulaire 2001-12 du 12 janvier 2001.

Elles sont recrutées par voie de concours, internes ou externes, sur épreuves. Cinq pour cent environ sont recrutées, comme contractuelles ou vacataires, pour effectuer des remplacements pour des durées de trois à dix mois.

Au 1^{er} septembre 2002 on dénombrait **6 366,8¹³ postes d'infirmières** dont :

- 6 063 postes à temps pleins,
- 303,8 postes budgétaires¹⁴ permettant de rémunérer des vacataires.

Le taux d'encadrement moyen est de **2 000 élèves par infirmière** pour la rentrée 2002, avec des variations importantes selon les régions : une infirmière pour 1 210 élèves dans l'Académie de Limoges à une infirmière pour 2 330 élèves dans l'Académie de Nantes.

Il est à noter que le taux d'encadrement s'est nettement amélioré ces dernières années, l'Education nationale ayant fait un effort important de créations de postes.

2.1.2.3 *Les secrétaires médico-scolaires*

En application des dispositions de la circulaire du 24 juin 1991, les secrétaires médico-scolaires exercent, au sein du service de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire, des fonctions d'information et d'accueil, de liaison entre les divers membres de l'équipe, de documentation et de secrétariat. Elles jouent d'autre part un rôle important dans les relations avec les autres services de prévention, en particulier avec la PMI, parce que ce sont elles qui gèrent les dossiers médico-scolaires et organisent les visites médicales et le suivi des élèves.

En fait, le secrétariat médico-scolaire ne correspond pas à un métier, mais à un emploi. En effet, les secrétaires médico-scolaires ne constituent pas un corps spécifique, mais appartiennent à diverses catégories de personnels de l'Education nationale (par exemple : adjoints ou agents administratifs, secrétaires d'administration scolaire et universitaire).

Des suppressions massives de ces postes ont eu lieu en 1986 et depuis la tendance est plutôt à transformer les postes, lors des départs en retraite des titulaires.

De plus, dans la mesure où elles sont parfois mal identifiées au sein des équipes académiques et parce que leur affectation dépend du bon vouloir des inspecteurs d'Académie, il est difficile de les dénombrer avec exactitude : on évalue leur nombre actuel à **environ 1100**.

¹³ Avec une création de 149 postes. Sources : Ministère de l'Education nationale - DESCO

¹⁴ En équivalant temps plein sur une base 1600 heures/an.

**L'EXEMPLE DU SERVICE DE MEDECINE EN MILIEU SCOLAIRE
DE L'INSPECTION ACADEMIQUE DU RHONE.**

Ce service comporte, pour satisfaire l'ensemble des besoins de l'Académie du Rhône, soit une population scolaire d'environ 603 500 élèves, (non compris ceux de l'enseignement supérieur) dont 202 200 dans le secondaire :

- 50 ETP de médecins,
- 150 ETP d'infirmier(e)s,
- 100 ETP d'assistant(e)s de service social.

2.1.3 Les métiers dédiés dans le secteur du travail et de l'emploi

Dans le secteur du travail et de l'emploi, on peut distinguer trois sortes de métiers dédiés :

- les médecins du travail,
- les médecins inspecteurs régionaux du travail,
- les infirmier(e)s du travail.

2.1.3.1 Les médecins du travail

Tous les médecins du travail, en plus de leur diplôme de médecin, doivent obligatoirement être titulaires, soit d'un certificat d'études spéciales, soit d'un diplôme d'études spécialisées en médecine du travail. Il existe une filière d'internat spécifique « médecine du travail ».

Les médecins du travail exercent, soit en entreprises (service médical d'entreprise autonome) lorsque le temps minimal qu'ils doivent consacrer aux salariés est au moins égal à 169 heures par mois, soit au sein d'un service médical interentreprises (il y en a environ 400 en France)¹⁵.

L'organisation des services de médecine du travail est de la responsabilité des employeurs, mais sous un contrôle social et avec un système d'agrément par les DRTEFP¹⁶.

Qu'ils soient en entreprises ou dans un service médical interentreprises, les médecins du travail sont sur le même plan que les autres salariés, quant à la forme de leur recrutement (contrat) ou de leur déroulement de carrière (convention collective). Cependant, les médecins du travail bénéficient à la fois de la protection du Code du travail et des prérogatives du Code de déontologie médicale : le contrat qui les lie à leur employeur est passé dans les conditions prévues par le Code de déontologie. En particulier, leur lien de subordination en qualité de salariés ne peut s'opposer à leur indépendance de médecin du travail.

¹⁵ Environ 13 millions de salariés sont soumis à surveillance médicale : 12 millions sont suivis dans les services interentreprises et 1 million dans les services d'entreprises.

¹⁶ DRTEFP : direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle.

Les médecins du travail ont un rôle exclusivement préventif, en dehors des premiers secours. Leur rôle majeur est d'éviter toute altération de la santé (physique ou mentale) des travailleurs, du fait des conditions de travail, en effectuant les examens médicaux nécessaires et des actions sur le milieu du travail. Ce rôle est défini par le Code du travail et détaillé dans un certain nombre de textes législatifs et réglementaires.

Selon le Code du travail, les médecins du travail sont les conseillers du chef d'entreprise, mais aussi des salariés, des représentants du personnel et des services sociaux sur les points suivants :

- amélioration des conditions de vie et de travail,
- adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail,
- protection des salariés contre les nuisances, les risques et l'utilisation de produits dangereux,
- hygiène générale et hygiène de la restauration,
- prévention et éducation sanitaire.

Il existe environ **6 500 médecins du travail**¹⁷, dont 5 250 dans les services interentreprises.

Il est à noter qu'il existe une médecine du travail spécifique au milieu agricole qui dépend de la MSA (mutualité sociale agricole).

2.1.3.2 Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO)

L'inspection médicale du travail (qui se compose d'un service central et d'inspections médicales régionales) dépend du ministère du Travail.

Le MIRTMO est notamment chargé de l'étude des risques professionnels et de leur prévention. Il est associé aux orientations en matière de politique régionale de prévention des risques professionnels, à la préparation des programmes et des instructions, ainsi qu'à la définition des actions prioritaires. En outre, il exerce une mission de conseil auprès des médecins du travail en entreprises.

En fait, les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre jouent un triple rôle :

- conseil (du directeur régional du travail pour l'application des dispositions législatives et réglementaires spécifiques),
- appui technique (aux inspecteurs du travail pour le recrutement de médecins ou d'infirmières du travail, pour les emplois réservés, pour les litiges...)
- expert (auprès des services hospitaliers, de la médecine du travail en milieu agricole, de la sécurité sociale...)

Les MIRTMO sont des fonctionnaires et leur recrutement comme leur avancement suivent les règles de la fonction publique.

¹⁷ Sources : Centre interservices de Santé et de Médecine du travail en entreprises (CISME) – Données 1997- Citées dans Cahier Pratiques TISSOT – octobre 2002

En 2002, il existe **52,5 postes de médecins inspecteurs régionaux** (dont une douzaine sont vacants).

2.1.3.3 *Les infirmier(e)s de la médecine du travail*

Les infirmier(e)s de la médecine du travail, qui sont titulaires du diplôme d'Etat, ont pour mission d'assister les médecins du travail dans l'ensemble de leurs activités. Ils sont notamment chargés d'accueillir les salariés, de préparer les examens médicaux et d'assurer le secrétariat médical, de tenir les registres d'infirmierie et de soins.

Outre la prise en charge des accidents, les personnels infirmiers jouent également un rôle dans le cadre de la prévention en apportant leurs compétences en ergonomie (aménagement des postes de travail) et en réalisant (ou en animant) des formations à la sécurité et à l'éducation à la santé.

L'effectif infirmier que doit posséder une entreprise est défini par le Code du travail. Ce sont des salariés de droit privé, mais il est à noter qu'ils ne peuvent être recrutés par l'entreprise qu'avec l'accord du médecin du travail.

Il existe environ **5 250 auxiliaires médicaux** dans les services interentreprises¹⁸.

2.1.4 *Les métiers dédiés dans le secteur de la santé*

La mission a considéré que les métiers dans le secteur de la santé étaient concentrés essentiellement¹⁹ dans :

- les services déconcentrés de l'Etat (DDASS et DRASS²⁰),
- les établissements de santé, publics et privés,
- le secteur libéral.

2.1.4.1 *Dans les services déconcentrés de l'Etat*

Les services déconcentrés de l'Etat du champ « santé – solidarité » comportent un certain nombre de métiers qui sont dédiés à la prévention :

- dans le secteur de la santé publique :
 - les médecins de santé publique,
 - les médecins coordonnateurs des COTOREP,
 - les pharmaciens de santé publique ;

¹⁸ Sources : idem bas de page n°11. Le CISME comptabilise au total 8 000 personnes qui assistent les médecins du travail, en incluant en plus des infirmières du travail, les secrétariats médicaux et les « techniciens » dont le rôle n'est pas précisé.

¹⁹ Pourraient également entrer dans cette catégorie les personnels des agences nationales (comme l'Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé) ou des instituts de recherche (comme l'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale) ou de veille sanitaire (comme l'Institut de veille sanitaire) dont les effectifs constitués de personnels très spécialisés hautement qualifiés sont toutefois en nombres restreints.

²⁰ DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales. DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

- dans le secteur de la santé environnementale, on peut considérer que :
 - les ingénieurs du génie sanitaire,
 - les ingénieurs d'études sanitaires,
 - les techniciens du génie sanitaire,
 - les adjoints et agents sanitaires,

ont l'essentiel de leur activité qui est tournée vers la surveillance et la protection de l'environnement, en lien direct avec l'état sanitaire des populations.

S'agissant d'emplois de la fonction publique, tous ces personnels sont soumis aux règles de recrutement classiques (concours sur épreuves ou sur titres, concours externes et internes) et d'avancement statutaire.

Les corps des médecins, des pharmaciens et des ingénieurs sont de catégorie A, les techniciens sanitaires sont en catégorie B et les adjoints sanitaires en catégorie C.

A l'issue de leur recrutement, les médecins et les pharmaciens de santé publique ainsi que les ingénieurs et les techniciens sanitaires reçoivent une formation initiale spécifique à l'ENSP (d'un an pour les trois premières catégories, de quatre mois pour les techniciens) alternant enseignements théoriques et stages sur le terrain.

➤ Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP)

Ils ont pour missions essentielles :

- de concevoir et de coordonner des projets de santé publique dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ;
- d'évaluer et de contrôler l'organisation des soins, notamment dans le cas de restructurations d'établissements de santé et d'implantation de nouvelles activités ;
- d'apporter une expertise scientifique et technique pour améliorer le fonctionnement d'un service ou d'un établissement ;
- de conduire des études épidémiologiques, démographiques ou statistiques ;
- d'assurer l'inspection des établissements.

Le corps des MISP comporte trois grades : médecin inspecteur, médecin inspecteur en chef, médecin général.

➤ Les pharmaciens inspecteurs de santé publique (PhISP)

Le métier de pharmacien inspecteur s'intéresse au médicament sous tous ses aspects, depuis son autorisation de mise sur le marché et sa production, jusqu'à sa dispensation aux malades. Mais les PhISP ne s'occupent pas uniquement des médicaments à usage humain, ils interviennent également vis-à-vis de nombreux autres produits : cosmétiques, vétérinaires, réactifs de laboratoires.

Près de 95% des PhISP exercent leurs missions dans les DRASS où ils sont conseillers des préfets, ou dans les divers services de l'AFSSAPS²¹ et passent plus de 50% de leur temps de travail en inspection « sur le terrain ». Ils effectuent de multiples opérations d'évaluation et

²¹ AFSSAPS : agence française de la sécurité sanitaire des produits de santé.

de contrôle préventif dans tous les lieux où se trouvent des médicaments et des produits de santé, et opèrent des investigations très variées en cas de présomption d'accidents et d'exercices illégaux. Ils incitent ainsi très activement à la prévention des risques, à la promotion d'une démarche de qualité parmi les professionnels.

➤ Les ingénieurs du génie sanitaire et les ingénieurs d'études sanitaires

Les ingénieurs du génie sanitaire et les ingénieurs d'études sanitaires participent à la mise en œuvre des mesures préventives et curatives pour la protection de la santé des populations contre les risques liés aux milieux et aux modes de vie.

Leurs domaines d'intervention sont étendus : l'eau (de consommation, de loisirs), l'air, le bruit, l'alimentation, les déchets. A ce titre, ils contribuent principalement à la surveillance sanitaire de l'environnement et au contrôle technique des règles d'hygiène, à la prise en compte des objectifs sanitaires dans les politiques d'aménagement et d'équipement et à la maîtrise des perturbations chroniques ou accidentelles des milieux de vie.

➤ Les techniciens sanitaires

Les techniciens sanitaires secondent les ingénieurs sanitaires pour la surveillance sanitaire des milieux de vie et peuvent en particulier exercer la spécialité de diététicien, afin de mener des actions dans le domaine de la nutrition et de l'hygiène alimentaire. Ils réalisent les enquêtes techniques, les prélèvements et mesures nécessaires au contrôle du respect de la réglementation.

Ils sont recrutés par concours sur épreuves et les candidats externes doivent posséder un diplôme universitaire de technologie (DUT)

➤ Les adjoints sanitaires

Les adjoints sanitaires participent au contrôle administratif et technique des règles d'hygiène et aux actions de maîtrise des perturbations des milieux de vie dans le champ de la santé environnementale et de lutte antivectorielle.

Ils sont recrutés par concours sur épreuves, titulaires d'un brevet d'études professionnelles (BEP), d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) ou d'un certificat de formation professionnelle des adultes (CFPA) 1^{er} degré.

➤ Les effectifs

On dénombre actuellement, pour l'ensemble de ces catégories²² :

- **662 postes pour le secteur santé publique** (dont 142 vacants soit 22%)
- **1 456 postes pour le secteur environnement** (dont 79 vacants soit 5%)

²² Sources : Ministère des Affaires sociales « Etat récapitulatif des personnels des services déconcentrés – situation réelle au 1 juillet 2002 ».

qui se répartissent de la façon suivante :

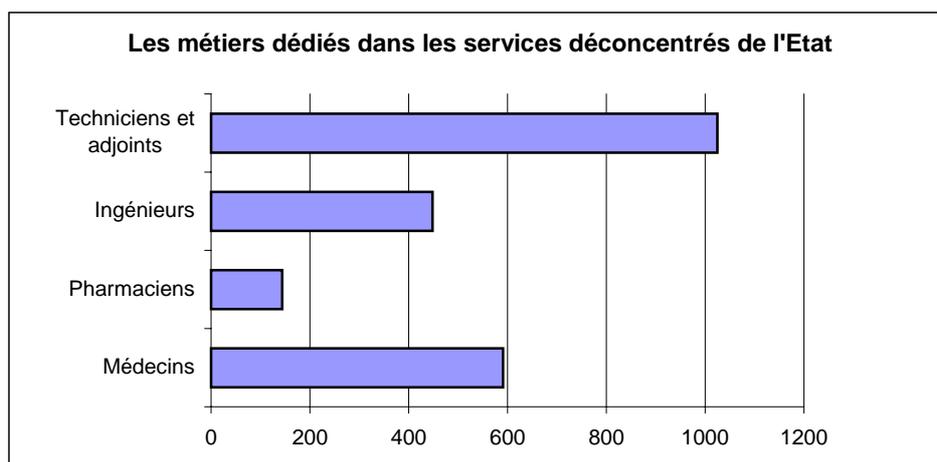
CATEGORIES	NOMBRES DE POSTES BUDGETAIRES	Dont vacants
Médecins de santé publique	481	99
Médecins coordonnateurs de COTOREP	43	13
Pharmaciens de santé publique	138	30
TOTAL Santé publique	662	142
Ingénieurs du génie sanitaire	173	16
Ingénieurs d'études sanitaires	258	30
Techniciens du génie sanitaire	667	25
Adjointes et agents sanitaires	358	8
TOTAL Environnement	1456	79

A ceux-ci s'ajoutent 90 postes de personnels contractuels, affectés spécifiquement à la lutte contre l'ESB²³ :

CATEGORIES	NOMBRES DE POSTES BUDGETAIRES	Dont vacants
Médecins	40	13
Pharmaciens	6	0
Ingénieurs	17	1
Généralistes ou indéterminés	27	6
TOTAL	90	20

En effectuant des agrégats par grandes catégories de métiers, on peut donc avancer l'estimation suivante :

CATEGORIES	NOMBRES DE POSTES BUDGETAIRES	Dont vacants
Médecins	591	131
Pharmaciens	144	30
Ingénieurs	448	47
Techniciens et adjoints	1 025	33
TOTAL	2 208	241



2.1.4.2 Dans les établissements de santé et dans le secteur libéral

Il n'a pas été possible à la mission de quantifier avec précision les professions ou les emplois qui, tant dans le secteur libéral que dans les établissements de santé publics et privés,

²³ ESB : encéphalopathie spongiforme bovine

sont spécifiquement consacrées à la prévention sanitaire. Il en existe ²⁴, mais les études comme les statistiques ne les différencient pas des autres.

C'est pourquoi elles ont toutes été classées dans la catégorie des métiers « partagés » (Cf. ci-après § 22).

2.1.5 Les métiers dédiés dans le secteur de la protection sociale

Trois types d'organismes s'intéressent à la prévention :

- l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) ²⁵,
- les caisses primaires et régionales (CPAM et CRAM) ²⁶,
- le secteur mutualiste.

2.1.5.1 A l'Institut national de recherche et de sécurité

Cet institut de recherche, qui comporte plusieurs centres, emploie **environ 640 personnes**, essentiellement des ingénieurs et des chercheurs, dont 94% sont des salariés permanents dont :

- 40% d'entre eux sont sur des emplois de niveaux très élevés (7 à 9)
- 30% d'entre eux sont sur des emplois de niveaux élevés (5 et 6).

La plupart d'entre eux possèdent des titres universitaires de sciences de troisième cycle (thèse d'Etat, DEA..)

Près d'un quart des effectifs est affecté dans les services de la Direction générale, des directions de centres et des services généraux, le reste dépendant pour 30% de la Direction des applications (qui assure les fonctions d'assistance, de formation, d'information, de documentation, de presse) et pour 45% de la Direction des études et recherches.

Les personnels ont été souvent recrutés à l'issue de leur formation, mais pas en tant que « chercheurs », ce statut n'existant pas formellement à l'INRS.

2.1.5.2 Les effectifs des organismes de protection sociale recensés par l'UCANSS²⁷

Dans les organismes de protection sociale on rencontre deux types de métiers classés par l'UCANSS dans la catégorie « prévention » :

- les chargés d'éducation pour la santé ;

²⁴ Par exemple, dans certains grands établissements il existe des services ou des unités qui se consacrent exclusivement à l'hygiène et à la lutte contre les infections nosocomiales.

²⁵ INRS : créé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 1968. Sa mission est de mieux identifier et connaître les risques professionnels, d'analyser leurs conséquences pour la santé et la sécurité, de rechercher comment les combattre et les maîtriser, de faire connaître et enseigner les moyens de leur prévention .

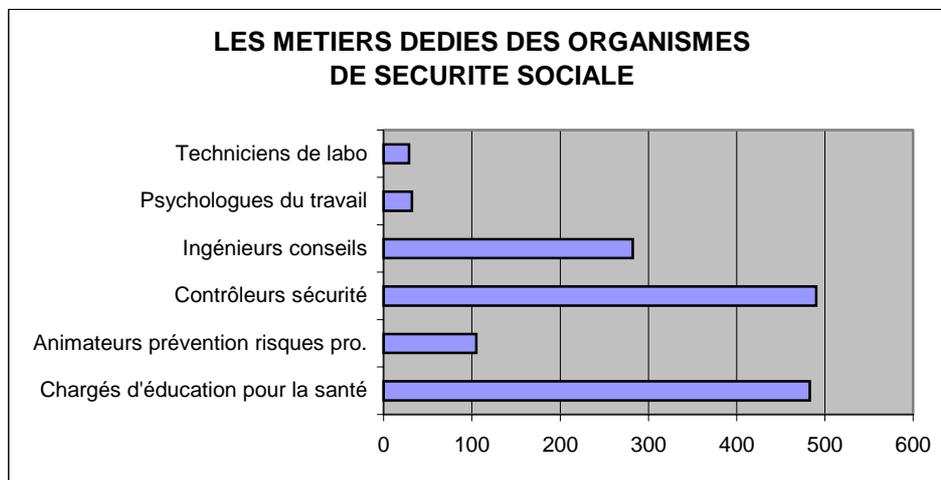
²⁶ CPAM : caisse primaire d'assurance maladie. CRAM : caisse régionale d'assurance maladie.

²⁷ UCANSS : union des caisses nationales de sécurité sociale

- et les professionnels qui ont pour mission d'aider les entrepreneurs à prendre en charge la prévention, c'est à dire : aider à l'évaluation des risques²⁸, dispenser des formations, pratiquer des contrôles (avec éventuellement des sanctions).

Les effectifs recensés au 31. 12. 2001 sont les suivants :

METIERS	NOMBRE
Chargés d'éducation pour la santé	483
Animateurs prévention de risques professionnels	105
Contrôleurs de sécurité	490
Ingénieur conseil	282
Psychologues du travail	32
Techniciens de laboratoire	29
TOTAL	1421



²⁸ L'évaluation des risques professionnels est une obligation légale pour les entrepreneurs – Loi du 31/11/91, qui a été modifiée et renforcée depuis par une directive communautaire.

2.1.5.3 Dans les CRAM :

L'EXEMPLE DE LA C.R.A.M. RHONE- ALPES

Cette caisse régionale, à l'instar de beaucoup d'autres, comporte trois services qui s'intéressent à la prévention :

- **Le service « Education pour la santé »** qui comprend, outre la responsable du service, des animatrices en éducation pour la santé.

Les animatrices sont issues du personnel de la sécurité sociale. Elles n'avaient pas initialement de « profil » professionnel particulier, mais elles ont été affectées à ce service en fonction d'un certain nombre d'aptitudes : relationnelle, qualité d'écoute, capacité à la conduite de projet. Elles sont classées au niveau 5 de la grille professionnelle.

L'ambition affichée par l'institution est de « professionnaliser » ces agents et de les transformer en « conseillères de prévention » ayant la capacité :

- d'évaluer les situations individuelles (faire des bilans individuels à partir d'éléments prédictifs),
- d'élaborer des plans d'aides,
- d'assurer un suivi des situations.

Numériquement le service « Education pour la santé » comprend 3 animatrices en éducation pour la santé et 1 infirmière responsable.

- **Le service «prévention » dans les entreprises**, comporte des ingénieurs et des techniciens supérieurs (niveau d'études : BTS – DUT) qui doivent posséder, préalablement à leur embauche, une expérience industrielle (5 ans pour les ingénieurs, 3 ans pour les techniciens)

Ces catégories font l'objet de « fiches métiers » établies par l'UCANSS. Il existe en outre des fiches de « référentiels métiers » réalisées en interne par la CRAM Rhône –Alpes.

Numériquement ce service comporte 25 ingénieurs et 50 techniciens supérieurs.

- **Le service médical**, constitué des médecins conseils, est distinct du service « hospitalisation », qui lui ne comporte pas de personnel « préventeurs », mais qui favorise néanmoins la démarche de prévention dans les hôpitaux, à l'instar de ce qui se pratique dans les entreprises.

Le service médical régional comporte 70 médecins conseils.

L'EXEMPLE DE LA C.R.A.M. ILE DE FRANCE (CRAMIF)

La CRAMIF possède un service dédié à l'éducation à la santé, appelé « Division éducation pour la santé » qui dépend de la « Direction de la santé et des prestations individuelles », qui comprend 53 personnes et qui est placé sous l'autorité directe d'un directeur adjoint.

Elles sont réparties dans trois unités :

- une cellule de pilotage, qui définit la stratégie et imagine les actions,
- une cellule budgétaire qui gère les aspects financiers,
- une cellule éducation à la santé, qui réalise les actions.

Comme dans le Rhône les personnels sont issus de l'institution, où ils ont occupé précédemment d'autres fonctions, et sont « recrutés » sur « concours » interne, au niveau 6 de la grille professionnelle. Ils passent ensuite au niveau 7 (équivalent chef de service).

Le libellé de leur emploi est celui de « délégué » ou de « chargé » d'éducation pour la santé.

- 20% d'entre eux possède un BEP ou un CAP
- 30% un Bac,
- 10% un Bac + 2,
- 20% un Bac +3,
- 20% un diplôme professionnel d'Etat (Infirmière ou kinésithérapeute).

L'âge moyen de ces agents est de 49 ans, avec une ancienneté moyenne dans l'institution de 28 ans et dans le service de 15 ans.

2.1.5.4 Dans les CPAM

L'EXEMPLE DE LA C.P.A.M. DU RHONE

La CPAM du Rhône développe un important programme de prévention ce qui a nécessité la création d'un service particulier : le «Département prévention – Santé publique».

Ce département comporte :

- 7 ETP qui assurent au siège de la CPAM le fonctionnement administratif et organisent les actions et qui se répartissent de la façon suivante : une responsable, une adjointe, trois assistants de prévention, trois animatrices en éducation pour la santé ;
- 34 ETP, dont 3 éducateurs pour la santé, qui opèrent dans les centres de santé (où sont pratiqués les bilans de santé et des séances de prévention sur tabac alcool, diabète, ménopause...) ;
- 70 ETP dans les centres de santé dentaires, qui assurent essentiellement des soins et qui ont connu une augmentation sensible de leur fréquentation après la mise en place de la couverture médicale universelle .

Sur les huit personnes du département prévention qui sont au siège :

- 3 possèdent un Bac + 4 (économie et droit),

- 3 possèdent un Bac,
- 2 un CAP.

Elles sont classées au niveau 4 de la grille professionnelle, sauf l'encadrement.

Hormis les médecins et les dentistes, la majeure partie des agents du département prévention ont un statut et une formation initiale de nature administrative et il est donc nécessaire de les faire évoluer vers d'autres fonctions. Ainsi une animatrice en EPS²⁹ a passé le diplôme universitaire de formateur en EPS, une autre a obtenu un diplôme universitaire d'art thérapeute.

2.1.5.5 Au sein de la mutualité

L'EXEMPLE DE LA MUTUALITE DE L'ISERE

La Mutualité de l'Isère pour développer ses actions de prévention et de promotion de la santé a mis en place un réseau de correspondants (une personne dans chacun des six départements de la région).

Ces personnes possèdent un profil atypique par rapport aux métiers traditionnels de la mutualité et, selon le mot du responsable régional, sont considérés par l'institution comme des « saltimbanques » .

Ainsi :

- Le responsable régional a une formation de journaliste (maîtrise de lettres, licence de journalisme, doctorat de communication) et a travaillé dans plusieurs médias régionaux, avant de pratiquer de l'enseignement et de la recherche ;
- une, possède un diplôme d'infirmière et a successivement travaillé dans un service de chirurgie, dans un service de santé scolaire, a assuré de l'enseignement, puis a dirigé un établissement pour personnes âgées ;
- une, possède une maîtrise de sociologie et un DEA d'échanges culturels internationaux et effectué des travaux saisonniers, des enquêtes sociologiques ;
- une, est médecin et a effectué des remplacements de médecine générale, puis a intégré un service de santé scolaire ;
- un, est aumônier. Il a exercé dans des lycées et a assuré l'accompagnement de jeunes en insertion ;
- un, possède un DEFA et un DSTS. Il a été précédemment animateur de quartier, puis dans une CAF ;
- une, est éducatrice de jeunes enfants et a exercé dans le secteur de l'enfance handicapée.

Leur âge moyen est de 47 ans.

La convention de la mutualité est appliquée à tous (à l'exception de deux d'entre eux qui sont rattachés à la convention FEHAP 51) et ils sont tous considérés comme cadres. Leur niveau de rémunération brut par mois s'échelonne de 1536 € à 2760 €.

²⁹ EPS : éducation pour la santé.

2.1.6 Les métiers dédiés dans les collectivités locales

2.1.6.1 Dans l'ensemble des départements et des communes

Les statistiques concernant les collectivités locales distinguent trois grandes catégories de métiers (qui sont répertoriés par la fonction publique territoriale) : les emplois « sportifs », les emplois « sociaux » et les emplois « médico-techniques ».

On peut supposer qu'un certain nombre d'entre eux sont des métiers dédiés à la prévention, mais il n'y a pas de distinction nette dans la description des emplois permettant d'effectuer un véritable repérage exhaustif.

Les métiers « sportifs » recensés sont les suivants : conseillers sportifs, éducateurs sportifs, opérateurs sportifs.

Les métiers « sociaux » recensés sont les suivants : conseillers socio-éducatifs, assistants socio-éducatifs, éducateurs de jeunes enfants, moniteurs – éducateurs, agent spécialisé des écoles maternelles, agents sociaux, assistantes maternelles à domicile.

Si l'on s'en tient aux intitulés, aucun de ces métiers ne semble, a priori, dédié spécifiquement à la prévention sanitaire. La mission les a donc classés dans les métiers partagés.

Les métiers « médico-sociaux » recensés sont les suivants : médecins, psychologues, sages femmes, coordinatrice de crèche, puéricultrice, infirmière, rééducateur, auxiliaire de puériculture, auxiliaire de soins³⁰

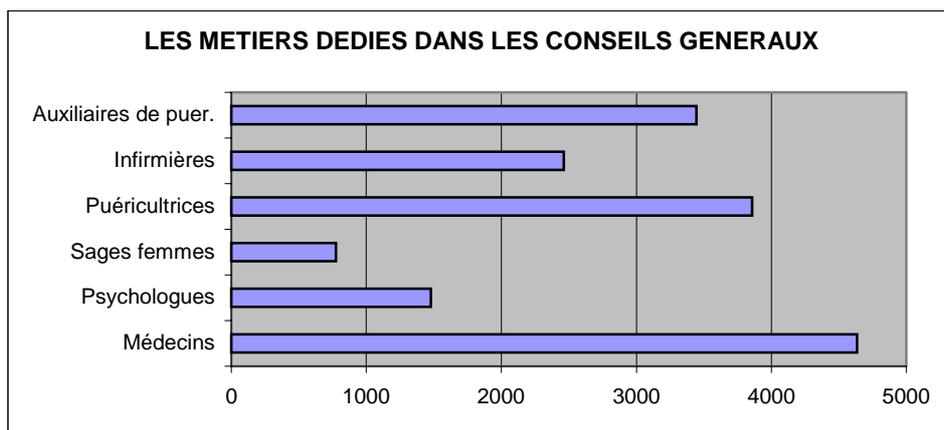
La mission a considéré, arbitrairement, qu'il s'agissait dans ce cas aussi de métiers partagés, à l'exception de certains emplois du cadre départemental, compte tenu de l'existence des services de PMI qui œuvrent directement pour la prévention. Ont donc été retenus les effectifs de médecins, de psychologues, de sages – femmes, de puéricultrices, d'auxiliaires de puériculture, d'infirmières, travaillant pour les conseils généraux, en excluant ceux qui exercent dans les établissements publics départementaux.

En 1999³¹, les effectifs étaient les suivants pour l'ensemble de la France :

CATEGORIES	TOTAL GENERAL (Conseils généraux + communes)	Dont Conseils généraux (non compris les établissements publics départementaux)
Médecins	9 658	4 636
Psychologues	2 663	1 480
Sages – femmes	833	776
Puéricultrices	7 488	3 857
Infirmières	8 159	2 461
Auxiliaires de puériculture	23 549	3 445
TOTAL	52 350	16 655

³⁰ Les auxiliaires de soins exercent les fonctions d'aides soignantes (Décret n°92-866 du 28 août 1992).

³¹ Sources : Tableau 20A de la revue « INSEE-Résultats ».



Il est à noter que, selon la DREES³², y avait au 1^{er} janvier 2000, 2 947 médecins de santé scolaire et universitaire et de PMI. Si on estime le nombre de médecins scolaire et universitaire à environ 2 100 (Cf. supra § 2112), il y aurait donc environ 850 médecins de PMI.

Tous ces personnels exercent dans le cadre du statut de la fonction publique territoriale, et pour chacune des catégories un statut particulier a été défini³³.

Sont classés :

- en catégorie A : les médecins, les psychologues, les sages - femmes, les coordonnatrices de crèches,
- en catégorie B : les infirmières, les puéricultrices,
- en catégorie C : les auxiliaires de puériculture.

2.1.6.2 L'exemple du Conseil général du Rhône

L'EXEMPLE DU CONSEIL GENERAL DU RHONE

La plupart des métiers qui sont concernés par la prévention sont représentés, mais beaucoup de personnels sont spécialisés dans les deux grands secteurs qui sont de la compétence du Conseil général : enfance et vieillesse :

- médecins (dont certains spécialisés en vaccination et gériatrie),
- infirmières (dont certaines spécialisées en gériatrie),
- puéricultrices et auxiliaires de puéricultures,
- sages-femmes,
- conseillères conjugales,
- assistantes sociales,
- psychologues,
- psychanalystes.

Les personnels sont sous statut de la fonction publique territoriale, sauf certains

³² DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques – Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000

³³ Cf. Brochure n°1670 éditée par les Journaux officiels : « Fonction Publique Territoriale : personnels des services sociaux, médico-sociaux et médico-techniques – statuts particuliers – échelonnements indiciaires – concours et examens professionnels ».

médecins qui sont vacataires, les psychologues et les conseillères conjugales qui sont contractuels.

Le service « Santé publique et PMI » du Conseil général du Rhône, comporte 473 personnes, dont 428 pour le seul secteur PMI, avec en particulier :

- 123 médecins,
- 215 infirmières,
- 15 auxiliaires de puériculture,
- 22 sages-femmes,
- 12 conseillères conjugales,
- 10 assistantes sociales,
- 15 psychologues,
- 1 psychanalyste.

2.1.6.3 *L'exemple de la ville de Villeurbanne :*

L'EXEMPLE DE LA VILLE DE VILLEURBANNE

Le cas de la ville de Villeurbanne est atypique, mais mérite d'être souligné. En effet, les communes ne disposent pas, en règle générale, de services particulièrement dédiés à la prévention sanitaire.

Avec 14 autres villes en France, Villeurbanne fait exception. Elle possède un service « santé – environnement », intitulé « Direction de l'hygiène et de la santé publique », qui est l'héritier du « Bureau d'hygiène et sécurité » qui existait naguère dans toutes les villes de plus de 20 000 habitants. Les lois de décentralisation des années 80 ont supprimé cette obligation, mais Villeurbanne et ses quatorze homologues ont conservé la structure.

Cette Direction de l'hygiène et de la santé publique possède trois domaines d'intervention :

- le secteur « hygiène – environnement » avec 5 techniciens et ingénieurs, 1 administratif,
- le secteur « santé scolaire » avec 2 médecins et 10 infirmières, 1 administratif
- un espace « santé – environnement » avec 2 médecins, 2 infirmières, 3 psychologues, 1 animateur environnement, 1 agent développement santé, 1 administratif. .

Pour la plupart, ces 29 personnes sont sur des postes de fonctionnaires territoriaux (sauf 2 emplois jeunes).

2.1.7 *Les métiers dédiés dans le secteur associatif*

La plus grande partie des métiers du secteur associatif s'intéressant à la prévention, peuvent être considérés comme des métiers dédiés.

Cependant, dans la mesure où il s'agit de « nouvelles » activités et de « nouveaux » métiers, la mission a choisi de les classer dans les métiers « émergents ».

2.2 Les métiers partagés

2.2.1 Définition des métiers partagés

Les métiers « partagés » sont ceux dont l'activité n'est pas consacrée exclusivement à la prévention, mais qui y participent ou y contribuent.

Leur action de prévention n'est pas nécessairement formalisée dans le temps et dans l'espace, ni même revendiquée comme telle.

Le médecin généraliste est l'exemple type du métier « partagé ».

Cependant, ce sont des métiers dont les qualifications, les diplômes, les statuts, les déroulements de carrière sont la plupart du temps établis et codifiés par des textes, des conventions, des grilles etc ...

2.2.2 Les métiers partagés dans le secteur de l'Education nationale

La mission a classé dans cette catégorie :

- les assistant(e)s et les conseiller(e)s techniques de service social,
- les enseignants,
- les personnels ATOS (administratifs, techniques, d'éducation et d'encadrement et de surveillance).

2.2.2.1 Les assistant(e)s et les conseiller(e)s techniques de service social

Les assistant(e)s de service social participent aussi, indirectement, au dispositif de santé scolaire puisque leur mission consiste : « à aider l'élève à construire son projet personnel... à participer à l'orientation et au suivi des élèves en difficulté... à la prévention et à la protection des mineurs en danger ... à l'éducation à la vie et à la responsabilité en prenant en compte la dimension sociale de la santé conçue au sens large... »³⁴

Cependant ces missions se « chevauchent » avec celles des infirmières scolaires, si bien que les assistant(e)s de service social déplorent la « médicalisation » des problèmes par les infirmières, c'est à dire que ces dernières auraient tendance à vouloir s'immiscer sur-le-champ social pour résoudre des problèmes qui ne relèvent pas de leur compétence.

Les assistant(e)s de service social ne dépendent pas d'un chef d'établissement, ils fonctionnent souvent en réseau.

Au 1^{er} septembre 2002, on compte **3 125 postes équivalents temps plein d'assistants de service social**, ce qui ne permet pas à l'évidence de couvrir tous les établissements. D'ailleurs ils n'interviennent pas dans le premier degré et très rarement dans les établissements privés sous contrat. Le taux d'encadrement est de **un assistant de service social pour environ 2 000 élèves**.

³⁴ Circulaire du 11 septembre 1991.

Selon les estimations de l'Education nationale³⁵ :

- 75,7% des établissements du second degré bénéficient de la présence régulière de l'assistante de service social,
- 24,3% d'une permanence,
- 5,6% d'une présence à la demande,
- 13,3% d'une intervention dans le cadre du réseau départemental.

2.2.2.2 Les enseignants

Il existe en France (y compris les DOM) **849 600 enseignants dans le secteur public**, dont 316 150 dans le premier degré et 423 650 dans le second degré. **Dans le secteur privé sous contrat, ils sont 140 400**, dont 44 400 dans le premier degré et 96 000 dans le second degré³⁶.

On peut estimer, a priori, que tous ont l'opportunité d'intervenir auprès de leurs élèves au titre de la prévention et de l'éducation à la santé et à la sexualité³⁷. C'est sans doute beaucoup plus vrai dans le premier degré que le second, où trois séries de disciplines contribuent principalement à cette mission :

- les sciences de la vie et de la terre (SVT),
- l'éducation à la citoyenneté (ou instruction civique),
- l'éducation physique et sportive (EPS).

Si on connaît le nombre d'enseignants en EPS (31 500 dans le secteur public), en revanche, pour les autres disciplines le dénombrement est plus aléatoire, dans la mesure où les statistiques ne reprennent pas toujours les mêmes appellations.

Cependant la qualité de l'éducation à la citoyenneté et à la santé dépend souvent de l'engagement et du degré d'implication des enseignants, l'EPS n'est pas partout assurée dans de bonnes conditions de locaux ou d'équipement et les conditions de l'enseignement des SVT ne répondent pas toujours parfaitement aux attentes et aux besoins des élèves.

Pourtant, selon l'Académie de médecine³⁸ « *L'expérience internationale apprend (que l'éducation à la santé) n'est efficace que si elle est enseignée par le maître tout au long de l'année, de façon cohérente et continue. Il serait d'ailleurs souhaitable que la sensibilisation des élèves débute dès l'école maternelle, mais ceci nécessiterait la formation de l'encadrement.* »

³⁵ Sources : Bilan des actions individuelles et collectives menées en faveur des élèves par les assistantes de service social, les infirmières et les médecins dans les écoles et les établissements scolaires. Bilan chiffré des synthèses académiques. Année scolaire 2000-2001.

³⁶ Sources : idem

³⁷ Prévue notamment par la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception – article 22 et 24 sur la contraception en milieu scolaire.

³⁸ Cf. rapport 2002 : Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système français ?

2.2.2.3 *Les personnels ATOS*

Au sein de l'Education nationale d'autres personnels apportent aussi, peu ou prou, leur contribution à l'éducation à la santé dans les établissements: les personnels de direction, les conseillers d'éducation, ainsi que les membres des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté créés en 1998³⁹.

Le nombre des **personnels ATOS est de 306 150** ⁴⁰.

2.2.3 *Les métiers partagés dans le secteur du travail et de l'emploi*

Le réseau ANACT⁴¹ (structure nationale et implantations régionales) comportait en 2001 un effectif de **267 personnes** :

- 81 à l'agence nationale,
- 186 réparties dans les 24 agences régionales (ARACT).

Il est à noter qu'en 5 ans les effectifs régionaux ont été multipliés par trois.

L'agence nationale est un établissement public à gestion tripartite, qui dépend du ministère chargé du travail. Elle est organisée en 2 pôles et 8 départements et parmi ceux-ci le département « Santé et travail » qui comporte 1 responsable, 4 chargés de mission et une assistante administrative.

Les ARACT sont en règle générale sont des associations, administrées par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés et financées par l'ANACT, l'Etat, voire les conseil régionaux.

Les personnels sont donc des contractuels de droit privé.

Les équipes des agences ou des antennes régionales ne comportent qu'un nombre restreint d'agents (Cf. ci-dessous), qui peuvent intervenir dans le domaine de la santé au travail, mais pas exclusivement .

La totalité des chargés de mission possèdent un haut niveau de diplômes et/ou de qualification initiales (Doctorat, DEA, DESS...).

³⁹ Circulaire n°98-108 du 1^{er} juillet 1998.

⁴⁰ Sources : Repères et références statistiques – Edition 2002- Ministère de l'Education nationale.

⁴¹ ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

L'EXEMPLE DE QUELQUES A.R.A.C.T.

L'ARACT D'ILE DE FRANCE qui est, numériquement, la plus importante avec celle de **RHONE-ALPES**, comprend, outre le délégué régional, 17 personnes :

- 11 chargés de mission
- 1 responsable de la communication et 1 assistante,
- 1 responsable de la gestion et 3 assistantes.

L'Antenne de **BRETAGNE**, comme les ARACT de **POITOU-CHARENTES**, de **MIDI-PYRENEES** ou de **FRANCHE-COMTE** comportent 7 personnes :

- 1 déléguée régionale,
- 4 chargés de mission
- 1 assistante de communication
- 1 assistante de gestion.

Les ARACT de **HAUTE-NORMANDIE** et d'**AQUITAINE** comprennent 9 personnes :

- 1 délégué régional
- 6 chargés de mission
- 1 assistante de communication
- 1 assistante de gestion.

L'ARACT du **CENTRE** comporte 13 personnes

- 1 délégué régional
- 8 chargés de mission
- 1 assistante de communication
- 3 assistantes de gestion

2.2.4 Les métiers partagés dans le secteur de la santé

2.2.4.1 Les personnels des services déconcentrés de l'Etat

Les services déconcentrés de l'Etat (DDASS – DRASS) comportent un certain nombre d'agents dont les missions, dans le domaine social surtout, éducatif et sanitaire dans quelques cas, traitent de façon indirecte, ou secondaire, des problèmes de prévention sanitaire. La mission a classé dans cette catégorie :

- les conseillers techniques de service social,
- les conseillers techniques d'éducation spécialisée,
- les assistants de service social,
- les assistantes sociales du personnel,
- les éducateurs spécialisés,
- les infirmières, conseillères en soins infirmiers.

Au total, ils représentent **521 postes**⁴² (Cf. tableau ci-dessous) dont près de 20% sont actuellement vacants (25% pour les assistants de service social)

CATEGORIES	NOMBRES DE POSTES BUDGETAIRES	Dont vacants
Assistants de service social	226	57
Assistants sociaux du personnel	17	1
Conseillers techniques de service social	161	22
Conseillers tech. d'éducation spécialisée	5	0
Educateurs spécialisés	17	3
Infirmières	95	16
TOTAL	521	99

Le mode de recrutement de ces agents, leur statut, leur mode d'avancement ne diffèrent pas de ceux des autres fonctionnaires d'Etat.

2.2.4.2 Les effectifs dans les établissements de santé publics et privés et dans le secteur libéral

Dans les établissements de santé publics et privés, de même que dans le secteur libéral, plusieurs métiers peuvent être considérés comme des métiers « partagés » :

- les médecins,
- les pharmaciens,
- les chirurgiens-dentistes,
- les sages-femmes,
- les psychologues,
- les infirmières,
- les personnels médico-techniques,
- les aides-soignants,
- les personnels socio-éducatifs.

➤ Les médecins

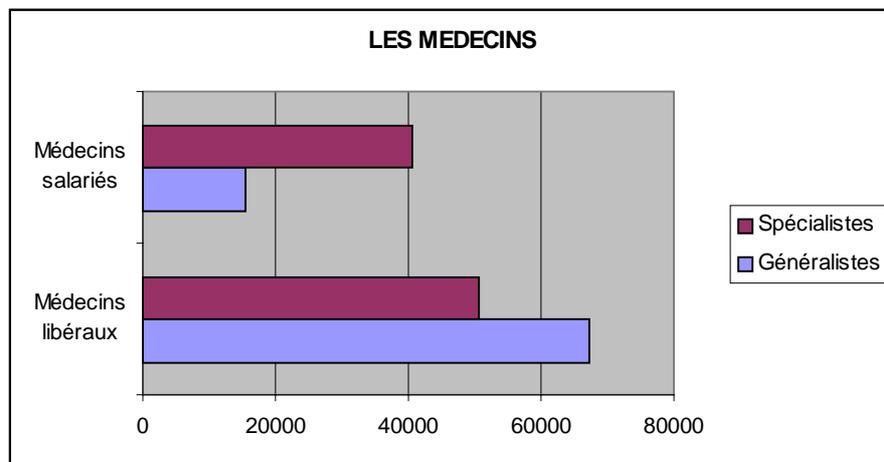
En 2001 on compte environ **174 100 médecins exerçant** soit en cabinet en secteur libéral (118 100) soit dans les établissements de santé publics et privés (56 000). (Cf. tableaux ci-dessous et en annexe).

Les généralistes, sur lesquels on estime généralement que les actions de prévention reposent essentiellement, ne représentent que 47% de cet effectif, dont 39% de généralistes « libéraux », qui sont considérés comme « en première ligne » dans ce domaine.

MODE D'EXERCICE	GENERALISTES	SPECIALISTES	TOTAL
Médecins libéraux	67 400	50 700	118 100
Médecins salariés des établissements de santé	15 400	40 600	56 000
TOTAL	82 800	91 300	174 100

Sources : DRESS : évaluation du nombre de médecins en 2001 (Etudes et Résultats n°161 mars 2002)

⁴² Sources : Sources : Ministère des Affaires sociales « Etat récapitulatif des personnels des services déconcentrés – situation réelle au 1 juillet 2002 ».



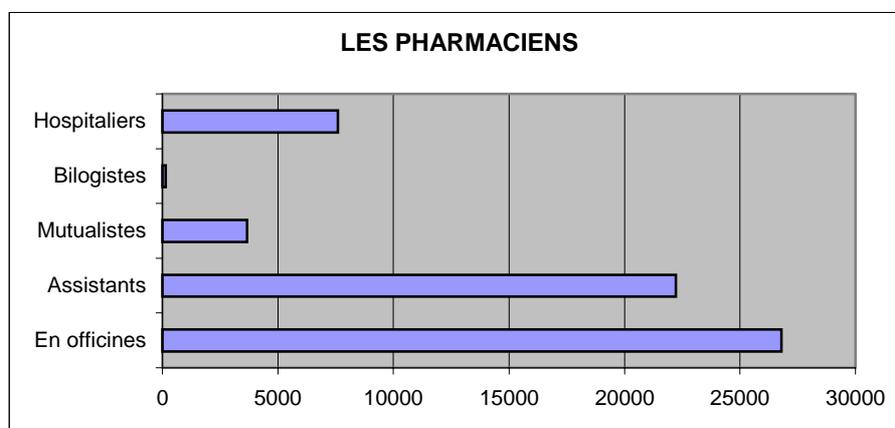
➤ Les pharmaciens

Les pharmaciens, du moins ceux qui sont au contact de la clientèle ou des malades, par leurs conseils notamment, interviennent directement dans le domaine de la prévention.

Ils sont 60 420, mais dans leur très grande majorité (52 680 soit 87%) ils exercent en officine (49 020 soit 81%) ou dans les pharmacies mutualistes (3 660 soit 6%) et ne sont que 7 600 (soit 12,6%) à travailler dans les pharmacies hospitalières. De façon marginale (140) ils exercent aussi dans des laboratoires de biologie (Cf. tableaux ci-dessous et en annexe).

CATEGORIES	NOMBRE
Pharmaciens d'officine	26 800
Pharmaciens assistants	22 220
Pharmaciens mutualistes	3 660
Pharmaciens biologistes	140
Pharmaciens hospitaliers	7 600
TOTAL	60 420

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000



➤ Les chirurgiens dentistes

Selon les statistiques (Cf. tableau en annexe) le nombre global de chirurgiens dentistes serait de **40 540**, dont l'immense majorité (40 150) exercent secteur en libéral. Il n'y pas de distinction entre ceux qui exercent en cabinet et ceux qui pratiquent en institutions.

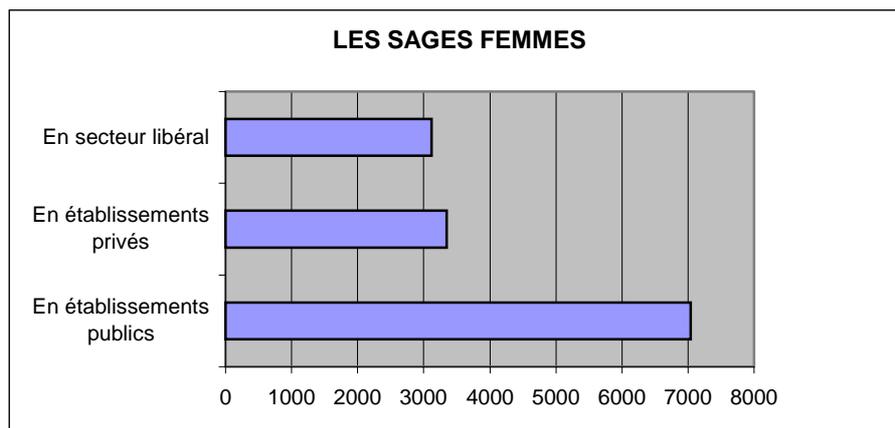
Au-delà des informations et des conseils que les chirurgiens dentistes dispensent à leurs clients, ils participent également aux campagnes de dépistages bucco-dentaires organisées soit par l'Education nationale, soit par les organismes de protection sociale et les mutuelles.

➤ Les sages-femmes

Sur un total de **14 350 sages femmes** (Cf. tableau en annexe), 10 390 exercent dans les établissements de santé publics (7040) ou privés (3 350) et 3 120 en secteur libéral.

CATEGORIES	NOMBRE
Etablissements publics	7 040
Etablissements privés	3 350
Libérales	3 120
TOTAL	13 510

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000



➤ Les psychologues

La mission n'a pu déterminer le nombre de psychologues intervenant en cabinet libéral. Elle a cependant recensé 10 403 professionnels, parmi lesquels 7 510 pratiquent en établissements (5860 dans le public et 1650 dans le privé).

CATEGORIES	NOMBRE
Etablissements publics	5 860
Etablissements privés	1 650
TOTAL	7 510

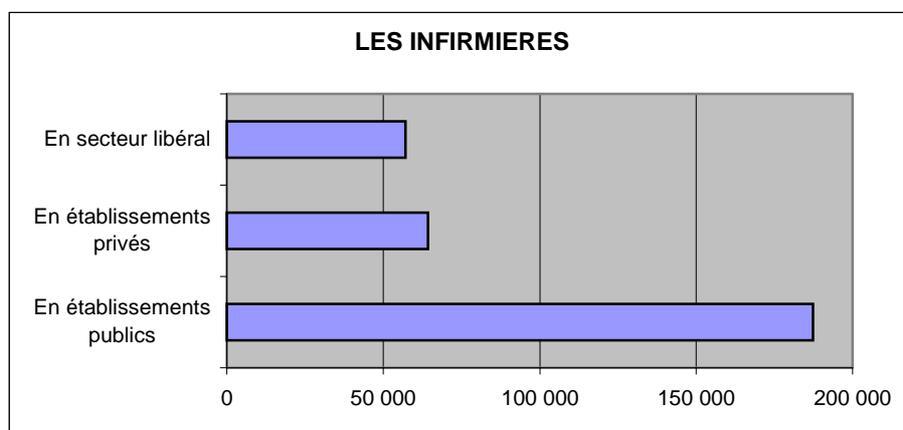
Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000

➤ Les infirmières

Sur les **383 000 infirmières diplômées d'Etat**, 57 100 exercent en secteur libéral, les autres sont salariées. Parmi celles-ci, 251 600 (soit 77% d'entre elles) travaillent dans des établissements de santé (187 300 dans le public et 64 300 dans le privé).

CATEGORIES	NOMBRE
Etablissements publics	187 300
Etablissements privés	64 300
Libérales	57 100
TOTAL	308 700

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000



➤ Les autres personnels non médicaux

Parmi les autres catégories de personnels non médicaux salariés des établissements de santé publics et privés, certaines d'entre elles sont aisément identifiables dans les statistiques officielles :

- les aides soignantes qui sont 211 747,
- les personnels éducatifs et sociaux : 12 968,
- les personnels médico-techniques (manipulateurs radios, laborantines, kinésithérapeutes, ergothérapeutes) : 44 595.

En revanche, pour ce qui concerne les personnels mentionnés dans le tableau ci-dessous, c'est à dire :

- les infirmières spécialisées (anesthésie, salle d'opération) qui sont 21 740,
- les agents d'encadrement des personnels soignants, qui sont 32 991,

la mission n'est pas assurée qu'ils ne sont pas également inclus dans les chiffres concernant les infirmières diplômées d'Etat cités plus haut.

CATEGORIES	Etablissements publics	Etablissements privés	TOTAL
Infirmiers spécialisés	16 058	5 682	21 740
Médico-techniques	34 583	10 002	44 595
Aides – soignants	163 870	47 877	211 747
Encadrement du personnel soignant	25 488	7 503	32 991
Personnels éducatifs et sociaux	8 376	4 592	968

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000

2.2.5 Les métiers partagés dans les organismes de protection sociale

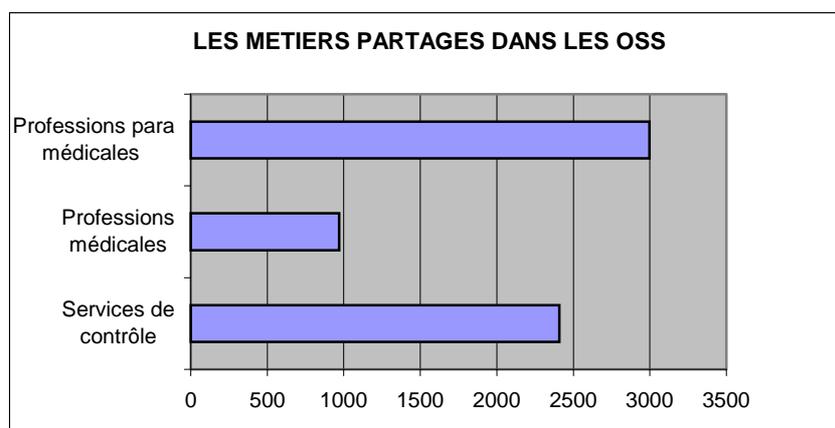
Selon l'UCANSS, les organismes de protections sociales emploient **6 375 agents qui exercent des métiers que l'on peut considérer comme partagés** (Cf. tableau en annexe) :

Parmi les professions médicales et assimilées on comptabilise :

- au sein du service de contrôle 2 409 personnes dont:
 - 1 934 médecins conseils ,
 - 154 pharmaciens conseils ,
 - 321 chirurgiens dentistes conseils ;
- au sein des institutions proprement dites, 969 personnes pour exercer différentes fonctions :
 - 592 médecins ,
 - 16 pharmaciens ,
 - 69 chirurgiens dentistes ,
 - 31 sages femmes ,
 - 201 psychologues cliniciens ,
 - 60 psychomotriciens.

Parmi les professions paramédicales et assimilées on dénombre 2 997 personnes :

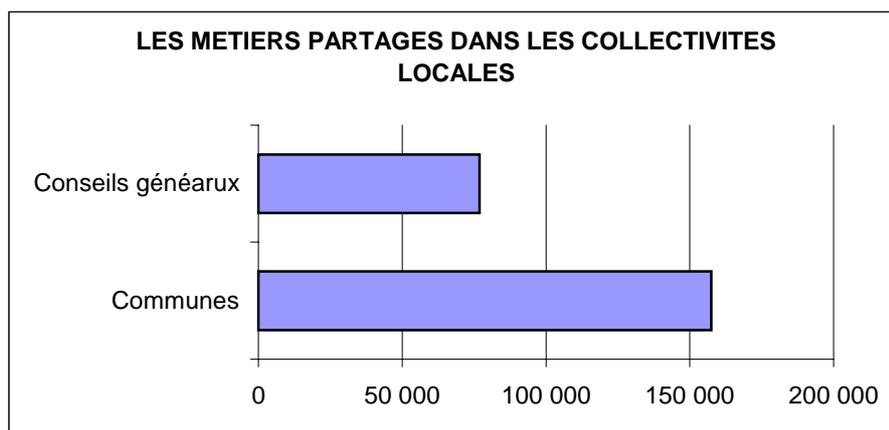
- 1 935 infirmières,
- 72 diététiciens,
- 218 ergothérapeutes,
- 676 masseurs kinésithérapeutes,
- 96 orthophonistes.



2.2.6 Les métiers partagés dans les collectivités locales

Au sein des communes et des conseils généraux, plusieurs professions contribuent à la prévention sanitaire de façon plus ou moins évidente.

Globalement on recense **234 385 agents qui relèvent de ces métiers** dont 76 915 dans les conseils généraux et 157 470 dans les communes.



La mission a choisi de les scinder en deux groupes : les métiers ou emplois qui paraissent avoir un lien direct avec la prévention, et ceux pour lesquelles elle estime que ce lien est moins affirmé.

2.2.6.1 Les métiers ou les emplois qui paraissent avoir un lien direct avec la prévention

Parmi les métiers, ou les emplois, des collectivités locales qui paraissent avoir un lien direct, ou naturel, avec la prévention sanitaire on peut ranger :

- les médecins,
- les psychologues,
- les sages femmes,
- les infirmières,
- les rééducateurs,
- les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture, les coordonnatrices de crèche,
- les auxiliaires de soins.

En 1999 ⁴³, on dénombrait (Cf. tableau ci-dessous) 48 438 agents de ces catégories dont :

- 8 594 travaillant au titre des conseils généraux et
- 39 844 au titre des communes.

⁴³ Sources : Tableau 20A de la revue « INSEE-Résultats ».

Catégories	Total	Dont			
		Département		Communes	
		Cadre départemental	Etablissements publics départementaux	Cadre communal	Centres communaux d'action sociale
Médecins	9658	*	391	3229	729
Psychologues	2663	*	415	522	178
Sages – femmes	833	*	5	29	9
Coord. de crèche	545	173	5	280	70
Puéricultrices	7488	*	59	2849	601
Infirmières	8159	2461	623	2393	2209
Rééducateurs	1535	305	621	371	189
Auxil.de puéricult.	23549	*	757	16026	2855
Auxil.de soins	11085	688	2091	1433	5872
TOTAL	65515	3627	4967	27132	12712

* : les effectifs de ces catégories ont été comptabilisés au titre des emplois « dédiés »

2.2.6.2 Les métiers, ou les emplois, qui paraissent avoir un lien moins affirmé avec la prévention :

Parmi les métiers, ou les emplois, des collectivités locales qui paraissent avoir un lien peu affirmé avec la prévention, mais qu'on ne peut néanmoins écarter pour ce motif, il y a :

- ceux qui ont trait au sport : conseillers, éducateurs ou opérateurs sportifs,
- ceux qui relèvent du socio-éducatif : conseillers et assistants socio-éducatifs, agents sociaux
- ceux qui se rapportent à l'éducation : moniteurs et éducateurs de jeunes enfants, agents des écoles maternelles, assistantes maternelles

En 1999 ⁴⁴, on dénombrait (Cf. tableau ci-dessous) au total 185 947 agents de ces catégories dont :

- 68 321 travaillant au titre des conseils généraux et
- 117 626 au titre des communes.

Catégories	Total	Dont			
		Département		Communes	
		Cadre départemental	Etablissements publics départementaux	Cadre communal	Centres communaux d'action sociale
Conseillers sportifs	651	59	14	516	4
Educateurs sportifs	13068	252	63	11228	49
Opérateurs sportifs	3829	29	7	3066	18
Conseil.socio-éducatif	4188	2987	378	369	245
Assist.socio-éducatif	27852	20477	2642	2012	2007
Educat.jeunes enfants	7061	871	298	4582	940
Moniteurs-éducateurs	3638	918	1938	426	216
Agent écoles mater.	61944	61	88	57856	294
Agents sociaux	35145	459	623	5520	22123
Ass. Mater. Domicile	57512	35878	279	15293	4 858
TOTAL	214888	61991	6330	90868	26758

⁴⁴ Sources : Tableau 20A de la revue « INSEE-Résultats ».

2.3 Les métiers émergents

2.3.1 Définition des métiers émergents

La mission a regroupé dans la catégorie des métiers « émergents » ceux qui :

- soit sont réellement nouveaux, qui ont été créés parce qu'il fallait répondre à un besoin ou une nécessité,
- soit sont des métiers connus, mais dans d'autres domaines ou dans d'autres disciplines et dont la présence dans le champ de la prévention constitue un fait nouveau.

Il peut s'agir aussi de personnes qui créent un métier en « professionnalisant leur vie ».

Très souvent ces métiers émergents auraient pu être classés dans la catégorie des métiers « dédiés », parce qu'ils correspondent aussi à la définition qui en a été donnée précédemment.

Comme cela a été dit précédemment, c'est surtout au niveau local, dans les départements ou les communes et dans le monde associatif, qu'apparaissent les métiers « émergents ». Ceci est relativement logique, dans la mesure où pour créer, ou imaginer une nouvelle profession, il faut dans la plupart des cas s'affranchir des règles, des statuts, des conventions et des usages en vigueur, ce qui est plus délicat à réaliser pour des institutions ou des administrations.

2.3.2 Les métiers émergents dans les collectivités locales

L'EXEMPLE DE LA VILLE DE VILLEURBANNE

La direction « Hygiène et santé publique » de la Ville de Villeurbanne a créé trois types de métiers qui ne correspondent pas aux critères administratifs traditionnels :

- Celui « **d'agent de développement santé** » (occupé actuellement par une personne titulaire d'une maîtrise de sciences sanitaires et sociales) pour accueillir les personnes en grande précarité, les écouter, les sensibiliser aux problèmes de santé et les orienter en conséquences. Un autre aspect de sa mission est de participer aux « ateliers de santé », créés dans deux quartiers de la ville. Ces ateliers sont l'occasion de réunir à la fois des experts et les usagers pour apprécier les besoins et les attentes, de manière à établir un diagnostic des difficultés rencontrées par les habitants pour accéder aux soins ;
- Celui « **d'animateur d'environnement** » (tenu actuellement par une personne titulaire d'un DESS Environnement) pour sensibiliser, notamment les jeunes, à l'environnement et en particulier à l'environnement « citoyen », au respect de soi et des autres ;
- Celui de **médiateur et d'informateur SIDA** dans les quartiers défavorisés.

2.3.3 *Les métiers émergents dans le secteur du travail et de l'emploi*

L'EXEMPLE DES MISSIONS LOCALES DANS LE RHONE

Dans le département du Rhône, les missions locales se sont efforcées de se faire reconnaître comme des acteurs pouvant agir pour la santé des jeunes et ont créé un poste « d'animateur départemental santé » .

Ce sont les observations formulées lors visites d'aptitudes que les missions font passer aux personnes postulant à un retour à l'emploi, qui ont donné l'idée, et le prétexte, pour développer ce type d'actions.

Le but est de sensibiliser et d'aider, grâce à un véritable travail en réseau, les personnes ayant des difficultés au plan sanitaire.

Pour les 56 missions locales du « Rhône – Sud Est » (qui s'occupent de 10 000 jeunes), 12 postes de « correspondants santé » ont été créés. Chaque correspondant suit en moyenne 40 à 45 cas.

Les correspondants sont des salariés de droit privé d'une association. Ils ont des origines professionnelles diverses, mais reçoivent tous une formation complémentaire thématique (par exemple sur l'alcoolisme) en liaison directe avec les difficultés rencontrées par les personnes en recherche d'emploi.

2.3.4 *Les métiers émergents dans le secteur associatif*

Le monde associatif est d'une grande diversité. On peut cependant distinguer deux grandes catégories parmi les associations:

- celles qui, par commodité, servent de support juridique à des institutions qui sur beaucoup de plans s'apparentent à des structures officielles, voire à des administrations et qui dans la plupart des cas possèdent des liens très forts avec celles-ci. On peut classer dans cette catégorie les observatoires régionaux de la santé (ORS), les associations départementales ou régionales (appelées aussi comités départementaux ou régionaux) d'éducation pour la santé (ADES ou ARES, CODES ou CRES ou CRDS) ;
- celles, plus traditionnelles, qui sont des regroupements de personnes privées qui œuvrent pour une cause commune.

La mission s'est principalement intéressée aux métiers nouveaux qui apparaissent dans la première catégorie d'associations.

2.3.4.1 *Les « observateurs de la santé »*

- D'une façon générale :

Les personnes qui travaillent dans les ORS (les «observateurs de santé») ont des origines professionnelles diverses, et se spécialisent, parfois, dans des domaines « non classiques ».

Ils effectuent trois types de tâches :

- des évaluations des actions de prévention (prévention primaire de l'obésité dans les écoles), des dispositifs de santé publique (PRAPS⁴⁵ – politique de la ville), des réseaux « ville-hôpital » ;
- des appuis méthodologiques, des diagnostics pour dégager des priorités ou des aides à la mise en œuvre (pour une association spécialisée dans la toxicomanie : évaluation du travail effectué par celle-ci et réalisation d'un guide d'évaluation pour que l'association puisse ensuite évaluer seule) ;
- des études (par exemple : « accidentologie » chez les jeunes) des répertoires (par exemple : des acteurs de l'alcoologie)

En règle générale les ORS comprennent un petit nombre de personnels permanents (moins d'une dizaine), mais qui possèdent un haut degré de qualification.

Il n'existe pas de convention collective commune aux agents de tous les ORS. Elle serait cependant en cours d'élaboration.

L' EXEMPLE DE L'O.R.S. DE RHONE-ALPES

Cet observatoire régional comporte actuellement :

- 2 médecins de santé publique (à l'origine un était médecin généraliste), dont un spécialisé dans l'évaluation,
- 1 statisticien, titulaire d'un doctorat, ancien universitaire,
- 1 chargé d'études, titulaire d'une maîtrise en santé publique,
- 2 documentalistes diplômés, dont un spécialisé dans les nouvelles technologies informatiques,
- 1 démographe, pour réaliser une étude sur les personnes âgées dans la région.

Il n'existe cependant pas d'organigramme formel de l'ORS de Rhône-Alpes, sans compte tenu du faible nombre de personnes constituant l'équipe, et pas de fiches de postes, sans doute parce que l'équipe est un prestataire de services qui travaille en fonction des demandes et des appels à projets, lesquels peuvent être très divers.

Les recrutements s'effectuent sous forme de CDI (sauf deux emplois jeunes) avec comme base la convention FEHAP 51.

L'EXEMPLE DE L'O.R.S. D'ILE DE FRANCE

Par rapport aux autres ORS, celui d'Ile de France est une structure atypique, dans la mesure où il n'est pas géré par une association.

En effet, il est considéré administrativement comme un département technique autonome d'un institut qui lui-même dépend du Conseil régional (l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la Région Ile de France – IAURIF). En 1983, dans le cadre de la décentralisation, l'Etat et la Région Ile

⁴⁵ PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

de France ont signé une convention (qui a été régulièrement renouvelée depuis) pour financer à parts égales le fonctionnement de ORS et fixer ses objectifs. Il est contrôlé par un Directoire comprenant en nombre égal des représentants des deux institutions.

L'équipe permanente de l'ORS comprend 13 personnes (dont deux secrétaires mises à disposition par le Conseil Régional) :

- une directrice,
- deux épidémiologistes (dont un médecin),
- trois démographes,
- une sociologue,
- une statisticienne,
- une économiste de la santé,
- une documentaliste,
- un assistant d'études,
- deux secrétaires.

2.3.4.2 Les « éducateurs pour la santé »

Les « éducateurs pour la santé » sont les personnes qui travaillent dans les associations départementales ou régionales d'éducation pour la santé.

Globalement leurs méthodes de recrutement et les déroulements de carrières sont similaires à ceux des ORS.

➤ Le réseau des CODES et des CRES

Les CODES et les CRES/CRDS étant regroupés en « réseau » sous la houlette de l'INPES (et précédemment du CFES) on possède à leur égard quelques renseignements statistiques⁴⁶.

Le réseau des CODES – CRES/CRDS comporte 661 salariés, soit en ETP : 467⁴⁷.

Ce sont des personnels relativement jeunes et en large majorité de sexe féminin :

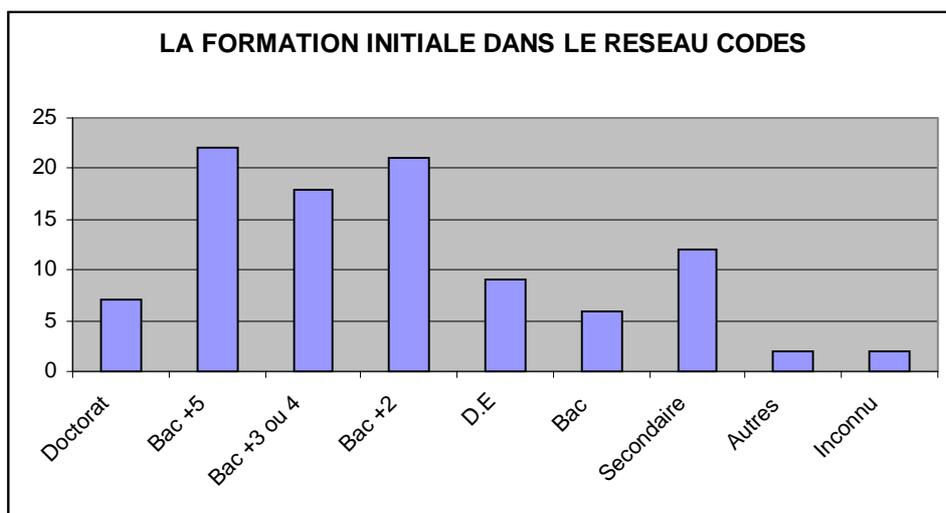
- 61% des personnels ont moins de 40 ans et 30% ont moins de 30 ans,
- et 83% sont des femmes.

Ils possèdent pour la plupart (plus de 70%) une formation initiale supérieure au baccalauréat (Cf. tableau ci-dessous) et près de 30% ont une formation égale ou supérieure à Bac + 5:

Niveaux	Doctorat	Bac +5	Bac + 3 ou Bac + 4	Bac + 2	Diplôme d'état (infirmier etc ..)	Bac	Secondaire sans Bac.	Autres	Inconnu
Pourcent	7%	22%	18%	21%	9%	6%	12%	2%	2%

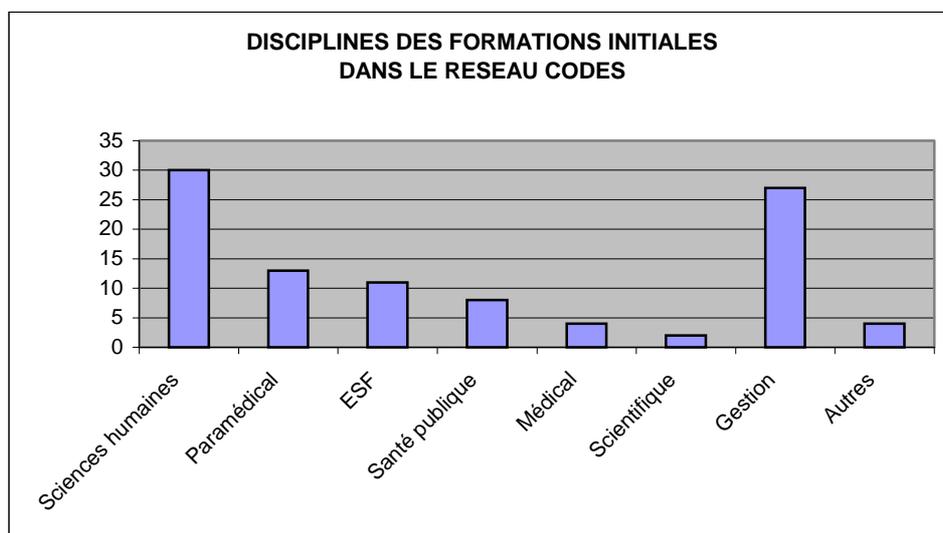
⁴⁶ Sources des statistiques : Enquête auprès du réseau des comités d'éducation pour la santé – Données 2000 - INPES – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

⁴⁷ Sources : Enquête auprès du réseau des comités d'éducation pour la santé – Données 2000 – INPES – institut national de prévention et d'éducation pour la santé



70% des salariés ont suivi une formation initiale en santé publique et/ou en promotion de la santé (Cf. tableau ci-dessous) et 27% en gestion administrative, mais il s'agit le plus souvent de secrétariat :

Disciplines	Sciences humaines	Paramédical	ESF – Promotion de la santé	Santé publique	Médical	Scientifique	Gestion administrat.	Autres
Pourcentage	30%	13%	11%	8%	4%	2%	27%	4%

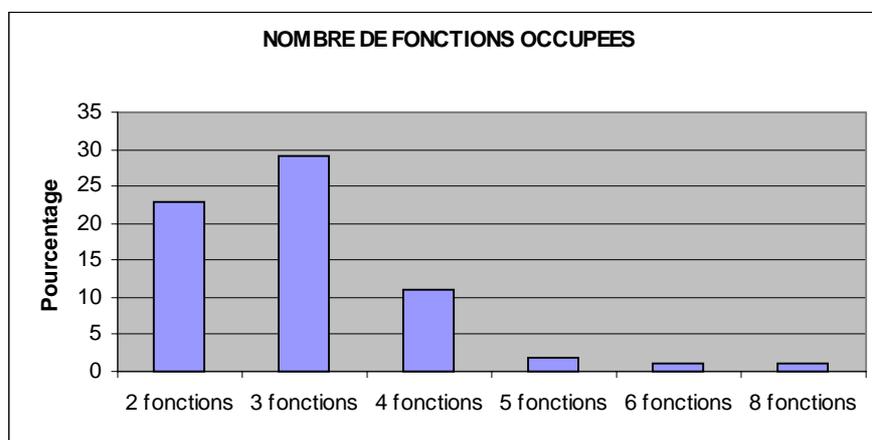


Les personnels se « spécialisent » en fonction des projets et des actions menées.

Mais une de leurs caractéristiques (Cf. tableau ci-dessous) c'est qu'ils occupent dans la majorité des cas plusieurs fonctions simultanément : seulement un tiers n'occupe qu'une fonction. Ceci peut être interprété comme la marque d'une polyvalence, sans doute bénéfique, mais aussi comme le reflet d'un défaut de moyens et/ou de dispersion et de

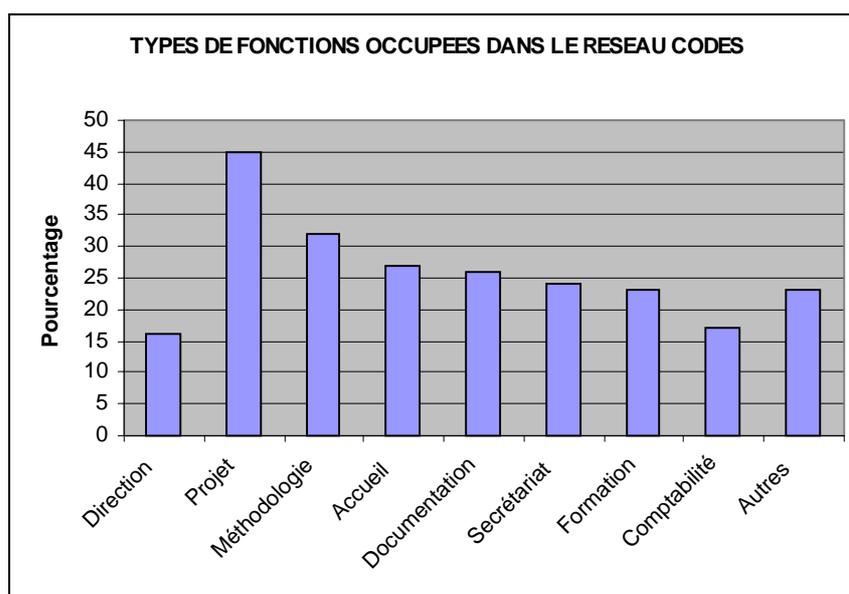
professionnalisme. Le fait que 15% des personnes occupent quatre fonctions et plus paraît même plutôt préoccupant.

	Nombre de fonctions occupées					
	2 fonctions	3 fonctions	4 fonctions	5 fonctions	6 fonctions	8 fonctions
Pourcentages	23%	29%	11%	2%	1%	1%



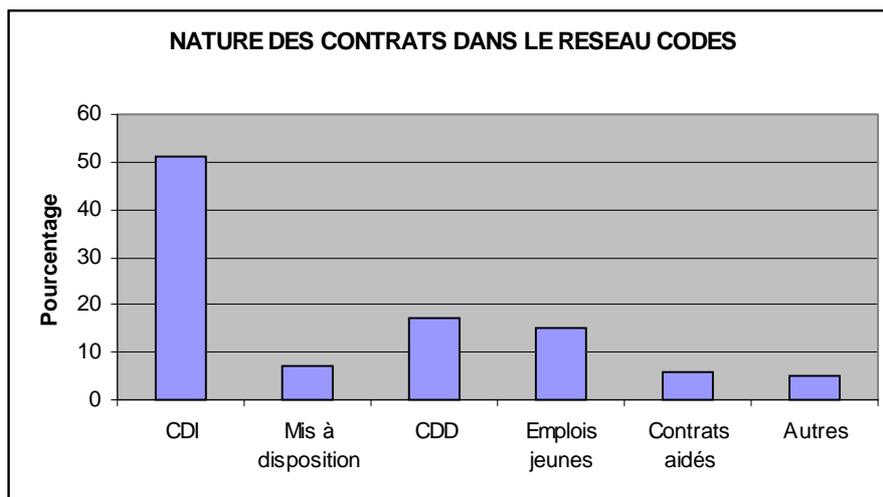
Parmi les fonctions occupées (Cf. tableau ci-dessous), la conduite de projet (45%) et le conseil méthodologique (32%) sont les plus fréquentes. La réception du public, la documentation et la formation sont également citées chacune dans environ un quart des cas, ce qui correspond aux missions « naturelles » des comités.

	Direction ou responsable	Conduite de projet	Conseil en méthodologie	Accueil du public	Documentation	Secrétariat	Formation	Comptabilité	Autres
Pourcent.	16%	45%	32%	27%	26%	24%	23%	17%	23%



Une grande proportion des salariés (38%) est recrutée comme contractuels à durée déterminée, emplois jeunes ou contrats aidés (Cf. tableau ci-dessous). Sans doute, pour certaines catégories d'emplois, comme les formateurs, n'est-il pas utile de recourir à des salariés permanents mais plutôt à des vacataires. **Néanmoins, l'importance numérique des emplois précaires pose indubitablement à moyen terme le problème de la pérennité de ces institutions. Beaucoup des responsables que la mission a rencontrés sont d'ailleurs très inquiets à cet égard.**

Statut	CDI	Mis à disposition	CDD	Emplois - jeunes	Contrats aidés	Autres
Pourcentage	51%	7%	17%	15%	6%	5%



Il n'existe pas de contrat ou de statut du personnel « type » définissant les fonctions et les missions, le niveau de rémunération, les conditions de travail, les conditions de formation etc... Chaque comité a conçu le sien. Cependant, en Rhône-Alpes, une « charte commune » a été établie pour fixer un certain nombre de principes appliqués par tous les comités.

Toutefois, 42% des comités indiquent qu'ils font référence à une convention :

- 30 % à la convention « Animation socioculturelle »,
- 24 % à la convention UCANSS,
- 17 % à la convention FEHAP,
- 29 % à une autre convention.

Seulement 14% des comités signalent avoir signé un accord d'entreprise.

L'EXEMPLE DE L'A.D.E.S. DU RHONE

Cette association départementale d'éducation pour la santé comporte 16 personnes. Outre le directeur, les personnes assurant l'administration générale (une secrétaire, une comptable, un agent pour l'entretien des locaux), et un médecin du Conseil général mis à disposition, il y a 11 « chargés de programmes » :

- un, pour les actions en direction des populations migrantes d'origine africaine (titulaire d'un DESS de sociologie),
- un, pour les actions en santé mentale notamment la prévention des conduites

- suicidaires (titulaire d'un DESS de psychologie),
- un, pour les actions de prévention des conduites addictives et des nuisances dues au bruit (titulaire d'un BTS de comptabilité, par ailleurs « Disc Jockey » et animateur de manifestations de musique « techno »),
- un, pour les actions de promotion de l'allaitement maternel (titulaire d'un DESS de santé publique),
- un, pour les actions de conseils en sécurité routière et la location de matériel de sécurité automobile pour les enfants (titulaire d'un Bac. Agricole),
- deux, pour les actions de prévention du tabagisme (un titulaire d'une maîtrise de littérature, et un titulaire d'une maîtrise de philosophie et d'un DESS de psychologie cognitive),
- deux, pour les actions en milieu hospitalier (un titulaire d'un DESS de santé publique et un titulaire d'une licence en sciences de l'éducation),
- une, pour les actions relatives aux problèmes de nutrition (titulaire d'un Diplôme de Sciences politiques et d'un diplôme de diététicienne),
- un, pour assurer la rédaction des documents (titulaire d'un Bac mais qui avait entrepris des études médicales).

Sur ces 11 personnes, 6 sont recrutées sur des contrats précaires (5 emplois-jeunes » et 1 contrat emploi consolidé).

L'EXEMPLE DU C.R.A.E.S. – C.R.I.P.S.
(Collège Rhône - Alpes d'Education pour la Santé)
(Comité régional information prévention SIDA)

Ces deux structures régionales fonctionnent ensemble sur le même site, avec un personnel commun.

Elles emploient 14 personnes, pratiquement toutes titulaires de diplômes d'études supérieures et dotées de fortes capacités d'analyse et de conceptualisation. Elles sont toutes contractuelles, mais une sur deux a été recrutée sur des emplois précaires à la faveur de la création des emplois jeunes et de la mise en œuvre des dispositifs nationaux pour la lutte contre le tabagisme.

L'EXEMPLE DU COMITE REGIONAL D'EDUCATION POUR LA SANTE
D'ILE DE FRANCE (CRESIF)

Ce comité régional emploie 13 personnes dont 6 ont été recrutées sur des emplois précaires (5 sur les crédits de lutte contre le tabagisme et 2 emplois jeunes). Tous sont payés au niveau 2 de la grille UCANSS, c'est à dire à un niveau très inférieur à celui des chargés d'éducation pour la santé des organismes de sécurité sociale, qui sont rémunérés au moins au niveau 4. L'organisation du CRESIF comporte des personnels permanents et des formateurs occasionnels.

Au titre des personnels permanents on compte :

- 1 directeur (MISP),
- 1 assistante de direction (secrétaire),
- 1 secrétariat – accueil (secrétaire),
- 1 préparation matérielle des colloques (secrétaire vacataire),
- 1 responsable administratif et financier (cadre de la sécurité sociale – mis à disposition),
- 1 responsable des formations (médecin épidémiologiste),

- 1 responsable de la documentation et d'Internet (documentaliste),
- 1 chargé d'études (géographe, socio-économiste de la santé),
- 1 chargé de formation (psychologue temps partiel),
- 2 animatrices de prévention, dont un tabagisme,
- 1 chargé d'études personnes âgées (psychologue temps partiel),
- 1 animatrice des ateliers santé au centre de détention de Melun et dans un CHRS (comédienne temps partiel – intermittente du spectacle),
- 1 chargée d'entretien des locaux (temps partiel),
- 2 conseillères techniques pour une étude quantitative de la prise en charge de la maltraitance infantile en Picardie (vacataires : 1 psychothérapeute et 1 juge des enfants),
- 1 sociologue et anthropologue (temps partiel).

Les formateurs occasionnels sont très nombreux et d'origines professionnelles très diverses. Ils sont recrutés en fonction des thèmes de sensibilisation ou de formation. Par exemple :

- Pour le thème : « personnes sans domicile stable : accueil et promotion de la santé » sont intervenus :
 - 1 anthropologue,
 - 1 travailleur social (directeur au CEMEA –centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active),
 - 2 médecins (un médecin de l'organisation « Médecin du monde », un médecin de la RATP),
 - 1 animatrice prévention (CDPA – 75),
 - 1 psychiatre (Hôpital de Poissy),
 - 1 universitaire (directeur de l'association « Antigone »),
 - 2 diététiciennes,
 - 1 psychologue,
 - 2 assistantes sociales (CRAMIF).
- Pour le thème : « prévention de la violence : lien social et familial » :
 - 3 psychologues,
 - 1 anthropologue,
 - 2 médecins (dont un de la PJJ),
 - 1 avocate,
 - 3 sociologues,
 - 1 éducateur spécialisé.

L'EXEMPLE DU C.N.D.T. **(Centre national de documentation sur les toxicomanies)**

Le CNDT est situé à Lyon, pour des raisons historiques.

Il comporte 10 ETP, qui correspondent en fait à 20 personnes. Celles-ci sont toutes titulaires d'un CDI, à l'exception de 2 emplois jeunes. Les contrats font référence à la convention collective « de 1966 » et à un accord d'entreprise.

La répartition des emplois permanents est la suivante :

- 3 documentalistes,
- 6 psychologues (dont un mis à disposition),
- 2 sociologues,
- 1 animateur de prévention,
- 1 travailleur social,
- 2 adultes relais,
- 1 comptable,

- 3 secrétaires.

L'organigramme comporte :

* Quatre unités permanentes:

- l'administration générale (direction, comptabilité, secrétariat) :
1 psychologue, 1 comptable, 3 secrétaires (soit 4,5 ETP),
- le CIRDD⁴⁸ :
2 sociologues, 2 chargés de mission et d'information, 1 documentaliste (soit 4 ETP),
- l'unité des programmes de prévention :
3 psychologues, 2 animateurs de prévention (soit 2,3 ETP),
- les « point écoute parents » et « point écoute familles » :
3 psychologues, 1 adulte relais (soit 3 ETP).

*Un groupe « formateurs » :

Un grand nombre de secteurs d'activités fonctionnent avec des salariés permanents secondés et appuyés par formateurs vacataires, qui se réunissent deux fois par an pour assurer le suivi, l'évaluation et les évolutions des dispositifs de prévention proposés par le CNDT. Les intervenants du secteur scolaire et du secteur « politique de la ville » se réunissent mensuellement pour organiser et évaluer les actions en cours. Les intervenants sont également conviés à assister à deux journées d'études annuelles.

Le groupe des « formateurs » comprend 16 personnes (1 médecin, 1 psychiatre, 8 psychologues, 4 éducateurs spécialisés, 1 écoutante téléphonique, 1 formateur).

Le groupe des « intervenants spécifiques » comprend 18 personnes (1 maître de conférences, 1 médecin, 1 psychiatre, 2 psychanalystes, 11 psychologues, 1 éducateur spécialisé, 1 infirmier psychiatrique).

L'EXEMPLE DE « L'ESPACE COMMUNAL DE SOLIDARITE » DE SAINT-FONS

A l'origine, en 1986, « l'Espace communal de solidarité » de Saint-Fons, ville de la banlieue lyonnaise, était une association « extra municipale », c'est à dire en fait fortement liée à la mairie. Depuis les dernières échéances électorales, elle a recouvré un statut plus classique et une certaine indépendance, même si des conseillers municipaux continuent à siéger à son conseil d'administration.

Cette association se comporte comme une sorte de « laboratoire social » qui, à la demande des structures institutionnelles (collectivités locales, tutelles) effectue des diagnostics et des évaluations (par exemple dans le cadre des contrats villes), propose des réponses et teste les solutions en « grandeur nature » avant que celles-ci ne soient éventuellement généralisées. A ce titre, elle intervient souvent dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé.

De par sa vocation, cette association est conduite à innover, soit pour adapter certains métiers, soit pour en « inventer ». Actuellement elle compte 8 ETP, parmi lesquels :

- une directrice (titulaire d'une maîtrise et d'un DESS de sociologie),
- un médiateur santé (titulaire d'un Bac + 3 options biologie, par ailleurs militant de AID),

⁴⁸ CIRDD : Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances.

- deux écrivains publics (un titulaire d'un Bac +5, d'un diplôme de Sciences politiques et d'un DEA du droit des familles et un titulaire d'une licence en droit),
- un animateur technique (niveau bac) qui gère et assure l'encadrement technique des « jardins collectifs d'insertion »,
- un aide jardinier (CES),
- un adulte relais (originaire du Portugal) agent de médiation,
- deux emplois jeunes (un titulaire d'une licence de langue étrangère, auparavant agent de médiation dans un foyer SONACOTRA et un conseiller en économie sociale et familiale, auparavant responsable d'un centre social) chargés d'aller vers les familles d'origine étrangère pour les aider dans leurs relations avec les institutions.

Le métier de « médiateur santé » (qui est également chargé des actions d'information sur le SIDA) a été créé (et a reçu une accréditation de la DDASS) à l'occasion de la mise en place du volet « santé » de la loi de lutte contre les exclusions (LCE). Dans ce cadre les problèmes de santé des publics les plus défavorisés ont constitué une priorité, avec pour objectifs :

- la mise en place de stratégies d'accueils de ces publics, en particulier pour faciliter les démarches administratives pour l'accès aux droits,
- la mise en place de dispositifs pour sensibiliser les professionnels aux problèmes de santé des plus démunis et pour les inciter à intervenir en réseaux,
- la mise en place d'actions visant à « désacraliser » la santé vis à vis des publics défavorisés, afin de prendre en compte les différences culturelles de perception et d'approche de la maladie.

Avec l'accord de la tutelle, la personne chargée de cette fonction, a reçu une formation complémentaire spécifique.

2.4 Les caractéristiques communes aux trois catégories de métiers et leurs caractéristiques spécifiques

Pour les trois catégories de métiers de la prévention (dédiés, partagés, émergents) on peut distinguer un certain nombre de caractéristiques communes mais aussi de particularités propres à chacune d'entre elles.

2.4.1 Les caractéristiques communes

2.4.1.1 *Ils requièrent de la part des personnels un bon, voire un très bon niveau de base*

A partir des constats effectués par la mission on peut estimer que la plupart de métiers de la prévention nécessitent un bon, voire un haut, niveau initial de connaissances.

En effet, si l'on excepte les emplois d'administration générale, qui ne relèvent pas spécifiquement de la prévention, la plupart des autres sont occupés par des spécialistes, des professionnels, des experts, qui tous ont reçu une formation ad'hoc, souvent après plusieurs années d'études.

Il en est ainsi des professions médicales, paramédicales, sociales, mais aussi des ingénieurs et des techniciens.

Pratiquement tous les métiers de la prévention nécessitent un solide socle de connaissances.

D'ailleurs, ainsi que cela a été montré, même lorsqu'il s'agit de métiers « nouveaux », leurs titulaires possèdent le plus souvent un niveau d'études initiales largement supérieures au Bac.

2.4.1.2 Ils nécessitent des aptitudes spécifiques

Les métiers de la prévention nécessitent de posséder, au moins, quatre types d'aptitudes particulières :

➤ Une aptitude à l'écoute

A l'évidence pour éduquer et prévenir, il faut convaincre ses interlocuteurs. Mais pour convaincre, il faut d'abord savoir écouter l'énoncé des besoins des personnes que l'on souhaite persuader, pour comprendre leurs attentes, les intégrer ou les adapter aux actions préventives.

Tous les experts que la mission a rencontrés ont insisté sur cette nécessité. Ils en font même une des caractéristiques majeures des métiers de la prévention.

D'autant, que très souvent, les publics concernés prioritairement par la prévention (les enfants, les adolescents, les jeunes adultes, les populations étrangères ou défavorisées) sont en déficit d'écoute, et qu'ils sont très sensibles au fait que l'on tienne compte de leurs avis et points de vue. De plus, l'existence de populations d'origine étrangère nécessite parfois le recours à des interprètes.

Le fait que l'on ait recours dans certaines situations à des « adultes relais » ou à des « médiateurs de santé », est le signe évident qu'il est indispensable de trouver des solutions adaptées et pragmatiques dans ce domaine.

➤ Une aptitude à la relation

La prévention n'est pas uniquement une affaire d'experts et de spécialistes qui se contentent de faire des études et qui, ex-cathedra, donnent des leçons et dispensent la « bonne parole ».

Les métiers de la prévention nécessitent tous de la part des professionnels un minimum d'aptitudes relationnelles, parce que non seulement il est indispensable d'aller au devant des autres, comme cela a été dit précédemment, mais aussi parce qu'il faut savoir concevoir et mener à bien des projets, c'est à dire nouer des relations avec les représentants institutionnels, animer des équipes, conduire des réunions.

L'aptitude à la communication est pour les métiers de la prévention un élément fondamental.

➤ Des connaissances psychologiques « de base »

De l'avis de tous les experts rencontrés, les métiers de la prévention requièrent des connaissances psychologiques « de base » (c'est à dire de bon sens), pour bien comprendre les besoins et les attentes des populations concernées. Cela suppose donc que les professionnels concernés possèdent une certaine expérience.

Il est évident que cette aptitude va de paire avec l'aptitude à la relation.

➤ Une aptitude à la conduite de projet (ou à sa compréhension)

Aujourd'hui, la majeure partie des démarches de prévention s'appuie sur la méthode des « projets », des actions menées par thèmes successifs ou simultanés.

Or, la démarche de projet suppose une « conduite », qui fait référence à une technique particulière, normée. Il est indispensable que les professionnels de la prévention connaissent celle-ci, sinon pour l'appliquer, du moins pour en comprendre les objectifs et l'intérêt.

Dans la plupart des institutions que la mission a rencontrées, des stages d'initiation ou de perfectionnement à la conduite de projet sont d'ailleurs proposés aux agents, afin de les armer dans ce domaine.

2.4.1.3 *Ils font appel au militantisme ou à un engagement personnel fort*

S'il n'est pas rare que les personnes qui s'engagent dans les métiers de la prévention le fassent un peu par hasard, en revanche il est indubitable que si elles poursuivent dans cette voie, c'est parce qu'elles sont convaincues du bien fondé et de l'intérêt de leurs missions.

Les métiers de la prévention font appel au militantisme ou à un engagement personnel fort. Cela se vérifie non seulement pour les métiers dédiés, mais surtout pour les métiers partagés et les métiers émergents.

2.4.1.4 *Souvent, ils ne sont pas « normés »*

La plupart des métiers de la prévention ne sont pas encore véritablement « normés », en dehors de certains métiers dédiés.

En effet, on constate par exemple :

- qu'il n'existe pas ou peu de référentiels de compétences,
- qu'il n'existe pas ou peu de fiches de postes et/ou d'organigrammes,
- que les emplois sont mal définis et que, sous la même appellation (par exemple les « chargés de missions » ou les « médiateurs ») il y a des réalités très différentes ou, à l'inverse, qu'un même emploi peut revêtir des noms divers (« chargés de programme », « chargés de projets », « chargés d'études »).

2.4.2 *Les caractéristiques spécifiques*

2.4.2.1 *Les caractéristiques des métiers dédiés*

Ce qui caractérise essentiellement les métiers dédiés, c'est que dans leur très grande majorité, ils sont stables et protégés par des statuts (dans la fonction publique) ou des conventions collectives (dans le secteur privé).

La plupart d'entre eux correspondent à une réelle professionnalisation, nécessitant des études préalables souvent sanctionnées par des diplômes reconnus.

Par ailleurs, les métiers dédiés sont fréquemment rémunérés convenablement (par comparaison avec les métiers émergents).

2.4.2.2 *Les caractéristiques des métiers partagés*

La principale caractéristique des métiers partagés, c'est que les professionnels concernés s'impliquent marginalement dans la prévention. Souvent ils considèrent celle-ci comme un des aspects naturels de leur activité, qu'il n'y a pas lieu de privilégier particulièrement.

Leur implication est donc relativement faible dans ce domaine, surtout lorsqu'ils sont salariés d'une institution. Mais paradoxalement leur implication est forte s'il agisse à titre personnel, en dehors de l'institution.

Un bon exemple de cette situation est donné par les médecins libéraux hospitaliers. Ils ne sont pas attirés particulièrement par les problèmes de prévention dans le cadre de leur activité normale, n'ayant aucune motivation financière ou intellectuelle pour le faire. Lorsqu'ils sont intéressés par la prévention, et il n'est pas rare qu'ils le soient, ils interviennent alors, et de façon très active, dans des réseaux extra-hospitaliers ou associatifs.

2.4.2.3 *Les caractéristiques des métiers émergents*

Trois éléments principaux caractérisent les métiers émergents :

- les personnes qui sont sur ces « nouveaux métiers » ont des origines très diverses, parfois singulières, ou inattendues,
- la précarité des statuts et/ou des situations est la règle la plus fréquemment rencontrée :
 - d'une part, parce ce sont souvent des salariés de structures associatives qui ne possèdent ni les compétences, ni les moyens de donner une assise sûre à ces métiers,
 - d'autre part, parce que par commodité (aussi bien économique que juridique) on fait le choix de recourir à des emplois aidés (emplois jeunes, CES, CEC ...) et/ou à des financements ciblés (lutte contre le tabagisme ou lutte contre l'exclusion),

- les rémunérations sont très variables pour un même emploi de même nature. Par exemple entre un « chargé de programme » dans un CODES rémunéré au SMIC et un « animateur en éducation pour la santé » d'une CRAM rémunéré au niveau 5 (dans le Rhône) ou au niveau 6 (à la CRAMIF), c'est à dire presque comme un cadre (niveau 7), la différence est sensible.

2.5 En conclusion

La mission a comptabilisé environ 2 600 000 professionnels qui seraient concernés à un titre quelconque par la prévention sanitaire. Mais ce chiffre est manifestement inférieur à la réalité, dans la mesure où, pour de nombreux, métiers les statistiques font défaut. (Cf. tableau en annexe).

Cependant, pour les principales catégories pour lesquelles des dénombrements sont possibles, on peut de tirer quelques enseignements.

En particulier, on peut estimer que :

- 8% des médecins,
- 5,4% des sages-femmes,
- 3,7% des infirmières,
- 0,8% des chirurgiens dentistes,
- 0,5% des pharmaciens,
- 14,6% des psychologues salariés,

remplissent des fonctions spécifiquement dédiés à la prévention.

Ces évaluations « brutes », de nature quantitative, ne permettent toutefois pas de dire si ces effectifs sont suffisants ou non, faute de références fiables, ce qui constitue à l'évidence une grave carence.

3 - LA FORMATION DES PROFESSIONNELS : LE MANTEAU D'ARLEQUIN DES APPRENTISSAGES DE LA PREVENTION

3.1 Premier état des lieux : des formations très diversifiées

Une première revue des formations peut être effectuée, en partant autant que faire se peut de la distinction utilisée au chapitre précédent entre professions dédiées à la prévention, exercices partagés, profils émergents. On rattachera par commodité la formation des administrateurs et techniciens de la santé publique à la catégorie des professions dédiées ; on traitera dans la rubrique « profils émergents » de formations qui peuvent être suivies par d'autres professionnels que des agents de développement de la promotion de la santé, mais qui ont pour point commun de traiter de problématiques de prévention sans être liées exclusivement à une filière professionnelle donnée.

Les analyses de la formation initiale des médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et infirmiers doivent beaucoup à l'excellent rapport de madame Sandrin Berthon : « Education pour la Santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? », mars 2002, annexé au présent rapport .

3.1.1 Professions dédiées : la formation des médecins du travail, des personnels médicaux de santé scolaire, de PMI, la formation des administrateurs et techniciens de santé publique .

Trois traits peuvent caractériser ce champ :

- Premier point, l'existence d'un réseau structuré de formations à la médecine du travail.

C'est un réseau universitaire diversifié, sanctionné par un certificat de médecine du travail, auquel peuvent s'articuler des formations complémentaires ou d'application. Le système de formation ne s'adresse pas exclusivement aux médecins, puisqu'il existe des formations de « conseiller du travail », à contenu juridique et social, visant les assistantes sociales du travail et les personnels sociaux des services de médecine du travail, voire certains profils professionnels au sein des D.R H, orientés vers la sécurité et la prévention.

- Deuxième point notable, l'existence d'un pôle de formations appliquées à la santé publique autour de l'E.N.S.P.

Les formations professionnelles à la gestion de la santé publique dispensées par l'école concernent les médecins inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, les inspecteurs des affaires sanitaires et sociale, les directeurs d'hôpitaux ou d'établissements sociaux, les pharmaciens inspecteurs, les infirmières générales, les ingénieurs et techniciens du génie sanitaire. L'accent est mis sur l'épidémiologie, les méthodes de planification et d'évaluation , les aspects économiques et éthiques de la santé, la connaissance des dispositifs institutionnels ; l'investissement paraît moindre sur l'éducation pour la santé et la conduite de projets collectifs de promotion de la santé.

La formation à l'éducation pour la santé est nettement plus présente dans la formation d'application obligatoire que suivent les médecins de santé scolaire, de huit semaines ou de vingt quatre semaines en fonction de leur cursus antérieur. Un huitième du temps de formation est consacré à l'éducation pour la santé avec, dans la formation longue, l'identification de trois temps affectés à :

- l'analyse des représentations
- les déterminants de la santé d'une population, les logiques des différents acteurs ;
- la méthodologie de projet.

Les enjeux de prévention pèsent d'un poids non négligeable dans les actions de formation permanente de l'école. D'une analyse du programme 2003 des formations permanentes, il ressort que plus d'un tiers des 95 actions prévues, hors formations au management et à la gestion, peuvent être référées à des objectifs de prévention :

- 12 sont totalement dédiées à la promotion de la santé, dont 2 DESS ;
- au moins 6 des 15 actions prévues sous la rubrique « Santé-Environnement, sécurité sanitaire » sont reliées à des enjeux de prévention (évaluation ou gestion des risques sanitaires, dont un mastère sur les risques environnementaux, habitat et santé, prévention de la légionellose, santé environnementale...);
- c'est aussi le cas pour au moins 6 des 36 actions relatives aux politiques sanitaires et sociales (prévention des violences institutionnelles, gérontologie, santé mentale...);
- sur 14 actions touchant à la régulation et à la mise en œuvre des politiques, quatre sont spécialisées sur les méthodes d'évaluation des programmes régionaux de santé, les PRAPS, la formation des coordonnateurs des programmes de dépistage des cancers ;
- enfin sur 18 actions relatives aux systèmes d'information, on en compte 6 sur le thème épidémiologie et statistiques.

L'investissement de l'école en fait un partenaire solide pour la professionnalisation de ce champ. En revanche, le constat est moins positif en matière d'inscription dans un réseau de partenariat avec des universités ou des organismes de recherche, malgré les progrès accomplis (2 DESS menés avec Rennes 1 et un mastère en cours d'accréditation, avec des universités parisiennes). La responsabilité n'en incombe pas exclusivement ni même principalement à l'école ; cette carence ne fait que refléter les flottements des politiques nationales ou des stratégies universitaires en la matière. Mais il y a là sous-utilisation d'un potentiel réel (compétences d'ingénierie pédagogiques, connaissance des réseaux professionnels relevant de la sphère publique ou proches du public).

L'E.N.S.P. pourrait jouer un rôle beaucoup plus affirmé en matière de recherche (pas de recherches menées par l'école sur l'évaluation des politiques et dispositifs de prévention). Elle pourrait enfin mettre son savoir-faire au service d'une politique d'accréditation des formations très diverses existant dans le domaine de la prévention.

- Troisième point, la relative inorganisation des formations de professionnels dédiés intervenant dans le cadre de dispositifs publics territorialisés de prévention, à l'exception des médecins de l'éducation nationale.

Il n'y a pas de formation d'application obligatoire des médecins de P.M.I., même si les départements ont pris de nombreuses initiatives en la matière, en lien avec le centre de formation de la fonction publique territoriale. Le même constat peut être effectué pour la formation des médecins de statut départemental, municipal ou hospitalier, intervenant dans le cadre de dispositifs R.M.I. ou de lutte contre la précarité, ou dans celui d'une psychiatrie de liaison à fort contenu social.

3.1.2 Professions partagées : la formation des acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs de la prévention

3.1.2.1 La formation initiale des médecins :

Chaque réforme des études médicales a cherché à apporter sa pierre à la construction d'un édifice plus ouvert aux problématiques de santé publique, et, contrairement à des représentations ou images persistantes, la formation médicale de base, ou du moins ses programmes, ouvrent des espaces appréciables aux préoccupations de santé publique et de prévention.

En première année, un module sur six (60 à 90 heures) est consacré aux sciences humaines et sociales, à inscrire dans trois grands champs disciplinaires :

- démographie, économie de la santé et organisation du système de santé,
- psychologie, sociologie et anthropologie appliquées à la santé,
- éthique médicale et déontologie.

Après sélection de fin de première année (10 à 15 % d'admis), les programmes de seconde et troisième année comportent 400 heures de stages cliniques d'initiation aux fonctions hospitalières et un enseignement complémentaire de 80 à 100 heures, défini par la Faculté, à partir d'une liste officielle mentionnant :

- l'ethnologie, l'anthropologie et la sociologie,
- la philosophie des sciences et l'histoire de la médecine,
- les techniques d'expression et de communication.

Mais c'est surtout au niveau du deuxième cycle, centré sur l'apprentissage de la démarche médicale et clinique, que les programmes offrent aux facultés la possibilité d'intégrer l'apprentissage de démarches de prévention.

Les enseignements de quatrième, cinquième et sixième années comportent, depuis la rentrée universitaire 2001, onze modules transdisciplinaires ouverts à la relation avec le patient, à la « contextualisation » de l'exercice médical dans un environnement psychologique, humain et social donné, à la familiarisation avec des approches de santé publique. Le module transversal consacré à « l'apprentissage de l'exercice médical » comporte un objectif afférent à la « formation du patient atteint de maladie chronique », ainsi libellé « élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, de ses croyances ». Les étudiants doivent suivre, au delà de leur mi-temps hospitalier, un stage d'initiation à la médecine générale. Enfin, chacune des années du second cycle offre un module optionnel de 60 heures,

qui peut être « Le rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective ».

A la fin du deuxième cycle, tous les étudiants doivent avoir assimilé « l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique, ... les pathologies les plus fréquentes, leurs procédures diagnostiques et leurs préventions, ... la maîtrise des outils de la relation et de la communication », et être aptes à « informer les patients et leurs familles en termes simples et compréhensibles, pour mieux les associer aux décisions qui les concernent ».

Au total, l'architecture commune des études médicales offre de vrais espaces pour un investissement pédagogique sur les démarches de prévention. La question n'est pas tant celle d'une modification des textes pédagogiques, sauf quelques adaptations à la marge et un travail qui reste à faire sur les modalités de validation (coefficients, nature des épreuves, composition et orientation pédagogique des jurys) que celle de l'appropriation de ces espaces par les facultés, les formateurs et les étudiants. A cet égard, la mission ne disposait ni du temps nécessaire, ni du recul suffisant par rapport aux dernières réformes, pour procéder à un bilan concret de la mise en œuvre de nouvelles orientations. Les avis recueillis donnent à penser qu'il conviendrait de mettre l'accent sur l'adhésion des étudiants eux mêmes, en utilisant les tremplins des stages, de la clinique et du travail sur la relation au patient, et de sensibiliser les universités à l'intérêt de jouer la carte du décloisonnement. Les textes permettent de sortir l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique de quelques petits compartiments réservés ; encore faut il, pour mobiliser la communauté universitaire, donner un signal fort sur la reconnaissance de la promotion de la santé ; et il faut aussi naturellement disposer des moyens d'une pénétration plus horizontale des approches de prévention : diversification des intervenants et des terrains de stage.

3.1.2.2 *La formation initiale des pharmaciens*

Les études de pharmacie comportent une formation commune de base, divisée en six sections, dont l'une est consacrée aux « sciences de la santé publique et de l'environnement », avec un chapitre ayant trait à la « promotion et l'éducation pour la santé », et des enseignements optionnels organisés en unités de valeur, choisis par les étudiants en fonction de leur orientation professionnelle (officine, industrie, internat ou recherche).

La présence de l'éducation pour la santé dans le tronc commun de base reste assez théorique, à travers quelques cours magistraux. Elle est très variable dans les enseignements proposés aux futurs pharmaciens d'officine. A Lyon, les étudiants de la filière officine suivent en cinquième année un enseignement obligatoire de 125 heures sur la dispensation de médicaments et le conseil à l'officine ; à Angers, les étudiants de la filière officines suivent, également en cinquième année, une UV obligatoire de 100 heures intitulée « prévention et éducation pour la santé ». Mais cet accent est loin d'être général, même si la plupart des facultés de pharmacie ont mis en place des enseignements, parfois sous forme de séquences alternant théorie et pratique, centrés sur le conseil en officine, au cours desquels peuvent être abordées des questions relatives à l'éducation thérapeutique, l'accompagnement des traitements, la prévention du tabagisme, du sida ou des maladies sexuellement transmissibles .

Enfin, il faut signaler que la santé publique n'est pas reconnue comme discipline pharmaceutique par le Conseil national des universités. Aucun enseignant de santé publique ne peut de ce fait être officiellement recruté en faculté de pharmacie.

3.1.2.3 *La formation initiale des chirurgiens dentistes*

Les programmes ne mentionnent ni l'éducation pour la santé ni l'éducation thérapeutique.

Un enseignement très général de santé publique de 35 à 50 heures est dispensé au cours des trois premières années. Dans les trois années qui suivent, les étudiants doivent recevoir un enseignement d'hygiène et de prévention bucco-dentaire, et effectuer en fin de cycle un stage clinique de 450 heures, dont un quart est consacré à des actions de prévention d'intérêt général, notamment dans des services de médecine préventive universitaire.

La faiblesse des éléments pouvant concourir à l'éducation pour la santé est sans doute à relier aux carences des politiques publiques dans le domaine de la prévention bucco-dentaire, du moins jusqu'à une date assez récente. L'accent mis sur des actions de prévention au cours du stage clinique final, assez singulier dans le paysage des formations médicales, n'en prend que plus de relief.

3.1.2.4 *Les formations initiales paramédicales*

➤ La formation des infirmier(e)s

Elle est très ouverte aux préoccupations de prévention et d'éducation pour la santé. L'éducation pour la santé, individuelle et collective, figure dans leur décret de compétences. Elle est inscrite dans les objectifs de la formation, ce qui se concrétise de trois manières :

- un module obligatoire de 80 heures et un stage de 210 heures sont consacrés à la santé publique ; ce module lie les techniques d'éducation pour la santé aux publics concernés ;
- un module de soins infirmiers est centré sur la démarche éducative (apprentissage du geste et vérification de son acquisition, protocoles éducatifs ...) ;
- l'éducation thérapeutique figure, de façon plus ou moins explicite, dans chaque module relatif à l'étude d'un groupe d'affections (cardiovasculaires, respiratoires, psychiatriques, cancéreuses...).

Une enquête, citée dans le rapport SANDRIN-BERTHON (Cf supra), réalisée par M.JUSTUMUS, R.GAGNAYRE, J-F. D'IVERNOIS (*L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les instituts de formation en soins infirmiers français*, in *Bulletin d'éducation du patient*, vol.19, n°3, 2000) auprès de cent I.F.S.I.⁴⁹, en 1999, fait apparaître une large pratique de l'éducation thérapeutique dans les unités de soins consacrées à certaines pathologies, notamment celles exigeant une appropriation technique de gestes thérapeutiques par le malade, ou une implication forte de l'entourage. En revanche, l'éducation thérapeutique est beaucoup moins fréquemment regroupée dans un module transversal. Des représentants d'associations de patients interviennent dans l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les trois quarts des instituts ayant répondu.

⁴⁹ IFSI : institut de formation en soins infirmiers.

➤ Les autres formations paramédicales

Elles sont également ouvertes aux démarches préventives et éducatives : diététiciennes pour ce qui touche à l'éducation nutritionnelle, avec un souci d'intégrer les caractéristiques du milieu d'intervention ; formations à la puériculture, qui font aujourd'hui une place plus large à l'éveil éducatif de l'enfant et aux déterminants psychosociaux de sa santé. Les profils tournés vers l'apprentissage ou le réapprentissage de l'autonomie sont naturellement très concernés par l'approche éducative et la participation du patient : psychorééducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes.

➤ La formation initiale des travailleurs sociaux

La dimension « prévention sanitaire » est pratiquement absente du Schéma national des formations au travail social ; elle ne figure que très exceptionnellement dans des schémas régionaux, en liaison avec des besoins de renforcement des interventions en matière de lutte contre le SIDA ou contre la toxicomanie.

Les formations sociales sont pour partie issues de l'appareil de formation paramédical, la profession de service social est ainsi un « rameau détaché » de la filière infirmière. Dans les décennies 1970 et 1980, les enseignements de santé sont devenus squelettiques, sauf quelques nuances à apporter en ce qui concerne les formations d'assistant de service social et d'éducatrice de jeunes enfants, ou quelque écoles comme celles de la Croix Rouge, les écoles de la C.R.A.M .I .F. et de l'A.P-H.P. (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris).

Un certain réinvestissement se manifeste aujourd'hui, sous l'effet notamment des besoins de formation liés à la lutte contre la précarité et la grande pauvreté. Il n'est pas sans intérêt de noter que de nombreux instituts régionaux de travail social ont participé à la préparation ou à la mise en œuvre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), par des actions de formation spécifiques ou des recherches-action

D'autres facteurs ont pu jouer dans le même sens :

- le décloisonnement des formations supérieures professionnelles (Diplôme Supérieur de Travail Social, Diplôme des Hautes Etudes en Pratiques Sociales, Maîtrises de Sciences Sociales Appliquées...cursus ouverts aux paramédicaux, et qui constituent une source importante de qualification des responsables pédagogiques des écoles sociales) ;
- le développement des filières d'aide à la personne (Auxiliaires Médico-Pédagogiques, Aides à Domicile et Auxiliaires de Vie Sociale), formations de niveau 5 qui dispensent des éléments primaires mais importants sur les conduites à tenir en matière de sécurité et de prévention, sur la complémentarité avec les professionnels du soin...avec un recours fréquent à des intervenants vacataires paramédicaux.

Il convient dès lors d'accompagner et d'accentuer cette tendance, en prenant appui sur des textes pédagogiques assez ouverts. Un tableau établi par la D.R.A.S.S. Rhône Alpes, annexé au présent rapport, illustre bien les opportunités existantes

A partir d'un rapide survol des programmes des formations sociales, on peut identifier les créneaux spécifiques ouverts aux problématiques de prévention sanitaire, au delà des unités juridiques ou administratives présentant les dispositifs sociaux et médico-sociaux, au delà également des enseignements centraux portant sur la relation de médiation et de travail social (pédagogie de l'éducation spécialisée pour les éducateurs, théorie et pratique de l'intervention sociale pour les assistants sociaux, unités «centrales» qui forment à la communication, à l'adaptation au milieu, aux approches collectives ou communautaires, à la conduite de projet) .

- Les assistant(e)s de service social bénéficient d'une unité « santé » de 160 heures, qui traite notamment des actions de prévention et de réinsertion par groupes de pathologies.
- Les éducateurs spécialisés suivent une unité sur « l'approche des handicaps et des inadaptations », intégrant la prévention des handicaps ; la dimension préventive est aussi présente dans « l'unité de spécialisation », qui permet aux étudiants d'approfondir un champ de l'éducation spécialisée de leur choix, en relation avec un stage long . L'accent éducatif est plus important dans les unités de spécialisation relatives à l'action éducative en milieu ouvert, à l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire, au travail auprès des jeunes en difficulté.
- Les éducatrices de jeunes enfants suivent une unité consacrée aux problèmes de santé, d'éducation sanitaire et de protection médico-sociale de l'enfant, ouverte sur la santé de l'enfant dans son environnement et le travail avec les familles.
- Les moniteurs-éducateurs ont un module sur l'approche des handicaps et des inadaptations, et une unité de formation « vie collective », sur l'animation de la vie en collectivité, intégrant l'éducation pour la santé, les rapports aux soins et à la maladie, les conduites à tenir en cas d'urgence.
- Les A.M.P. et les auxiliaires de vie sociale bénéficient d'éléments de formation très concrets, centrés sur la relation d'aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne (module sur le « rôle de l'AMP dans la vie quotidienne, dans l'institution » ; module « hygiène et santé » pour les AVS).
- La filière de l'E.S.F.⁵⁰ (conseillères en économie sociale et familiale ; techniciennes de l'intervention sociale et familiale) est, par construction, très ouverte à l'éducation pour la santé. Les débouchés des conseillères s'étendent en milieu hospitalier, dans les établissements médico-sociaux, dans le champ de l'action gériatrique et gérontologique, mais on les trouve aussi sur des champs aussi divers que la lutte contre le saturnisme, la gestion et le suivi des appartements thérapeutiques pour malades du SIDA, la santé des jeunes... C'est par exemple une conseillère en E.S.F. qui a mis en place et pilote les actions « santé jeunes » des missions locales de l'Est lyonnais.

⁵⁰ ESF : éducation sociale et familiale

Construite sur l'éducation des familles et la gestion de la vie quotidienne dans un environnement donné, c'est probablement la filière sociale la plus adaptée aux actions de promotion de la santé.

- Les formations à l'animation (DEFA : Diplôme d'Etat aux Fonctions de l'Animation, en principe cogéré par Jeunesse et Sports et Affaires Sociales ; BEATEP : Brevet d'Aptitude de Technicien de l'Education Populaire, sous la responsabilité du seul ministère de la Jeunesse) pourraient offrir un cadre intéressant pour la qualification d'animateurs éducateurs de santé, notamment pour une bonne part des emplois-jeunes qui se sont multipliés sur ce champ. Le DEFA peut s'y prêter, à travers ses unités « environnement social de l'animation » et « projet d'animation » ; le BEATEP quant à lui est uniquement déterminé par le type d'activité et le champ d'animation choisi. On peut signaler quelques DEFA intégrant l'éducation pour la santé dans des projets d'animation relatifs à l'action gérontologique ou aux relations interculturelles, de tout premiers BEATEP « animateurs santé », mais cela reste marginal.

Pour terminer ce développement sur les filières sociales, on doit rappeler la réelle marge d'autonomie pédagogique dont disposent les instituts de formation. C'est pourquoi il conviendrait d'approfondir, au plan national, ce premier inventaire, avec le souci de mettre en œuvre une politique de sensibilisation à la promotion de la santé, d'identification d'un réseau de formateurs et centres-ressources, d'accueil de qualifications émergentes.

3.1.2.5 La formation des enseignants (éducation nationale)

L'éducation pour la santé n'est pas considérée comme une discipline, mais comme un élément constitutif de la citoyenneté à l'école, dont l'apprentissage doit mobiliser la communauté éducative toute entière. La circulaire du 24 novembre 1998 fixant les « orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège » définit ainsi la doctrine : « *Composante d'une éducation globale, l'éducation à la santé ne constitue pas une nouvelle discipline : elle se développe à travers les enseignements et la vie scolaire. Tous les personnels membres de la communauté éducative y prennent part, individuellement et collectivement, chacun selon la spécificité de ses missions.* »

Il en résulte :

- un accent mis plus sur les formations permanentes, ouvertes au brassage des publics et des intervenants, que sur les formations d'application initiales ;
- une large délégation de pouvoirs aux recteurs, qui ont la responsabilité des plans académiques de formation ;
- une présence plus marquée dans la formation pédagogique initiale des professeurs des écoles que dans celle des professeurs des lycées et collèges, très concentrée sur les enseignements disciplinaires.

Pour les professeurs du secondaire, l'initiation à l'éducation à la santé reste optionnelle, au sein d'ateliers consacrés à la citoyenneté et à la vie scolaire. Les enseignants du primaire suivent un module sur les problèmes de santé, de sécurité et de maltraitance.

Le bilan des formations permanentes fait apparaître des thématiques d'éducation pour la santé dans toutes les académies, avec une prédominance de thèmes très ciblés et peu de formations ouvertes à une conception plus globale de la santé des élèves. Des initiatives centrales intéressantes, fournissant aux rectorats un cadre « prêt à l'emploi » et développant la formation de formateurs-relais, sont venues orienter et compéter cet essor. Ainsi, des programmes pilotes nationaux ont été mis en œuvres sur l'accompagnement de la constitution des C.E.S.C. (comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté), sur l'éducation à la sexualité, sur la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances .

La dynamique liée au développement des CESC a été suffisamment forte pour conforter le rôle des acteurs individuels les plus engagés, chefs d'établissements, enseignants, médecins, personnels sociaux. Au delà, les résultats dépendent des contextes régionaux : stratégies des recteurs, dynamisme des structures régionales d'observation ou de promotion de la santé, richesse des ressources universitaires, existence de programmes régionaux de santé ou de PRAPS faisant une large part aux problèmes de santé des jeunes etc...

Les services de l'éducation nationale ont été invités à participer à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé ; dans la région Rhône Alpes, on peut parler d'un co-pilotage DRASS/Rectorat, mais la coopération est loin d'être aussi étroite dans bien d'autres régions.

Au total, on a pu assister à un remarquable essor, depuis quelques années, de préoccupations nouvelles d'éducation à la santé, lié à la prise en compte des difficultés croissantes d'intégration sociale des élèves, aux pannes du modèle intégrateur, à la prise de conscience des violences à l'école. Il est sans doute temps maintenant de remédier à quelques faiblesses (notamment la faible sensibilisation, dans la formation pédagogique initiale, des enseignants du secondaire) et de renforcer le soutien institutionnel aux initiatives de terrain.

3.1.3 Les profils émergents : les formations à la promotion de la santé

Les formations construites autour d'un objectif de promotion de la santé, ou simplement autour d'approches larges de prévention ou d'éducation pour la santé, sont relativement rares et très dispersées.

Le Comité français d'éducation pour la santé a eu le mérite, pour les besoins de son réseau, d'initier un programme de formation comportant des formations de chargés de projets (3 séquences d'une semaine chacune) et un faisceau de formations très courtes (3 jours) pour l'accueil des nouveaux arrivants, l'utilisation des outils pédagogiques et documentaires, la mise en œuvre du programme anti-tabac (qualification des emplois jeunes).

Au delà des initiatives de ce réseau, les universités ont créé des formations en ordre dispersé, le plus souvent non homologuées au plan national, dont un inventaire non exhaustif, parce que résultant de la déclaration volontaire des promoteurs, figure sur le site Internet de la société française de santé publique recensant les formations en santé publique hors internat .

On y trouve d'abord 35 diplômes d'université ou inter-universitaires, dont les objets se répartissent comme suit :

- 7 diplômes se situent dans un champ épidémiologique et statistique, dont 2 associent épidémiologie et clinique, et dont un autre applique l'épidémiologie aux soins infirmiers ;
- 6 cursus sont centrés sur l'hygiène appliquée ou la prévention à l'hôpital, dont 3 se réfèrent à la gestion des risques nosocomiaux ;
- 6 cursus se rapportent à la santé communautaire, au développement social et à l'éducation pour la santé, dont un intitulé ne mentionne que l'éducation pour la santé ;
- 5 formations ont trait à l'analyse de politiques ou dispositifs spécialisés de prévention sanitaire ;
- 4 cursus sont dispensés sur l'éducation thérapeutique, la gestion des relations avec le patient, la prescription et le suivi des médicaments, dont un centré exclusivement sur l'utilisation des médicaments ;
- 3 formations portent sur le système de soins dans sa globalité, la qualité des soins, le traitement de la douleur ;
- 2 diplômes sanctionnent des formations sur l'environnement ;
- 2 formations portent sur les techniques d'information médicale et l'informatique médicale, le lien avec la prévention devenant ici de plus en plus ténu.

Y figurent également trois licences, dont une licence professionnelle entièrement consacrée à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé, organisée par l'université Victor Segalen Bordeaux 2, et huit maîtrises, 5 de sciences sanitaires et sociales, 2 de sciences biologiques et médicales, une maîtrise de sciences et techniques en santé publique. Ce tableau peut être complété par la mention de 16 certificats de maîtrise, généralement en sciences biomédicales : 7 d'entre eux sont centrés sur la méthodologie de la recherche clinique et épidémiologique, 4 sur les risques sanitaires liés à l'environnement, dont un certificat de compétences délivré par le Conservatoire national des Arts et Métiers (CNAM).

Les formations de troisième cycle répertoriées comprennent 16 DESS, dont 5 consacrés à la promotion de la santé, 9 à dimension plus « managériale », 2 à l'épidémiologie et aux statistiques, dont une formation du CNAM., et 7 DEA, à prédominance épidémiologique. On notera un DEA consacré à l'anthropologie de la santé, un autre à la géographie de la santé.

S'y ajoutent enfin trois cycles doctorants.

Au total, on ne peut qu'être frappé :

- par la faiblesse du nombre des formations homologuées au plan national (prédominance des diplômes d'université) ;
- par le relativement faible nombre des formations organisées autour de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé : une quinzaine de D.U., une licence professionnelle, cinq DESS.

3.2 Les lacunes du système de formation

La formation des divers acteurs n'est pas fermée aux objectifs de prévention et de promotion de la santé. Mais les formations restent cloisonnées, présentent encore des carences propres à certains types d'apprentissage ou à certaines filières professionnelles ; surtout, le développement d'un système de formation à la promotion de la santé, c'est à dire en définitive la formation à la prévention, nonobstant les notions techniques nécessaires au dépistage, aux vaccinations ou à certaines prescriptions préventives, est freiné par la faiblesse des formations à la santé communautaire et l'insuffisance de référentiels de compétences.

3.2.1 *Le cloisonnement du système de formation*

Ce cloisonnement est à relier à la multiplicité des acteurs de la formation : universités, intervenant selon des modalités très diverses, avec des cursus fermés sur une filière ou des cycles ouverts à un plus grand brassage des publics ; E.N.S.P. ; centres de formation des professions paramédicales ou de travailleurs sociaux ; I.U.F.M. et formation permanente académique ; réseau de l'éducation pour la santé ; morcellement de la formation continue des professionnels médicaux par filières...

Cette multiplicité des intervenants ne serait pas en soi critiquable si existaient par ailleurs des objectifs pédagogiques partagés, des passerelles entre les cursus, un véritable brassage des publics ou au moins un accent sur le caractère interprofessionnel des actions de prévention. On en est toujours loin :

- les formateurs des professionnels médicaux restent terriblement « mono-filières », les médecins enseignent la prévention aux médecins, voire les cardiologues enseignent les cardiologues...
- il n'y a pas de point de contact entre la formation des médecins du travail et des formations plus généralistes de santé publique ;
- l'ENSP a largement décloisonné ses enseignements d'application, mais les taux de cours communs aux diverses filières professionnelles est plus important pour les matières de gestion ou de politiques publiques que pour la santé publique et la promotion de la santé ;
- à l'exception de quelques très rares initiatives, comme celle de l'institut Rockefeller à Lyon, école qui regroupe des formations paramédicales et sociales, il n'y a pas de séquences communes ou de points de contact entre les formations de travailleurs sociaux et d'infirmiers ;
- il n'existe pratiquement pas de chaînage entre formations universitaires de différents niveaux, c'est ainsi par exemple qu'on ne rencontre pas, sauf à Bordeaux, de séquence universitaire complète allant d'un premier cycle à des formations doctorantes ;
- la formation professionnelle continue ne joue pas le rôle de décloisonnement qui pourrait être le sien , autour de thèmes fédérateurs faisant appel à des qualifications et à des profils professionnels multiples ;

c'est particulièrement vrai de la formation médicale continue, du fait même de son organisation par grands collèges professionnels nationaux.

3.2.2 *Des carences spécifiques*

Quatre points peuvent être mentionnés :

- La sensibilisation à l'éducation pour la santé des pharmaciens d'officine et des chirurgiens dentistes reste insuffisante. Il n'existe ni U.V.obligatoire d'éducation pour la santé, au plan national, ni ensemble de modules transdisciplinaires centrés sur la relation avec le patient, comme dans le nouveau deuxième cycle des études médicales (Cf. supra, paragraphe 212).
- Les apprentissages cliniques et pratiques de la santé publique et de la promotion de la santé sont laissés très largement à la discrétion des facultés de médecine. Or l'insuffisante diversité des intervenants dans les cours théoriques, l'hospitalocentrisme des stages, la faible part faite aux objets de prévention dans les stages hospitaliers ne sont pas favorables à une bonne prise en compte de l'éducation pour la santé et des actions de prévention dans la formation pratique des médecins.
- L'éducation thérapeutique, c'est à dire le travail éducatif réalisé par le médecin ou l'infirmière autour de la prise en charge et de l'administration d'un traitement, est un levier primordial pour la prévention tertiaire ; c'est par ailleurs, pour les étudiants en médecine ou les praticiens en exercice, l'entrée la plus concrète, la plus motivante et la plus responsabilisante dans les problématiques de prévention. Si les préoccupations éducatives sont très présentes dans les formations d'infirmières, leur place est beaucoup plus aléatoire dans la formation initiale des médecins, pour les raisons évoquées ci dessus : prégnance de la pratique hospitalière, pas de diversification des intervenants et des terrains de stage, et peut être aussi pas de réflexion commune sur le travail d'une équipe de soignants. D'un survol des sites INTERNET spécialisés et de la presse professionnelle, on retire l'impression que si l'éducation thérapeutique commence à acquérir droit de cité dans la formation médicale continue, c'est plus par des actions de formation ciblées sur les spécialistes (pédiatres, cardiologues...) que par des actions destinées aux généralistes, pour lesquelles on note surtout des formations accompagnant la montée en charge de réseaux (prise en charge de l'asthme, du diabète...). Au total, l'éducation thérapeutique fait encore l'objet d'une approche aléatoire et morcelée.
- Enfin, on a noté que des progrès restent à accomplir dans la formation et la sensibilisation des enseignants, en particulier pour les enseignants du secondaire (Cf. paragraphe 212).

3.2.3 *La faiblesse des formations à la santé communautaire*

Au sein d'une palette de formations universitaires à l'éducation pour la santé peu nombreuses et caractérisées par une forte prédominance des diplômés d'université, les enseignements qui mettent l'accent sur une approche communautaire de la promotion de la santé sont rares. Le besoin se manifeste pourtant de plus en plus d'une approche étroitement référée aux caractéristiques anthropologiques, sociales et culturelles d'un groupe-cible, intégrant la santé au social, mettant en œuvre des modalités d'intervention interprofessionnelles et interinstitutionnelles.

Dans une région comme Rhône Alpes, par exemple, il est frappant de constater que des institutions lyonnaises soucieuses de développer ce type d'approche, pour affronter de nouveaux défis tels que propagation du SIDA dans des populations d'origine africaine, résurgence de pathologies éradiquées, problèmes de santé liés à l'exclusion ou à l'errance, n'ont d'autres ressources externes que de se tourner vers Grenoble, Nancy ou Paris. Il s'agit pourtant là d'une région dynamique, riche en ressources universitaires et associatives, dotée d'une ancienne et forte tradition en matière d'éducation pour la santé.

Les ressources existantes se trouvent pour l'essentiel concentrées sur cinq sites :

- Nancy 1 (université Henri Poincaré), avec une école de santé publique, un D.U. « santé publique et communautaire », un D.E.S.S. « promotion de la santé et développement social : conduite de projet » ;
- Bordeaux 2 (université Victor Segalen), avec une école de santé publique, un D.U. « santé dans la communauté, promotion de la santé et développement social local » ;
- Paris, avec des formations à l'université Pierre et Marie Curie (D.U « santé communautaire et développement social »), à Bichat et Paris 13 Bobigny (D.E.S.S. sur les stratégies de développement des formations en santé ») ;
- Grenoble, avec un D.U. « pratiques en santé communautaire » ;
- Rennes 1 ,avec un D.U. « santé publique et communautaire ».

A cela s'ajoutent quelques télé-enseignements, notamment l'initiative intéressante de formation sur INTERNET conduite par l'université de Franche Comté et l'I.U.T. de Belfort-Montbéliard, ainsi que des options ou des modules dans des cycles plus larges d'éducation pour la santé. L'inventaire est tout de même assez pauvre, et pourrait faire contraste avec le dynamisme prêté à certaines réalisations étrangères .

Les comparaisons internationales ne tournent pas nécessairement au désavantage des formations françaises, en termes de qualité des projets pédagogiques, de décloisonnement des cursus et des publics, mais elles peuvent faire apparaître, avec les limites tenant au caractère un peu théorique d'un examen sur documents, quelques pistes intéressantes :

- l'investissement sur une pédagogie très participative : à l'université de Maastricht, les études de sciences de la santé, mention éducation pour la santé, sont presque totalement organisées sur la base d'études de cas,

regroupés par grands axes thématiques, et de résolution de problèmes, par groupes de 8 à 12 étudiants. A l'université catholique de Louvain, trois axes thématiques portant sur la santé, la psychosociologie et la pédagogie, les méthodologies professionnelles d'intervention, sont complétés par un quatrième axe dit d'intégration, qui organise la confrontation entre enseignements pluridisciplinaires des trois premiers axes et les projets menés par les étudiants. Par ailleurs, un système original d'« intervision » réunit régulièrement les étudiants pour des échanges et une discussion entre pairs de leurs projets.

- Le lien avec la recherche et la mise en œuvre de gammes complètes de niveaux de formation : dès juillet 1984, l'université catholique de Louvain créait une unité d'éducation pour la santé de premier niveau, l'unité Reso, et un deuxième cycle. En 1990, un troisième cycle est mis en place, comme option du doctorat de santé publique. Le prestige de Louvain est lié aussi à l'existence d'un doctorat spécialisé, même s'il ne concerne que de très faibles effectifs.
- L'effet d'entraînement de processus de certification : aux Etats- Unis, dès la fin des années 60, les sociétés américaines de santé publique et d'éducation pour la santé initient un mouvement de certification qui ne cessera de se ramifier et de se perfectionner. Le processus passe par étapes de recommandations sur des exigences minimales de formation à l'agrément périodique des maîtrises de santé publique. En 1978, la « coalition of national health education organizations » crée un groupe de travail national, avec l'appui des pouvoirs publics, qui établit en 1980 un rapport sur la définition du rôle d'un éducateur pour la santé. En 1985, ce groupe produit un cadre de références pour le développement des compétences de niveau élémentaire, appuyé sur un référentiel de compétences distinguant sept domaines de responsabilité (Cf. document en annexe). Ce groupe se transforme en commission nationale de certification, délivrant à partir de 1989 des certificats individuels de premier niveau (9000 certifications individuelles d'éducateurs depuis lors). Ce processus complexe, développé dans un article de John P. ALLEGRANTE, M. Elaine AULD, Frances D. BUTTERFLOSS, William C. LIVINGOOD (« *La certification en éducation pour la santé : son impact sur la profession aux Etats-Unis* », in « *La santé de l'homme, mai-juin 2001* ») a des spécificités très américaines, certification à l'initiative des professionnels, portant à la fois sur des formations et des individus ; il présente pour nous l'intérêt d'illustrer le rôle crucial d'une définition consensuelle des compétences requises et des qualifications nécessaires dans la structuration d'une profession.

3.2.4 L'insuffisance des référentiels de compétences

En dépit de quelques initiatives intéressantes, l'élaboration de référentiels permettant la structuration de la profession , et à tout le moins la mise à disposition d'un outil commun à toutes les composantes du « patchwork » des formations, reste un processus difficile.

Le Comité français d'éducation pour la santé avait depuis quelques années pris des initiatives très positives dans ce sens : travaux préparatoires à la mise en place des formations

du réseau, distinguant entre un niveau d'éducateur ou d'animateur de base, et un niveau de chargé de projet ; propositions pour un référentiel de compétences annexées à un rapport de Madame Christine FERRON « Développer la formation en éducation pour la santé : objectifs et stratégies ». L'accent mis sur la conduite de projet rencontre les attentes des employeurs ; une étude de la société française de santé publique (J. POMMIER, S. DOLIDZE), à partir de l'ensemble des offres d'emplois recueillies de Juin 2001 à Mars 2002, montre en effet que les deux principales missions fixées par les offres sont le développement des politiques de soutien aux efforts individuels ou communautaires sur la santé (cité par 74% des employeurs) et, de façon plus précise, la mobilisation des partenariats et associations communautaires pour identifier et résoudre des problèmes de santé (cité par 48% des employeurs).

Ces travaux fournissent un bon corpus de départ, qu'il conviendrait de développer en leur donnant une assiette aussi large que possible, dépassant les seuls besoins du réseau ou les débats statutaires propres aux salariés qu'il emploie.

De grands employeurs ont également réfléchi à ce sujet. L'U.C.A.N.S.S., dans le cadre de son observatoire des emplois et des compétences, a établi une analyse des compétences du poste de « chargé d'éducation pour la santé ». Ces fiches insistent sur les compétences transversales, la contribution aux finalités de l'institution, distinguent savoirs et savoir-faire, et ne spécifient pas d'exigence particulière en matière de formation initiale. En dépit d'une formalisation relativement poussée, elles ne clarifient pas totalement la nature des missions, en faisant coexister des responsabilités d'impulsion de projets (« conçoit la décentralisation des campagnes nationales » ou « élabore des campagnes, des programmes d'action pour la population locale, indépendamment des actions nationales ») et la participation directe aux actions de communication (« anime des séances d'éducation pour la santé auprès du public »).

Dans d'autres réseaux, y compris dans des champs qui peuvent être considérés a priori comme extérieurs au champ de la santé publique, des réflexions relativement approfondies ont été menées sur les profils nécessaires à la promotion de la santé, pouvant comporter certains éléments de référentiel. C'est le cas par exemple du réseau des missions locales en ce qui concerne les missions des « conseillers référents santé » (Cf. en annexe les fiches produites par la conférence interne santé de ce réseau).

A partir d'une capitalisation de ces initiatives, il faudrait pouvoir élargir la démarche à une approche inter-institutions, inter-réseaux, et en l'articulant à l'analyse des compétences attendues sur ce champ de profils plus classiques tels que généraliste, infirmière, travailleur social. Le processus est difficile : les profils professionnels sont mouvants et peuvent évoluer rapidement ; les partenaires sociaux n'ont pas de structuration propre sur ce champ ; l'empreinte est encore forte de la culture des actes techniques ou du « tout-communication ».

3.3 Une trop faible reconnaissance des activités et des compétences de prévention

Elle est liée à une culture de santé publique encore fragile, et à la difficulté de valoriser les fonctions de prévention des praticiens.

3.3.1 Une culture de santé publique encore fragile, et ne valorisant pas assez l'éducation pour la santé

La santé publique est une idée qui fait son chemin. Des progrès remarquables ont été accomplis depuis quinze ans, autour des travaux du Haut Conseil de Santé Publique, des réflexions sur la veille sanitaire, sur la mortalité évitable, sur les inégalités de santé, de l'évolution de l'éducation sanitaire vers des modalités plus réceptives au milieu, plus attentives à la participation des intéressés, plus ouvertes à des objectifs de promotion de la santé, au sens de la charte d'Ottawa. Des instruments tels que les programmes régionaux de santé ou dans une assez large mesure les P.R.A.P.S., ont permis de donner un réel contenu à la planification de santé publique.

Pour autant, la reconnaissance de la santé publique reste encore fragile et limitée.

Reconnaissance par les praticiens eux mêmes, d'abord. Les enseignements de santé publique dans le cursus des études médicales sont trop souvent perçus par les étudiants comme un simple point de passage obligé, une sorte de « pensum » pas nécessairement fastidieux, mais dont on ne saisit pas très bien le lien avec les conditions d'exercice futures, d'où l'intérêt qui s'attache à mettre l'accent sur la clinique, la diversification des stages, l'éducation thérapeutique. L'internat de santé publique n'est pas très prisé. Le C.E.S. de santé publique concerne bon an mal an 65 étudiants par an.

La reconnaissance par la communauté scientifique n'est pas excellente : cloisonnement de la recherche, relativement faible nombre d'écoles doctorales. La recherche française marque le pas par rapport aux recherches nord-américaines et britannique.

La reconnaissance institutionnelle est insuffisante. On ne fait pas carrière dans la santé publique, à l'exception des carrières dans l'administration sanitaire, qui ne figurent pas dans les débouchés les plus attractifs pour le corps médical. Les carrières en milieu hospitalier sont à peu près inexistantes, faute de services dédiés. Les conditions d'emploi dans l'éducation pour la santé sont le plus souvent assez précaires, y travailler durablement nécessite un engagement militant.

L'éducation pour la santé fait encore assez largement figure de parent pauvre au sein du champ de la santé publique. Les enseignements de santé publique font une part prépondérante à l'épidémiologie, comme le notait déjà un rapport de l'IGAS d'août 1987 (La santé publique, formations et débouchés, Hélène STROHL). Au delà des études d'impact des actions de communication, le déficit de recherches est patent, à la différence de ce qui se fait dans les pays anglo-saxons, au Québec ou en Scandinavie sur les modalités d'appropriation d'une meilleure hygiène de vie, la portée des stratégies d'interdiction, par exemple en matière de lutte contre le tabac. On a vu par ailleurs que les formations universitaires en éducation pour la santé ou à la promotion de la santé étaient peu nombreuses, et particulièrement peu nombreuses celles qui mettent l'accent sur une approche communautaire, qu'elles étaient constituées en grande majorité de D.U., et qu'il n'existait pas de doctorat spécialisé ou de mention spéciale d'un doctorat de santé publique.

3.3.2 *La valorisation des missions de prévention des praticiens : des progrès limités*

Même si l'argument figure toujours dans le discours des organisations professionnelles et des Unions régionales de médecins libéraux, même si les professionnels de terrain en matière d'éducation pour la santé ou les militants de la santé publique font toujours valoir que le développement de la participation de professionnels de ville à des actions collectives de prévention est lié à une évolution des modes de rémunération, le débat semble avoir été assez largement apaisé, au moins pour un temps, par la revalorisation des honoraires des généralistes et des spécialistes. Les acteurs du service public ou proches du service public, DRASS, DDASS, caisses et comités d'éducation pour la santé, font également observer que les freins à une plus forte implication des médecins de ville sont loin d'être exclusivement d'ordre financier : culture professionnelle très individualiste, difficultés d'un partenariat opérationnel avec des organisations professionnelles ou des unions régionales dont les dirigeants sont parfois insuffisamment sensibilisés aux objectifs de prévention, ou qui n'ont pas sur ces sujets une forte capacité d'entraînement de leurs mandants, développement encore relativement faible des réseaux.

L'impact des évolutions intervenues ces dernières années est mal connu et reste non évalué :

- 1°) Les effets de l'institution conventionnelle du médecin référent (10% des généralistes) sur la prise en compte des fonctions de prévention ou tout simplement sur l'évolution des pratiques médicales n'ont pas été évalués par la C.N.A.M. ; ce sujet nécessiterait certainement quelques études qualitatives ciblées.
- 2°) Un récent accord entre la C.N.A.M. et l'union nationale des centres de santé (U.N.A.C.S.), présente l'intérêt d'ouvrir à ces centres, jusque là exclusivement rémunérés à l'acte, des possibilités spécifiques d'aide à la structure. Il concerne des structures extrêmement diverses, allant de dispensaires ou centres de soins très engagés dans l'accès aux soins des plus démunis à des centres de consultations généralistes ou de soins bucco-dentaires ouverts à un public de classes moyennes salariées (nombreuses réalisations mutualistes), en passant par des centres de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées, le principal trait commun à tous ces services résidant dans la tendance à un déficit structurel, dès lors qu'il ne sont pas adossés à une municipalité, association ou mutuelle en mesure de prendre en charge l'insuffisance de ressources liée au financement à l'acte. Cette convention est trop récente (octobre 2002) pour qu'on puisse en esquisser un bilan, mais elle méritait d'être signalée.
- 3°) La rémunération de missions de prévention dans le cadre de réseaux de soins est sans doute l'innovation la plus féconde à terme, même si sa portée concrète actuelle reste fort limitée. Deux exemples peuvent l'illustrer, choisis parmi les derniers réseaux agréés au plan national avant déconcentration de la procédure .
 - Un premier exemple est celui d'un réseau de Seine et Marne sur la prévention de la douleur (agrément du 19/12/01), regroupant la DDASS, la CPAM, la Mutualité de Seine et Marne, des médecins

généralistes, spécialistes, des masseurs kinésithérapeutes, des infirmières, des structures hospitalières dans une association ad hoc, « Douleur 77 », sur trois pathologies sélectionnées par les médecins, lombalgies, migraines céphalées et cancers. Dans ce cadre, les généralistes adhérents au réseau bénéficient de rémunérations spécifiques : première consultation, d'évaluation initiale de la douleur, tarifée à 3C ; consultation semestrielle de bilan fixée à 1,5C ; forfait annuel de 3C par patient, notamment pour la tenue du dossier médical partagé, un même praticien ne pouvant accueillir plus de 10 patients du réseau. Des actions de formation des médecins et infirmières sont organisées par l'association, finançables sur le F.A.Q.S..

- Un deuxième exemple, centré non sur un groupe large de pathologies mais sur une population-cible, concerne la perte d'autonomie des personnes âgées, dans les Alpes Maritimes (agrément du 19/12/O1). Ce réseau expérimental associe la caisse primaire et la mutualité française du département, le service social de la caisse régionale, des acteurs médicaux, paramédicaux, hospitaliers et sociaux de la prise en charge gérontologique (association de gestion « Qualivie »), pour la prévention des pathologies liées au vieillissement. Outre des dispositions particulières afférentes au financement de la coordination du réseau, d'un psycho-gérontologue et d'un animateur médico-sportif, des prestations spécifiques sont payées aux généralistes adhérents : un acte correspondant au bilan gérontologique appelé « Prev », 3C pour un patient non lié par un contrat de suivi médical entrant dans le cadre du « médecin référent », 2C pour un patient lié par un tel contrat ; un acte appelé « Coord », rémunéré à un C, correspondant à la définition et au suivi du protocole de prise en charge, à l'établissement de fiches de liaison, à l'alimentation d'une base de données et à la rencontre avec le médecin coordinateur ; enfin un acte appelé « Inform », sur la base d'un C, comprenant lecture du bilan, explications, éducation en hygiène et diététique, prescriptions complémentaires éventuelles et mise en relation avec les spécialistes concernés. Même si cela peut se traduire par une certaine complexité de mise en œuvre, il est très remarquable d'avoir individualisé et défini des actes correspondant aux fonctions de bilan, de participation au réseau et de gestion de données partagées, d'éducation du patient.
- Enfin, on peut donner l'exemple des réseaux bucco-dentaires, qui se sont développés depuis quatre ans à l'impulsion de la M.S.A. puis de la C.N.A.M., du financement forfaitaire des bilans bucco-dentaires, et de la démarche éducative qui peut lui être associée, par le Fonds de prévention.

Au total cependant, le mouvement ne doit pas être surestimé. Dans une région comme Rhône-Alpes, les dérogations tarifaires accordées aux médecins représentent 1,670 millions d'euros. Les expérimentations locales à l'initiative des caisses sont très adaptées aux besoins

locaux mais conservent généralement une portée très limitée ; la C.P.A.M. de Lyon va tester ainsi la réalisation d'actions de bilan- information auprès des jeunes, en liaison avec des médecins et des pharmaciens, avec un paiement de l'ordre de 80 euros par adolescent, et un maximum de 10 adolescents par praticien, dont la première phase concernera 12 professionnels, pour 1300 généralistes et 550 pharmaciens sur la zone d'expérimentation.

Le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville, qui peut appuyer la constitution de réseaux engagés dans la prévention, a pour priorités dans la région la participation des professionnels de ville aux gardes et urgences et les audits de pratiques professionnelles ; en 2001, le F.A.Q.S .V. a financé 5 dossiers de réseaux, dont 2 de soins palliatifs, sur 15 projets retenus.

Au plan national, le rapport d'activité du F.A.Q.S.V. pour 2001 et les données régionales annexées permettent d'estimer à près de 15% les projets acceptés dédiés à la prévention ou appuyant la coordination de réseaux à fort contenu préventif, sachant que bien d'autres projets peuvent comporter un volet préventif, plus ou moins développé. Les thèmes les mieux servis sont l'amélioration des pratiques professionnelles et la permanence des soins ; la coordination (réseaux notamment) est un thème nettement émergent dans l'utilisation des enveloppes régionales, qui représentent 80% des crédits nationaux, avec forte concentration sur quelques régions, en particulier le Nord-Pas-de-Calais et la Bourgogne. Les crédits 2001 ont été sous-consommés : 52% de l'enveloppe totale a été attribuée ; mais seulement 30% ont été effectivement versés, correspondant à une consommation effective de 31 millions d'euros sur 106,71 millions d'euros disponibles en 2001.

La doctrine mériterait d'être précisée quant à l'utilisation de ces fonds, crédits d'incitation à caractère non pérenne, pour le développement des réseaux, et quant à la possibilité de les utiliser pour financer des dérogations tarifaires, alors que vient de se mettre en place la dotation de financement des réseaux (Cf. ci-dessous), censée financer le coût des dérogations tarifaires, qui, hors dispositions conventionnelles nationales, n'est plus imputable sur la gestion du risque. Faudra-t-il du reste maintenir le principe d'un compartimentement du financement de nouveaux modes de tarification des soins de ville, ou le réintégrer durablement dans les dépenses du risque ?

Des obstacles forts subsistent : des résistances professionnelles, mais aussi la difficulté de mesurer et a fortiori d'évaluer les pratiques de prévention. La prévention secondaire et tertiaire est souvent indissociable du suivi du patient. La revalorisation des honoraires est un élément de réponse au financement de la prévention individualisée, mais sans contrepartie. En dépit des progrès réalisés, la doctrine reste encore floue et les réalisations fragmentaires et disparates sur la rémunération des participations à des actions collectives.

3.3.3 Des perspectives encourageantes ?

Deux faits nouveaux autorisent un certain optimisme :

- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé comporte un chapitre consacré à la politique de prévention, qui met l'accent sur la promotion de la santé, donne une base légale et détermine une procédure pour des programmes nationaux de prévention, crée un institut national de prévention et d'éducation pour la santé, doté de missions ambitieuses, jette les bases d'une procédure d'accréditation des organismes de prévention et d'éducation pour la santé et d'une démarche de normalisation du

développement de l'éducation pour la santé. L'institut, qui se substitue au C.F.E.S. avec des moyens sensiblement accrus, a notamment pour mission « d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire, en tant que mission de service public répondant à des normes quantitatives et qualitatives fixées par décret. » La démarche de normalisation, par voie réglementaire, apparaît ainsi, de façon indirecte, au détour d'une phrase consacrée aux missions de l'institut. Par ailleurs, un processus de planification a été mis en œuvre avec un plan national pour le développement de l'éducation pour la santé et l'élaboration de schémas régionaux d'éducation pour la santé.

La loi du 4 mars 2002 introduit une définition unique des réseaux (fusion des réseaux expérimentaux ambulatoires ou appuyés sur l'hôpital) ; la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 substitue à la logique expérimentale antérieure une logique de développement pérenne, en instituant une enveloppe de financement des réseaux déterminée dans la L.F.S.S., dite « cinquième enveloppe de l'ONDAM, gérée de façon déconcentrée au niveau régional, conjointement par le directeur de l'A.R.H. et le directeur de l'U.R.C.A.M. Cette dotation nationale de développement des réseaux, fixée à 22,87 millions d'euros, finance à la fois les frais de coordination et les éventuelles dérogations tarifaires ou nouvelles formes de rémunération des praticiens.

- L'annonce par le ministre d'un projet de loi quinquennale sur la prévention, précédé par une large consultation dans les régions, vise à inscrire dans la durée une priorité politique en faveur de la prévention, à fixer des objectifs opérationnels assortis des moyens administratifs, techniques et financiers nécessaires. La conjonction de ces deux textes fournira aux administrations concernées et aux acteurs de terrain une « feuille de route » pour plusieurs années ; dès à présent, c'est une légitimation de leurs actions qui suscite de fortes attentes.

Au terme de ce chapitre sur les apprentissages de la prévention, et avant d'aborder l'analyse des relations complexes entre les acteurs et le système, il peut être utile de s'interroger sur la méthode à employer pour mieux structurer et donner plus d'unité à ces apprentissages très divers, hétérogènes, parfois lacunaires, le plus souvent insuffisamment reconnus. Pour définir l'esprit de cette méthode, il convient d'insister sur trois points :

- Il faut éviter les écueils du « bourrage programmatique » ou de la création de nouvelles corporations sur des bases restreintes et mouvantes. Ce n'est pas en alourdissant les programmes des formations initiales des professionnels non dédiés à la prévention qu'on développera leurs compétences et leur sensibilisation ; il faut combler les lacunes les plus nettes, développer surtout une approche commune de la promotion de la santé dans les divers cursus, multiplier les points de rencontre entre filières différentes, dans les séquences théoriques ou pratiques, mettre en œuvre une pédagogie concrète insistant sur les liens entre promotion de la santé et relations avec le patient ou l'utilisateur. Pour les profils émergents dans le champ de l'éducation pour la santé, il faudrait pouvoir disposer à la fois de cycles complets de formation initiale permettant un accès direct à l'emploi et des moyens de formation permanente accompagnant le recrutement de personnes ayant de l'expérience dans le champ sanitaire et social ; professionnaliser, mais sans tuer la diversité des parcours ni le recrutement de militants.

- Il est donc essentiel de développer un processus de qualification : définition concertée des compétences, reconnaissance universitaire et statutaire, y compris par validation

des acquis de l'expérience, formation continue. La définition de référentiels de compétences est un point de passage obligé à la fois pour mettre en place des éléments de transversalité dans des formations initiales multiples et pour définir, pour des spécialistes de l'éducation pour la santé, une politique de qualification ménageant la diversité des itinéraires .

- Pour ce faire, on ne peut que s'appuyer sur les acteurs de terrain, mais dans un cadre plus cohérent et mieux coordonné . La qualification des acteurs et la reconnaissance de leur action au service de la prévention passe aussi par la rationalisation du système.

4 - LES ACTEURS ET LE SYSTEME

Après les deux premières parties consacrées à la description de l'objet du présent rapport, la mission a souhaité procéder à une mise en perspective prolongeant cette approche descriptive des acteurs et permettant de repérer les effets de système tant dans les aspects structurants des dynamiques identifiées que dans les difficultés rencontrées au cours de nos investigations. Autrement dit, la mission a cherché à pointer –tout en s'efforçant de rester centrée sur le sujet des métiers de la prévention- ce qui faisait sens dans les fonctionnements qu'elle a pu observer et à souligner les leviers mobilisables dans le cadre d'une évolution qualitative et quantitative de la commande publique en lien avec la future loi quinquennale de santé publique. Parce que le champ de l'éducation pour la santé est le moins structuré de la galaxie de la prévention et qu'il s'appuie sur une approche pluridisciplinaire mettant en jeu de multiples techniques et modalités d'intervention sans pouvoir être rattaché à une seule spécialité, la mission a choisi de porter son regard au principal sur ce domaine sans toutefois délaisser d'autres aspects clés qui seraient apparus au cours de ses investigations.

4.1 Des effets de système incertains

Des modes de régulation des professions et des métiers sans effet structurant durable

➤ Au niveau des qualifications et des classifications :

La mission a fait le constat d'une absence quasi-totale de repères transversaux à l'ensemble des champs d'activité liés à la prévention. A la mosaïque naturelle des métiers décrite dans la partie 2, s'ajoute un foisonnement des dispositifs et des structures de gestion qui n'est pas de nature à donner de la cohérence et du sens partagé aux dynamiques de professionnalisation. Chaque champ d'activité, en l'absence d'un cadrage formulé par la puissance publique, construit ou tente de construire, son propre chemin, s'appuyant- quand elles existent- sur les logiques internes déjà à l'œuvre. Ainsi, dans des secteurs déjà organisés comme la fonction publique territoriale ou les caisses de sécurité sociale (par le biais de l'UCANSS), se mettent en place des évolutions progressives des référentiels professionnels, même si, de l'avis des acteurs de terrain, beaucoup reste à faire en la matière.

Au delà d'une légitime diversité liée à celle des activités à conduire, la mission a pu noter un fort éclatement des qualifications et des classifications et ce à plusieurs niveaux. Ainsi, sauf dans le cas de la FPT et des professions réglementées, il n'existe pas de pré-requis consolidés nécessaires à l'exercice d'un métier de la prévention. Reprenant une pratique fréquente dans le travail social, le niveau d'exigence en terme de formation initiale n'est peu ou pas formalisé, présentant l'avantage d'une irrigation possible de ce champ d'activité par d'autres expériences professionnelles mais sans que des dispositifs de formation qualifiante systématique n'aient été mis en place, au risque de fragiliser la légitimité professionnelle des intervenants. De la même façon, la mission a noté des différences importantes de statut entraînant des écarts non négligeables en terme de rémunération et de gestion de carrière. Cet aspect est, bien entendu, fortement corrélé avec l'appartenance – ou non- à une structure d'appui forte. Lors de ses investigations sur le terrain, si la mission a rencontré aussi bien des références aux différents statuts de la fonction publique, une application de conventions

collectives reconnues telles que la FEHAP ou l'UCANSS, elle aussi eu à connaître de situations plus fragiles en particulier dans le champ des associations d'éducation pour la santé ou de l'observation sans couverture conventionnelle très organisée (voir les réflexions lancées dans le cadre du réseau de l'ex-CFES, le travail conduit actuellement par la FNORS ou la toute récente convention collective des missions locales qui intègre des qualifications utilisables pour les activités de prévention en santé) ou appliquant des conventions collectives connexes comme celle de l'animation socio-culturelle. Cet éclatement conduit à des disparités de statut et à des inégalités de situation dont on peine parfois à trouver le fondement réel.

Ainsi, sur des activités de même nature, les éducateurs pour la santé des caisses primaires bénéficieront d'une sécurité de l'emploi et d'un classement comme agent de maîtrise alors que ceux d'une association devront se contenter d'une rémunération nettement en retrait et d'une précarité liée au financement du programme en cours. De plus – ce point sera approfondi plus loin- le secteur est un gros consommateur d'emplois aidés de toute nature, recours qui contribue sans aucun doute à lui fournir des moyens qui lui seraient refusés par les voies ordinaires des dotations budgétaires mais qui a tendance à tirer vers le bas les niveaux d'embauche et de rémunération.

Cependant, cette absence d'un cadre strict va permettre, comme on l'a déjà souligné plus haut, des apports issus d'autres champs d'activité. En ce sens, la mission a rencontré des situations dans lesquelles le glissement vers les activités de prévention sanitaire avait été géré comme technique de gestion des ressources humaines en simple processus interne de reclassement. A l'inverse, et dans la majorité des cas rencontrés, le recrutement est lié à une dimension «vocationnelle» affirmée soit par intérêt pour les démarches de santé publique soit parce qu'il est l'occasion de professionnaliser –même imparfaitement- un engagement militant ou une trajectoire personnelle. Dans ces deux familles de cas, se produit alors un échange implicite entre motivation pour l'activité et précarité globale de la situation offerte, échange entraîné par le sous-financement global du secteur et dont profitent les différents financeurs. Par ailleurs, la mission souligne que l'absence de référentiels de métiers proches ou communs est également un frein à la mobilité inter-employeurs alors qu'au contraire, les échanges et la fertilisation mutuelle sont considérés par tous comme un facteur clé de réussite des actions engagées.

➤ Au niveau des programmes et les objectifs :

La mission s'est ensuite interrogée sur les effets structurants des différentes modalités de programmation dans le champ de la prévention. Les principales observations portent sur l'impact des différents programmes sur la problématique métiers de la prévention. La mise en place des programmes régionaux de santé à partir de 1996 a eu un contestable effet d'entraînement sur l'agenda politique, mettant sur le devant de la scène régionale des questions nouvelles, des approches et des stratégies d'intervention novatrices ainsi que des modes de travail innovants en terme de partenariat. Même si les travaux des conférences sont d'inégales valeurs, la plupart des observateurs s'accordent à leur reconnaître qu'ils ont incontestablement marqué une étape dans la territorialisation des questions de santé. Par contre, la question des métiers n'a pas été directement impactée par ce développement sinon de façon allusive et incantatoire dans certains travaux sous la forme d'invocation sur la nécessité d'un effort en matière de formation et sans qu'une stratégie explicite n'ait été mise en œuvre. De la même façon, la mise en place des schémas régionaux d'éducation pour la santé donne lieu, ainsi qu'en témoigne le compte rendu de la réunion des chefs de projet du 27 mars 2002, à de nombreuses interrogations sur les objectifs du schéma, les articulations à

construire avec d'autres volets des politiques publiques tels que PRAPS et politique de la ville ou emploi des jeunes (pour les missions locales), les niveaux pertinents d'action territoriale, etc... Mais, à l'exception notable des emplois jeunes « tabac » pour lesquels l'ex-CFES avait lancé un processus devant conduire à une certaine professionnalisation, la problématique des métiers n'est pas - ou pas encore- posée si l'on considère la relative jeunesse des projets. Plus encore, la mission a noté que, dans bon nombre de cas, les associations sont considérées comme lieux ressources de formation y compris au bénéfice des agents publics ou bien que, faute du temps ou de compétences nécessaires, les pouvoirs publics délèguent, ici, l'élaboration du schéma, là, l'animation de groupes de travail ou la formation méthodologique dans une relation de pure sous-traitance. Un travail plus récent encore de la Société française de santé publique en vue de la préparation de la future loi de programmation pose des constats de même nature tout en soulignant qu'une analyse plus fine des quelque 151 projets répertoriés permet de pointer quelques « besoins de compétence ». En ce sens, il apparaît que les quatre domaines sont particulièrement concernés : l'épidémiologie, les sciences humaines appliquées à la santé, la fonction de formateur et celle de chef de projet. Soit ces domaines peuvent s'appuyer sur des filières professionnelles déjà existantes (épidémiologie) mais en situation de pénurie du fait de l'aspiration générée par la mise en place des diverses agences et les recrutements qui s'en sont suivis, soit ces domaines sont encore trop en friches ou cantonnées à des approches trop exclusivement universitaires pour être exploitables en termes opérationnels (sciences sociales et santé). Soit, encore, les dispositifs de formation sont trop peu développés et ne produisent pas d'effet structurant dans le champ de la prévention (formation de formateurs ou de chefs de projet).

➤ Au niveau des financements :

La mission a relevé une forte diversité sur les questions de financement. Cette diversité trouve sa source dans l'origine et l'importance des différents fonds, dans les modalités d'attribution ainsi que dans les structures d'appui des programmes. Les salaires étant la dépense principale des opérateurs (selon des pourcentages divers liés aux rémunérations servies, au poids des emplois aidés ou des mises à disposition d'autres institutions, etc...), la négociation budgétaire emporte des effets non négligeables La situation est évidemment fort différente pour les structures rattachées à des institutions elles-mêmes financeuses à l'instar des services prévention des caisses ou des collectivités locales.

Appuyée sur des dispositifs statutaires ou conventionnels solides et stabilisés (garantissant emplois, promotion et mobilité professionnelle, accès à la formation ou aux concours internes, etc...), la négociation, dans ces institutions, revêt une dimension, somme toute classique, de discussion budgétaire, d'affectation de postes, de création d'emploi... Il n'en est pas de même pour les diverses associations opératrices de terrain qui se voient contraintes de négocier programme par programme avec les multiples financeurs dans le cadre d'une annualité budgétaire particulièrement fragilisante pour leurs capacités opérationnelles, tout en générant une lourdeur de gestion tant chez les financeurs que chez les financés et entretenant également un risque de saupoudrage malgré les efforts dont la mission a été témoin pour éviter ce phénomène. Ainsi, la DDASS du Rhône gère, sur le chapitre 47-11-20, cinquante-neuf demandes de subvention d'un montant allant de 762 € à 85 000 € sur les seuls crédits fléchés PRAPS et PRS. De son côté, la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon (la CPCAM) attribue 40 subventions instruites par son service prévention.

A l'autre bout de la chaîne, un opérateur comme l'Association départementale d'éducation pour la santé du Rhône (ADES, le CODES local) monte et gère, en moyenne,

vingt projets par an, chaque projet étant négocié avec 4 à 5 financeurs. Pour sa part, le CNDT, structure d'information et de formation sur les addictions, doit traiter avec 22 financeurs, depuis la MILDT jusqu'à la plus petite commune souhaitant faire appel à ses services. Dans ce cadre, les fonctions transversales d'administration, de logistique ou de veille documentaire ne sont peu ou pas reconnues et donc peu ou mal financées alors qu'elles sont souvent essentielles pour la bonne fin des projets. Sans remettre en cause les principes du financement par programme qui évite d'alimenter du fonctionnement pur sans aucune sorte d'évaluation, il conviendrait de trouver les voies et les moyens pour assurer aux associations de terrain une certaine sécurité budgétaire permettant à leurs responsables de consacrer plus de temps au pilotage stratégique et opérationnel des projets plutôt qu'à une course effrénée aux financements.

Par ailleurs, le caractère limité de la ressource financière entraîne des effets négatifs en matière de recrutement et de professionnalisation. En effet, dans ce contexte, les choix de recrutement sont bien souvent revus à la baisse pour s'efforcer de rester dans le cadre de la contrainte budgétaire. Ainsi, par exemple, l'embauche prévue d'un démographe « senior » se finalisera sur le recrutement d'un thésard, nettement moins coûteux sur le plan salarial. Dans le même sens, le recrutement d'épidémiologistes confirmés par les CODES est rendu difficile voire impossible par les embauches massives – dans des conditions salariales plus favorables – opérées par les différentes agences nationales. La pression à la baisse est, à l'évidence, plus forte sur les métiers émergents dans la mesure où ceux-ci ne s'appuient sur aucun référentiel stabilisé de compétences et de pré-requis.

La mission a également noté un fort recours aux emplois aidés de toute nature. Il n'est pas rare de constater que, parfois, près de la moitié des intervenants issus des associations ou de certains service publics locaux émarginent sur le dispositif emplois jeunes. Se posent alors deux questions fortes : que se passera-t-il pour ces structures lors de l'extinction programmée du dispositif et comment leur capacité d'intervention pourra-t-elle être consolidée ? Comment capitaliser les acquis professionnels des emplois jeunes sortant, à la fois en terme de trajectoire individuelle et d'accès à une professionnalisation et en terme collectif, pour valoriser les avancées générées ? Il n'appartient pas à la mission de commenter la décision de mettre fin au dispositif emplois jeunes, mais elle doit néanmoins souligner qu'il en va de l'équilibre financier de bon nombre d'association et, partant, de leur pérennité et de leur existence même. De la même façon, la capacité opérationnelle de ces structures et leur participation aux politiques publiques risquent d'être sérieusement compromises par cette remise en cause.

Une autre problématique financière a été notée concernant les modalités de rémunération des actes de prévention pour les professionnels de santé. S'il apparaît que la rémunération d'un acte individuel puisse trouver relativement facilement une solution (utilisation de la facturation à l'acte ou rémunération forfaitaire à la capitation dans l'expérimentation « démarches éducatives en médecine libérale et pharmacie conduite par la CPCAM de Lyon sur 5 sites), il n'en va pas de même dans le cadre de leur participation à des actions collectives pour lesquelles aucun dispositif n'est facilement envisageable en l'état actuel de la réglementation. En s'appuyant sur les travaux déjà menés et sur l'amorce de négociation conduite quelques années auparavant, la recherche d'une solution devrait être rapidement mise en chantier sous peine de voir la participation des professionnels de santé libéraux se limiter à un simple volontariat de conviction.

➤ Au niveau des relations inter-institutionnelles et partenariales:

Les observations de la mission permettent de dresser une typologie simplifiée des partenariats rencontrés. D'abord, de façon traditionnelle, les décideurs de la prévention recherchent des opérateurs de terrain pour mettre en œuvre les politiques publiques à l'instar de ce qui se déroule en matière d'action sociale, par exemple. Ce mécanisme s'appuie sur un tissu associatif notablement plus morcelé puisque construit sur des approches par milieu, par public, par pathologie, par types de conduites ou bien encore communautaire ou géographique. C'est d'ailleurs la deuxième fonction remplie par le partenariat avec les associations qui permet de rentrer en contact avec des milieux traditionnellement inaccessibles à une action administrative pure et qui favorise la création ou l'entretien d'un lien social avec des populations souvent bien éloignées des dispositifs sanitaires et sociaux, dans une perspective de remédiation. Enfin, les partenariats sont souvent utilisés comme prolongement pur et simple de l'administration pour conduire des processus d'élaboration participative de projets, de diagnostics des besoins d'une population, d'évaluation d'actions financées par les pouvoirs publics... Cette fonction de suppléance trouve sa source à la fois dans une situation de relative pénurie de ressources humaines (il est parfois plus facile de financer une étude que de la gérer en interne faute de moyens humains) et dans un déficit de compétence (souligné par beaucoup d'acteurs) dans divers champs aussi variés que la méthodologie de conduite de projet, certaines études épidémiologiques ou toxicologiques particulièrement pointues, etc... Dans ces opérations, les administrations cherchent donc à acquérir une certaine efficacité par un recours à des ressources externes.

Mais ces partenariats sont souvent marqués par un certain déséquilibre. En effet, dès lors qu'un nombre limité d'institutions est en mesure d'apporter des ressources budgétaires, il est facile de comprendre que le poids des financeurs va être prépondérant dans la mise au point des partenariats. Par les moyens qu'ils détiennent, l'Etat, les caisses de sécurité sociale, les mutuelles et les collectivités locales sont les maîtres du jeu dans des relations du fort au faible.

Trois constats peuvent être avancés sur ce sujet. D'abord, ainsi que plusieurs bilans de la montée en charge des PRS l'ont souligné, il peut se trouver une contradiction non négligeable entre une logique d'approche territoriale portée par le tissu associatif local et une vision « top-down » de ce même partenariat où il s'agit simplement de mettre en œuvre une ligne directrice nationale fixée par les administrations centrales. Ensuite, parce que les financements accordés le sont à ce prix, il y a un risque d'un alignement systématique sur la commande publique quand bien même un diagnostic local conduirait à un choix différent. A cet égard, l'exemple des emplois jeunes « tabac » est significatif. Recrutés dans le cadre du plan anti-tabac et des conventions d'application de ce plan, certains ont bien vite été affectés à d'autres tâches, parfois avec l'accord tacite des tutelles qui voyaient là un moyen facile d'aider des structures au moindre coût. A l'inverse, ces partenariats peuvent être instrumentalisés dans le champ politique prêtant ainsi le flanc à une critique non dénuée de fondement.

Par ailleurs, la mission a pu constater que certains opérateurs avaient à faire à un véritable « mille feuilles » institutionnel dans lequel ils peinent parfois à se retrouver. Ainsi, l'espace communal de solidarité de Saint Fons doit trouver sa place et ses financements dans un partenariat multiple mêlant DSU, PLIE, équipe MOUSSE, CAF, Conseil général, commune et CCAS...

Réunir tous les acteurs possibles sur le territoire d'un quartier relève de la gageure et il n'est pas surprenant que ceux-ci réclament une certaine rationalisation des partenariats leur évitant les redondances, les réunions chronophages multiples sans que les décisions opérationnelles ne soient toujours prises et annoncées. Il en découle une ambiguïté dénoncée par plusieurs des structures entendues par la mission et qui souhaitent une définition et un respect plus strict des rôles de chacun, en particulier en ce qui concerne le positionnement des services déconcentrés qui, préférant se poser en animateurs, semblent parfois délaissé leur fonction d'arbitre et de décideur.

En l'occurrence, il s'agit de conjurer la dérive du partenariat se suffisant à lui-même alors qu'il doit, avant tout, être un moyen de l'efficacité collective.

4.2 Une adhocratie morcelée

On l'a vu, plusieurs éléments se rejoignent pour faire du champ de la prévention sanitaire une adhocratie morcelée. La mission considère en effet que la juxtaposition des logiques internes, des cultures, des fonctionnements propres à chaque institution a historiquement entraîné un morcellement que les quelques progrès réalisés ces dernières années n'ont pas encore contrebalancé. L'histoire encore trop récente de la coopération et du partenariat ne permet pas de considérer cette diversité comme un atout mais plutôt comme un handicap à l'efficacité collective attendue. Les écarts de taille des structures, de moyens engagés, de poids politique ou médiatique rajoutent encore à cet éclatement. En l'absence de toute « standardisation » par les qualifications ou les formations (sauf comme on l'a déjà rappelé, pour les professions réglementées), face à une mise en cohérence qui reste trop balbutiante, face à un pilotage politique assurément trop souple, force est de reconnaître que le champ de la prévention ressemble plus à une mosaïque aux dessins aléatoires qu'à un système construit certes progressivement et sachant conjurer besoin de liberté et partage d'une ambition collective forte.

4.3 Les limites d'un partenariat trop lié au volontarisme des acteurs

Plusieurs observations conduisent la mission à s'interroger sur les effets du partenariat. Si celui-ci permet à l'évidence de prendre en compte des réalités qui échapperaient autrement aux mécanismes forcément généralisateurs de toute action publique, il reste que les modalités de gestion de ces partenariats sont parfois trop floues pour être véritablement structurantes et autoriser une évaluation de leur performance. Sans méconnaître les bienfaits du partenariat, la mission considère que doit être évitée toute confusion entre la fin et les moyens d'atteindre celle-ci sous peine de sombrer dans la fascination de l'outil. Par ailleurs, la puissance publique pourrait s'efforcer de mieux cadrer et coordonner les conditions de participation et de mise en œuvre du partenariat rendant plus difficiles les conduites d'évitement de certains partenaires que l'on a pu remarquer dans la mise en place des PASS ou des commissions d'action sociale d'urgence dans un champ connexe à la prévention sanitaire.

4.4 Une précarité financière partielle mais certaine

La précarité financière des structures de terrain est un constat fréquent de la mission. Cette situation obère leur capacité à se projeter dans l'avenir et à structurer leur action dans le moyen terme. De plus, une part non négligeable –et trop importante car non productive- de

l'énergie interne de ces structures est consacrée à la recherche de financement assurant au mois le mois leur pérennité au risque de sortir parfois du cœur de leur métier.

Certes, toutes ne sont pas logées à la même enseigne et celles d'entre elles qui sont adossées à des institutions ne sont pas exposées à ces problèmes. Mais il reste que le volume global des budgets consacrés à la prévention reste relativement marginal par rapport à ceux dédiés à la gestion du risque. De plus, contrairement au régime général, certaines caisses n'ont pas de budget prévention, rendant problématique la coopération qui aurait pu naître de la mise en place des URCAM. Enfin, les modalités de gestion de ces fonds restent souvent centralisées. Ainsi, à l'exception notable de l'Etat qui a déconcentré une très large part de ses crédits d'intervention, mutuelles et caisses gèrent leurs enveloppes dans un système croisé d'instructions locales et de décisions nationales. Il y a donc à prévoir à la fois une réévaluation des crédits consacrés à la prévention et une modernisation de leurs modalités de gestion permettant une homogénéité de processus et une fluidité de gestion.

4.5 Une capacité problématique de réponse à une évolution et un renforcement de la commande publique

Chacun s'accorde à penser que le paradigme actuel de la politique de santé est arrivé au bout de son efficacité. Empesés dans des approches curatives et individuelles, coincés par une dichotomie de pilotage qui obère sa pertinence, hésitant entre problématique de l'assurance maladie et politique de santé, plombés par les questions à répétition d'équilibre financier, les fondamentaux de notre système sont à réexaminer. L'heure est donc au changement de paradigme et la commande politique est, semble-t-il, sur le point d'évoluer pour mettre en œuvre une politique centrée sur la santé publique.

La mission, toujours en s'efforçant de rester calée sur l'approche métiers, considère que plusieurs questions lourdes se posent et appellent des réponses rapides pour mettre le secteur de la prévention en capacité de répondre à cette évolution de la demande politique.

Ainsi, le champ de la prévention est traversé par un débat non sans conséquence en particulier en matière de métiers. S'agit-il, lorsqu'on parle de prévention, de gérer des politiques de communication sur la santé, les comportements à risque, etc... avec les méthodes et les professionnels du monde de la communication ? Ou bien, s'agit-il de construire des stratégies d'intervention sociale mêlant des approches sanitaires, sociales, anthropologiques, etc... Il n'appartient pas à la mission de trancher la question mais elle souhaite souligner que le choix à effectuer aura un impact certain dans le champ des professions.

Dans le même sens, la mission a pu noter que l'approche de l'éducation thérapeutique des patients –en développement– se construisait le plus souvent comme la projection mono-disciplinaire de bonnes pratiques et des comportements appropriés à telle ou telle pathologie alors que l'éducation pour la santé théorise et revendique le caractère pluri-disciplinaire de sa démarche. Là encore, les profils professionnels à construire, les organisations du travail et les régulations à mettre en œuvre ne sauraient être de même nature.

Par ailleurs, la mission a fait le constat que la masse critique en jeu était notablement trop faible tant en terme de formation qu'en matière opérationnelle pour prétendre atteindre les objectifs ambitieux à la hauteur des enjeux. Cette remarque vaut également pour le champs

de la recherche, et en particulier son articulation avec l'Université, qui est apparu comme trop peu structuré et laissé à l'initiative individuelle de tel ou tel chercheur ou patron de laboratoire.

Alors qu'aujourd'hui, les acteurs de la prévention sont considérés comme « les saltimbanques » du système, il s'agira de dégager les priorités permettant de porter le futur système à maturité et à sa pleine efficacité.

De la même façon, la mission estime qu'un changement d'échelle dans la politique de prévention nécessitera un renforcement et une rationalisation du pilotage de cette politique. Aujourd'hui, les acteurs de terrain considèrent que la prévention est un orchestre avec des musiciens, plusieurs partitions mais dont le chef n'est pas à la hauteur. Incontestablement, la question posée mérite attention car elle pose le problème de l'animation et de la mise en cohérence des politiques publiques, facteur clé de réussite. En accompagnement de cette évolution institutionnelle, la mission suggère qu'un effort substantiel de professionnalisation de la prévention et en particulier de l'éducation pour la santé soit entrepris sous peine d'échec.

A un moment où il s'agit de reconstruire notre politique de santé, il ne faudrait pas, pour reprendre une expression recueillie par la mission, que l'archaïsme des institutions fragilise les dynamiques créées par les acteurs.

5 – PROPOSITIONS

Les propositions formulées ci-dessous s'articulent autour de trois dimensions fortes.

Il s'agit, tout d'abord, de mieux connaître les métiers de la prévention et particulièrement ceux de l'éducation pour la santé sur lesquels les données sont les plus lacunaires voire inexistantes.

Ensuite, il s'agit de se donner les outils appropriés de gestion de ces métiers tant dans le champ de la formation initiale et continue et de la qualification qu'au niveau de la reconnaissance statutaire de ces professions.

Enfin, à partir de l'approche métiers, la mission formule quelques préconisations sur la gestion du réseau de l'éducation pour la santé visant d'une part à le consolider et d'autre part à mettre plus de cohérence dans le pilotage des actions.

5.1 Mieux connaître, développer l'observation sur les métiers de l'éducation pour la santé et les besoins de qualification

Mieux connaître, développer l'observation sur les métiers de l'éducation pour la santé et les besoins de qualification est aujourd'hui une évidente nécessité afin de ne pas commettre d'erreurs sur les enjeux et les priorités.

Qui former ? Quels métiers privilégier ? Quels sont les métiers qui manquent et qu'il faudrait promouvoir ?

Les réponses ne s'imposent pas d'elles-mêmes.

Par exemple, de l'avis des spécialistes de terrain, contrairement à certains idées communément répandues, il ne paraît pas aujourd'hui utile d'inciter au développement des métiers de la communication sur le champ de la prévention. En effet, les techniques de communication sont bien connues, les professionnels existent et peuvent être mobilisés, les messages ou les idées à transmettre sont identifiés, leurs limites d'efficacité aussi. Il n'y a donc ni urgence, ni pénurie dans ce domaine.

En revanche, d'autres métiers et d'autres compétences font défaut.

Il ne s'agit pas véritablement de métiers à créer, mais plutôt d'adapter certains d'entre eux aux spécificités de la prévention. C'est surtout dans les domaines de l'organisation que les compétences techniques sont nécessaires.

Par exemple, il faudrait instituer des animateurs de réseaux. En effet, il ne suffit de mettre en place des réseaux, encore faut-il les faire vivre, maintenir leur cohérence, les faire évoluer, assurer des passerelles entre eux, ou conforter des liens. Toutefois, certains experts sont hostiles à l'idée que l'animation de réseau devienne un véritable « métier ». Ils craignent qu'on aboutisse à un « spécialiste - animateur » par type de maladie (un pour les affections cardiaques, un pour le cancer etc...) ce qui contribuerait au cloisonnement entre les

disciplines. Cette crainte n'est pas tout à fait sans fondement, dans la mesure où, effectivement, on peut observer des dérives de cette nature dans les grands ensembles hospitaliers, comme les Hospices civils de Lyon, où des réseaux, très structurés, ont été créés (pour les insuffisance rénales, ou pulmonaires) mais fonctionnent en « circuit fermé ».

Les gestionnaires (financier, responsable de ressources humaines) ou managers d'associations manquent également. En effet, la plupart des présidents, et surtout des directeurs d'associations, ne possèdent pas toujours les compétences en administration, ou en gestion, indispensables aujourd'hui. Or, toutes les associations qui sont sur le champ de la prévention ont à gérer des personnels et des crédits, quelquefois très importants, dans des conditions aléatoires et une conjoncture très délicate : multiplication des emplois précaires, diversité et fragilité des financements. Pour surmonter de telles difficultés il est faut impérativement des professionnels formés, aguerris et disponibles. Du point de vue de leur fonctionnement interne, les associations de prévention, ne sont pas différentes des autres associations. Il ne s'agit donc pas de créer véritablement un « nouveau » métier, mais plutôt d'inciter les dirigeants des associations à mettre à la tête de leurs structures, de véritables organisateurs, capables de gérer et d'anticiper.

Dans le même esprit, il est vraisemblable qu'il sera nécessaire rapidement d'augmenter le nombre des formateurs de prévention, compte tenu de l'ampleur des besoins d'enseignement d'aujourd'hui et surtout de ceux à venir.

Il faudrait également spécialiser des analystes, ou des statisticiens, dans la fabrication de banques de données spécifiques à la prévention, afin de rassembler et ordonner les informations éparses et d'éclairer les décisions,

Il manque aussi de « logisticiens de la prévention », qui à l'instar des logisticiens de crises qui opèrent dans les organismes caritatifs non gouvernementaux, seraient en mesure de définir les moyens de prévention à mobiliser, de concevoir la façon de les organiser et de les gérer ensuite.

Ces quelques exemples, issus des propositions des acteurs locaux, montrent combien il est important de mettre en place un dispositif permettant de mieux connaître, développer l'observation sur les métiers de l'éducation pour la santé et les besoins de qualification.

Pour ce faire, il n'y a pas lieu de créer une structure ad hoc, du type « Observatoire des métiers de la prévention », mais d'abord d'inciter les niveaux décisionnaires à entamer une réflexion et à commander une étude approfondie sur ce sujet.

5.2 Mobiliser les diverses instances paritaires de gestion des professions (CPNE, conseils divers, CPC, ...)

Mobiliser les diverses instances paritaires de gestion des professions (CPNE, conseils divers, CPC, ...) en leur donnant mission de :

- Définir des référentiels de compétence y compris pour des métiers nouveaux à construire : les travaux conduits par le réseau de l'ex-CFES ou par les observatoires régionaux de la santé (ou dans un champ connexe, ceux menés par les missions locales pour l'emploi des jeunes) montrent qu'une réflexion de terme de référentiel est utile et possible.

Utile parce qu'elle permet de poser la question des profils professionnels et des pré-requis nécessaires à l'exercice des métiers de la prévention, sortant ainsi des imprécisions actuelles frôlant parfois un amateurisme risqué.

Au-delà des métiers traditionnels de la prévention (pour lesquels ce travail a quelquefois pu être développé), il conviendrait d'entreprendre, de prolonger et de systématiser une telle démarche pour les métiers de l'éducation pour la santé et pour les métiers nouveaux tels qu'évoqués supra.

La mission souligne également que la question de la mise en place d'une commission paritaire nationale de l'emploi (CPNE) spécifique à l'éducation pour la santé pourrait être posée dès lors qu'une taille critique minima serait atteinte dans ce champ d'activité. A tout le moins, les CPNE existantes dans le champ sanitaire et social ainsi que les différents conseils consultatifs des professions paramédicales ou du travail social pourraient être saisis par le ministre de travaux en ce sens. La mission recommande également que, compte tenu des modes actuels d'acquisition des compétences, la validation des acquis de l'expérience soit d'emblée intégrée comme un élément clé des politiques à conduire en la matière.

- Définir des emplois types « référençables » dans le ROME : l'identification des référentiels de compétence doit permettre la prise en compte de ces nouveaux métiers dans le répertoire opérationnel des métiers (le ROME) et, partant, leur reconnaissance dans l'arborescence générale des professions à l'instar de ce qui s'est fait dans le répertoire des métiers de l'Union nationale des caisses de sécurité sociale.
- D'envisager la traduction de ces emplois types dans les différents statuts et conventions collectives du secteur : la mission recommande que pouvoirs publics et partenaires sociaux se penchent ensuite sur la traduction de ces emplois en terme statutaire et conventionnels, menant ainsi à terme une démarche cohérente de construction de filières professionnelles reconnues, valorisées à leur juste valeur et facilitant la mobilité externe entre les différents opérateurs. A ce titre, les différentes branches professionnelles concernées ainsi que les conseils supérieurs des trois fonctions publiques pourraient saisis par les ministres compétents.

5.3 Mettre en œuvre une procédure d'habilitation ou d'accréditation des formations d'éducation pour la santé

L'objectif est inscrit dans la plan d'éducation pour la santé, mais n'est pas actuellement réalisé. C'est pourtant un outil qui permettrait, s'il est lié à la définition d'un portefeuille de compétences, de structurer un ensemble de formations cohérent, ménageant la diversité des parcours, contribuant à la professionnalisation des acteurs sans l'enfermer dans une filière unique centrée sur la formation initiale et l'accès direct.

Il importe de définir clairement cette procédure, à distinguer des mécanismes existants. Ce n'est pas l'homologation au sens de la législation de formation professionnelle, qui statue essentiellement en fonction du niveau d'accès et des volumes de formation. Ce n'est pas non plus l'habilitation au sens que lui donne la direction des enseignements supérieurs au ministère de l'éducation nationale, puisque son champ pourrait concerner des

formations non universitaires ou des cycles universitaires non habilités au plan national par la D.E.S.U.P (diplômes d'universités).

Le choix du terme accréditation a le mérite de suggérer des liens étroits avec des objectifs précis d'acquisition de compétences définis avec le concours des milieux professionnels concernés, il est peut être trop ambitieux s'il devait se traduire par des procédures lourdes d'audit par les pairs. On lui préférera peut être le terme de « labellisation ».

Quelle que soit la terminologie retenue, cette procédure pourrait porter sur des cursus complets ou, le cas échéant, sur des éléments centraux du portefeuille de compétences.

S'agissant d'une procédure d'habilitation spécifique, a priori non régie par la loi du 4 mars 2002, qui ne dispose que de l'accréditation des opérateurs d'éducation pour la santé, il conviendrait de lui donner une base légale propre, par exemple dans le cadre de la future loi quinquennale.

Pourrait être mandaté un groupe de travail D.G.S., DESUP, I.N.P.E.S., E.N.S.P., personnalités qualifiées, pour définir les critères d'habilitation, sur la base de quelques critères de compétences à acquérir, de décloisonnement et d'ouverture aux déterminants anthropologiques et sociologiques de la santé :

- public pluriprofessionnel,
- équipe de formateurs pluridisciplinaire,
- présence de formateurs ayant suivi un troisième cycle d'éducation pour la santé,
- cohérence et articulation avec le référentiel de compétences,
- accent mis sur la conduite de projet et les déterminants anthropologiques et sociologiques de la santé (facteurs sociaux et culturels de l'image de soi, des rapports au corps et à la santé),
- articulations avec d'autres formations de santé publique, dispensées à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure demandeuse (favoriser l'émergence de séquences ou de chaînes plus complètes de formation),
- ouverture à la validation de l'expérience professionnelle ou bénévole (tenir compte des trajectoires professionnelles actuelles).

L'I.N.P.E.S. a programmé une démarche ambitieuse de préparation d'un cahier des charges, visant à la fois le premier et deuxième niveau (formation d'adaptation d'un chargé de projet ou formation universitaire dédiée, niveau bac plus 5, permettant l'accès direct de jeunes diplômés à des responsabilités dans le champ de la promotion de la santé). Dans son programme « services d'éducation pour la santé en région », 2003-2004, figure une action prévoyant la « Rédaction de référentiels de formation, premier et deuxième niveaux, qui serviront de base aux procédures d'accréditation des organismes de formation, de labellisation des formations et de validation des acquis de l'expérience ».

Enfin, on peut imaginer de définir une procédure attribuant un rôle pivot à l'I.N.P.E.S., après avis de son conseil scientifique (liens avec la recherche) et faisant sa place à l'E.N.S.P. dans l'instruction technique des dossiers (expertise des titres professionnels des formateurs et appréciation des modalités de validation des acquis des formés).

La DESUP doit être associée à ce processus, tout en gardant naturellement la plénitude de ses compétences en matière d'habilitation nationale de titres universitaires.

5.4 Renforcer les formations initiales de diverses catégories d'acteurs professionnels, combler les insuffisances ou les lacunes les plus évidentes ;

5.4.1 Formation initiale des médecins :

L'utilisation par les universités d'un cadre plus favorable aux enseignements de santé publique et à l'éducation du patient devrait constituer un élément important d'une évaluation à moyen terme de la réforme du second cycle des études médicales, lorsqu'il aura pu être parcouru dans son ensemble par une même promotion d'étudiants. Dès à présent, il serait opportun de mener une réflexion sur les conditions de validation, nature des épreuves, coefficients, questions posées, orientations données aux jurys. Dans les systèmes laissant une large marge d'autonomie aux institutions de formation, c'est par une action sur les conditions de validation que l'on peut donner des signaux forts et développer des incitations en direction des élèves et des formateurs.

Au delà de ce travail, la priorité est à donner à l'interdisciplinarité des formateurs, sans laquelle le décloisonnement des enseignements reste une illusion, et à toutes les actions permettant de faciliter l'appropriation des démarches de prévention par les étudiants, dans la perspective de leur futur exercice professionnel au contact des patients.

Dans cet esprit, on pourrait :

- introduire une section « promotion de la santé » au sein du Conseil national des Universités. C'est la condition indispensable à la pleine reconnaissance de la promotion de la santé indépendamment des enseignements de santé publique dispensés dans les facultés de médecine, et surtout un levier efficace pour une diversification des profils intervenant dans le champ des formations universitaires à la promotion de la santé.
- diversifier les profils des formateurs en santé publique, anthropologues, sociologues et, pourquoi pas, infirmières et travailleurs sociaux ;
- développer l'apprentissage de l'éducation thérapeutique dans le cadre des stages cliniques ;
- diversifier les terrains de stages, pour accroître la part des stages au contact de démarches de prévention, au sein de l'hôpital (notamment consultations et services spécialisés en matière d'alcoologie, de tabagisme, de prévention des suicides, consultations mémoire etc ...) comme, très largement, à l'extérieur des établissements de santé (centres de santé, réseaux à dimension préventive, services de médecine préventive, y compris médecine du travail, opérateurs de l'éducation pour la santé, administrations territoriales en charge d'actions de santé publique, centres locaux d'information et de coordination gérontologique, etc ...).

5.4.2 Formation initiale des pharmaciens d'officine : créer une u.v. d'éducation pour la santé dans le cadre de la filière pharmacie d'officine.

On a vu qu'il n'existait pas d'obligation en ce sens, même si la pratique de nombreuses facultés intégrait cette préoccupation. Le rôle d'information et de prévention des pharmaciens d'officine est de plus en plus important.

5.4.3 Formation initiale des chirurgiens dentistes : créer un enseignement d'éducation pour la santé bucco-dentaire, au delà des éléments existant dans le programme d'hygiène bucco-dentaire.

5.4.4 Pour les pharmaciens comme pour les chirurgiens dentistes, mentionner la promotion de la santé, comme une discipline du Conseil national des Universités accessible à ces deux cursus.

5.4.5 Instituer une formation d'adaptation obligatoire pour les personnels médicaux, paramédicaux et sociaux de la P.M.I., dont les objectifs et le volume seraient fixés par la loi, mais dont les modalités seraient largement déléguées aux départements. Les départements resteraient maîtres de l'organisation de la formation dans le cadre des normes très générales fixées par la loi.

5.4.6 Introduire un module de sensibilisation à l'éducation pour la santé dans les I.U.F.M., à suivre également par les enseignants du secondaire. Un accent resterait mis sur la vie sociale de la communauté scolaire ; il convient du reste, chaque fois que l'on met en place une unité ou un module d'éducation pour la santé, dans une filière professionnelle spécifique, de le situer dans le cadre du référentiel de compétences commun, en adaptant les contenus de formation à l'exercice professionnel considéré et à son environnement.

5.4.7 Mandater un groupe de travail du Conseil Supérieur du Travail Social pour définir des axes de développement de l'éducation pour la santé et des approches communautaires de la santé dans l'architecture des formations sociales existantes, et des propositions de diversification des stages.

5.4.8 Expérimenter dans quelques sites des modules communs aux formations paramédicales et sociales.

Dans les sites qui s'y prêtent (même structure gestionnaire ou au moins proximité géographique), il serait très fécond d'imaginer des éléments communs aux filières de niveau 5 (A.M.P.,auxiliaires de vie sociale, aides soignantes, auxiliaires de puériculture), et des modules partagés entre assistantes de service social, infirmières, conseillères en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés.

5.5 Développer fortement la formation continue des acteurs

Trois actions peuvent y contribuer, avec le concours de l'I.N.P.E.S., qui doit développer son engagement dans des partenariats professionnels sur la formation permanente :

5.5.1 Inscrire l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique parmi les orientations prioritaires des collèges de formation continue concernés ;

5.5.2 Envisager des accords-cadres ou des protocoles de coopération entre l'I.N.P.E.S., d'une part, et les institutions de formation médicale continue, les écoles de cadres infirmiers, l'A.N.F.H. et les O.P.C.A. sanitaires et sociaux, d'autre part ;

5.5.3 Développer des formations de formateurs à caractère pluriprofessionnel, pour nourrir le vivier des formateurs professionnels à l'éducation pour la santé.

Dans ses « programmes-lieux » 2003-2004, approche très intéressante de programmation de ses actions par lieu d'exercice des professionnels ou des opérateurs, l'I.N.P.E.S. met l'accent sur les partenariats avec les organisations de professionnels, notamment en matière de formation permanente, d'utilisation des outils documentaires, de sensibilisation à l'éducation thérapeutique (programme « lieux de soins »), et sur les actions de formation de formateurs, notamment dans le programme « services d'éducation pour la santé en région » .

5.6 Appuyer les recherches en santé publique, et les ouvrir aux approches de santé communautaire

S' agissant plus particulièrement de la recherche en éducation pour la santé, les conditions minimales pour des avancées significatives résideraient :

- dans la constitution d'un conseil scientifique de l'I.N.P.E.S de très bon niveau, largement ouvert à des chercheurs en sciences humaines ;
- dans le développement, même modeste, de formations doctorantes ou de masters en promotion de la santé ;
- dans l'établissement de véritables formules de coopération entre les diverses institutions de recherche, notamment I.N.S.E.R.M., C.N.R.S., M.I.R.E. II
- conviendrait de multiplier des procédures d'appels d'offres conjoints, sur des sujets tels que les approches communautaires de la promotion de la santé,
- l'évaluation des résultats en matière d'E.P.S.

5.7 Sécuriser les opérateurs de l'éducation pour la santé

Dans un paysage caractérisé par un fort éparpillement et une situation de précarité administrative et financière forte (particulièrement des opérateurs associatifs) pesant négativement sur la professionnalisation du secteur, la mission recommande de :

5.7.1 *Donner un contenu à la procédure d'accréditation des opérateurs prévue par la loi sur les droits des malades :*

En retenant le terme d'accréditation, le législateur a sans doute fait preuve d'une ambition excessive, laissant penser qu'il s'agit de mettre en œuvre des procédures identiques à celles gérées par l'ANAES. La mission considère qu'il serait plus réaliste et plus opérationnel de définir une procédure simplifiée d'accréditation ou d'agrément. Quelques critères simples pourraient être utilisés dans ce cadre tels que la présence de responsables ayant bénéficié de formation accréditées ou titulaires de qualification reconnues (tout en ménageant des périodes de transition nécessaires pour la mise en conformité), l'ancrage sur le terrain (insertion dans un milieu, participation à des réseaux, adossement à une collectivité locale, une caisse ou une mutuelle) et la capacité à produire de l'expertise pour conduire une étude d'impact ou un processus d'évaluation.

5.7.2 *Assurer un minimum de sécurité de gestion aux opérateurs :*

La mission recommande que les opérateurs à vocation généraliste de type CRES ou CODES se voient assurés, par voie de conventions pluri-annuelles (rappelées dans la circulaire du 24/12/2002) garantissant une certaine pérennité, les moyens de fonctionnement nécessaires à la coordination de l'équipe et à l'élaboration de projets. A ce titre, la rémunération de la direction et une participation forfaitisée aux frais d'administration générale et de fonctionnement (veille documentaire et réglementaire, etc...) de la structure devraient faire l'objet d'un financement non lié à un programme spécifique d'intervention.

5.8 Clarifier les modalités de pilotage et d'animation du réseau

Face à un déficit manifeste de cohérence dans le pilotage des politiques de prévention, déficit qui en obère la montée en puissance et la professionnalisation, la mission considère comme indispensable que soient réglées les interrogations suivantes :

5.8.1 *Choisir un pilote politique -et un seul- au niveau de la région :*

Plusieurs hypothèses de pilotage sont envisageables pour améliorer la cohérence des politiques de prévention.

Faut-il le confier à une DRASS renforcée et dotée des moyens suffisants pour accomplir cette mission, dans une optique de maintien de la prévention dans le champ de l'Etat mais dans un schéma accentué de déconcentration privilégiant la capacité d'arbitrage entre des légitimités diverses et susceptibles d'entrer en contradiction ?

Faut-il jouer, au contraire, la décentralisation et confier cette responsabilité aux conseils régionaux qui devront, alors, se doter des moyens humains et administratifs

appropriés ou bien négocier avec les DRASS actuelles ou les futures agences devenues les unes et les autres des structures de simple instruction technique des dossiers et des décisions à prendre ?

Faut-il, à l'instar du regroupement opéré dans le cadre des URCAM, ajouter l'Etat comme partenaire supplémentaire dans l'optique d'un partenariat interinstitutionnel plus puissant ?

Actuellement à l'étude, la création des agences régionales de santé apporte également une solution possible sans que l'on en connaisse les contours précis. Cette solution aurait sa justification si l'on privilégie la nécessité d'entraîner et de mobiliser les établissements et les professionnels de santé dans le développement de la prévention. A l'inverse, elle présente le risque d'une certaine dilution des actions de prévention dans un mandat institutionnel plus large, soumis à de fortes contraintes en matière de restructuration de l'offre de soins et de concertation avec les professionnels.

En tout état de cause, la mission considère qu'il est important de trancher et, ainsi, d'affirmer fortement l'unicité du pilotage. Quelle que soit la solution retenue, l'instance de pilotage devra pouvoir s'appuyer sur un comité technique régional unifié regroupant les divers financeurs, des représentants des opérateurs et des professionnels, dans la ligne de ce qui a été esquissé dans plusieurs régions pour la préparation et le suivi des PRAPS. Tout en laissant une large marge de manœuvre aux partenaires locaux, la composition de cette instance technique devra être modulée en fonction du scénario retenu.

5.8.2 Régler la question des délégations régionales de l'INPES et de l'animation du réseau

Deux considérations paraissent prioritaires en la matière.

D'abord, il convient d'éviter de multiplier les acteurs et les décideurs locaux à l'envi dans un contexte déjà marqué par son éclatement. A cet égard, la création de délégués régionaux de l'INPES porte en germe un risque d'accroissement de ce morcellement.

Ensuite, l'animation du réseau de l'éducation pour la santé ne passe pas nécessairement par un modèle d'intégration verticale reposant sur une ligne hiérarchique incarnée par des délégués eux-mêmes soumis à un rapport hiérarchique direct avec l'INPES. Là encore, cette question est à mettre en perspective avec les choix faits en matière de pilotage régional.

Dans un premier stade –et en attente de mesures de restructuration plus radicales- la position la plus pragmatique pourrait être de ne pas créer les délégués régionaux de l'INPES si le rôle prééminent des DRASS doit être réaffirmé en matière de coordination et d'impulsion des actions de terrain. La mise en place de délégués régionaux d'établissements publics nationaux pose toujours des problèmes d'articulation avec les compétences des services déconcentrés de l'Etat. Par ailleurs, il conviendrait d'éviter, dans le schéma de mise en place de délégations régionales de l'INPES, l'étanchéité des enveloppes budgétaires déconcentrées de DRASS, des crédits régionaux de promotion de la santé et des lignes propres à l'INPES. Enfin, cette réorganisation de l'action territoriale de l'INPES ne devra pas négliger la question de la recherche et de la collecte des informations. En particulier, il s'agira de garantir la

nécessaire cohérence des dispositifs de collecte de données, s'assurant par là même de leur comparabilité inter-régionale.

Si la prééminence revenait à l'ARS ou bien au Conseil régional, la nécessité pour un établissement public national comme l'INPES de disposer de relais de proximité plus sensibles à des directives ou des priorités nationales serait sans doute plus forte. Dans ce cas, les délégués de l'INPES pourraient trouver un sens et une place sans pour autant être des salariés permanents de l'institution. Cette fonction pourrait être exercée par des cadres supérieurs des DRASS (médecins inspecteurs régionaux par exemple) ou des personnalité marquantes et reconnues du réseau, reprenant ainsi les modalités de construction des délégués aux droits des femmes.

5.9 Adapter les modes de rémunération des professionnels de santé libéraux

La rémunération à l'acte ne permet pas de répondre de façon satisfaisante à ce problème, en particulier quand il s'agit de rémunérer la participation à une action collective de prévention.

On peut rappeler que la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie a inséré dans le code de la sécurité sociale de nouvelles dispositions selon lesquelles les professionnels de santé conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique ouvrant droit à une rémunération forfaitaire et comportant des engagements des professionnels relatifs à leur participation à des actions de coordination des soins, notamment à des réseaux de soins.

La mission suggère de multiplier les expériences en cours de rémunération à la capitation ou au forfait, de procéder à leur évaluation et, à partir de ces constats, de relancer les négociations sur le sujet avec les professionnels de santé.

En ce sens, le décret et les circulaires DHOS et CNAM concernant le financement des réseaux ouvrent des perspectives et des opportunités qu'il conviendra de saisir tant au niveau du terrain que dans les instances régionales diverses.

Jean-PAUL BASTIANELLI

Michel THIERRY

Marc DUPONT

ANNEXES

Liste des annexes

- Annexe 1** Liste des personnes rencontrées
- Annexe 2** Dénombrement des métiers de la prévention
- Annexe 3** Rapport SANDRIN-BERTHON
- Annexe 4** Tableau résumé des éléments ou des modules de formation à la promotion de la santé dans les fonctions paramédicales et sociales
- Annexe 5** Formations en santé publique répertoriées sur le site Internet de la Société française de santé publique
- Annexe 6** Référentiels de compétence aux Etats-Unis (tableau de synthèse)
- Annexe 7** Référents santé dans les missions locales (mission locale Rhône-Sud Est)

Annexe 1
Liste des personnes rencontrées ou entendues

- **Professeur Lucien ABENHAIM**, directeur général de la santé (DGS)
 - **Docteur Yves COCQUIN**, chef de service à la DGS
 - **Docteur Bernard BASSET**, sous-directeur à la DGS et ses collaborateurs
-
- **M. Philippe LAMOUREUX**, directeur général de l'INPES
 - **Mme SANDRIN-BERTHON**, chef de service à l'INPES
 - **Mme Bernadette ROUSSILLE**, ancienne directrice générale du CFES
-
- **Mme Any KRYNEN**, chef du service santé publique à la Mutualité française
 - **M. CHAUR**, directrice de la prévention à la CNAMTS
 - **Docteur Daniel OBERLE**, délégué général de la Société française de santé publique
 - **Professeur MAUGUIERE**, président du Comité de coordination des études médicales
-
- **M. J.F. BENEVISE**, directeur régional des affaires sanitaires et sociales Rhône-Alpes et ses collaborateurs
 - **M. J.M. LAGRANGE**, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du Rhône
 - **Docteur GENOUD**, médecin inspecteur de santé publique (DDASS du Rhône)
 - **M. MAUTIE**, ingénieur d'études sanitaires (DDASS du Rhône)
-
- **Mme Carole RINGOD**, chargée de mission santé au Conseil régional Rhône Alpes
 - **Docteur Maryse VAUCANSON**, responsable du service Santé publique et PMI du Conseil général du Rhône
-
- **M. Jacques KINER**, directeur de la CRAM Rhône Alpes et ses collaborateurs
 - **M. Georges DORME**, directeur de l'URCAM Rhône Alpes et ses collaborateurs
 - **Mme Mireille GILQUIN**, chef du service prévention CPAM de Lyon
-
- **Docteur Jacques CATON**, président de l'UPMLRA (URML Rhône-Alpes)
 - **Docteur Olivier GUYE**, directeur de l'ORS Rhône-Alpes
 - **Professeur Jacques FABRY**, président du CRIPS-CRAES et directeur du laboratoire d'épidémiologie LYON II
 - **M. Claude BOUCHET**, directeur du CRIPS CRAES
 - **M. Alain DOUILLER**, directeur de l'ADES du Rhône
 - **M. Patrick DESSEZ**, directeur du CNDT
 - **M. Jean François VALETTE**, directeur de AIDES Alcool Lyon
-
- **M. Denis REQUILLARD**, coordonnateur régional prévention de l'Union régionale mutualiste
 - **M. Daniel DURANTON**, Mutualité du Rhône
-
- **Docteur Cécile COUCHOUD**, direction de la stratégie Hospices civils de Lyon

- **Docteur Iris OLLIER**, chef de la mission santé Inspection académique du Rhône et ses collaboratrices
- **Mme Muriel BERAUD**, coordinatrice départementale des correspondants santé des missions locales du Rhône
- **Mme Nicole SALLET**, directrice de l'Ecole Rockefeller et ses collaboratrices
- **Docteur Frédérique GUERRIER-SAGNE**, directrice du service santé et hygiène de la ville de Villeurbanne
- **Mme Carmen SANCHEZ**, directrice de l'Espace Solidarité Ville de Saint Fons
- **M. Christophe POROT**, Espace Solidarité Ville de Saint Fons

- **Mme Ruth FERRY**, directrice de l'ORS Ile de France
- **M. Jean-Claude POIRIER**, directeur adjoint à la CRAMIF
- **Docteur Stéphane TEISSIER**, directeur du CRESIF

- **Mme Béatrice DE RIES**, sociologue Economie et Humanisme, Lyon
- **M. Laurent VISIER**, sociologue, Maître de conférence des universités, responsable du département de sciences humaines, faculté de médecine de Montpellier

Annexe 2
Dénombrement des métiers de la prévention

MEDECINS

CATEGORIES	TOTAL	DEDIES	PARTAGES	EMERGENTS	OBSERVATIONS	
Médecins libéraux	118 100					
Dont						
Généralistes	67 400		67 400			
Spécialistes	50 700		50 700			
Médecins salariés hospitaliers	56 000					
Dont						
Généralistes	15 400		15 400			
Spécialistes	40 600		40 600			
Médecins salariés non hospitaliers	21 900					
Dont						
Généralistes	13 400					
Spécialistes	8 500					
Dont						
Médecins de l'Education Nationale	2 105	2105			Autre manière de répartir les médecins salariés non hospitaliers , selon les structures, employeurs ou institutions. Les sources étant différentes, certains totaux peuvent ne pas coïncider.	
MISP, COTOREP, ESB	591	591				
MIRTMO	53	53				
Médecins du travail	6 500	6500				
Médecins collectivités territoriales	9 658	4 636	4 349			
Médecins conseil SS	1 934	1 934				
Médecins SS	592		592			
Sous Total	21 433	15 819	4 941			
TOTAUX						
Médecins libéraux	118 100		118 100			
Médecins salariés hospitaliers	56 000		56 000			
Médecins salariés non hospitaliers	21 900	15 819	6 081			
Total général	196 000	15 819	180 181	0		
% (arrondi)	100%	8%	92%	0%		

Sources : DRESS : évaluation du nombre de médecins en 2001 (Etudes et Résultats n°161 mars 2002) + divers

PHARMACIENS

CATEGORIES	TOTAL	DEDIES	PARTAGES	EMERGENTS	OBSERVATIONS
Pharmaciens	61 980				
Dont					
Pharmaciens santé publique et ESB	144	144			
Pharmacien conseil SS	154	154			
Pharmaciens SS	16		16		
Pharmaciens d'officine	26 800		26 800		
Pharmaciens assistants	22 220		22 220		
Pharmaciens hospitaliers	3 660		3 660		
Pharmaciens mutualistes	140		140		
Pharmaciens biologistes	7 600		7 600		
Autres	1 230				Fabricants, grossistes – répartiteurs
TOTAL	61 980	298	60 452	0	
% (arrondi)	100%	0,5%	99,5%	0%	

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000 + divers

AUTRES PROFESSIONS MEDICALES ET ASSIMILEES

CATEGORIES	TOTAL	DEDIES	PARTAGES	EMERGENTS	OBSERVATIONS
Chirurgiens- dentistes	40 540				
Dont					
Chirurgien dentiste			40 151		
Chirurgien dentiste conseil SS		320			
Chirurgien dentiste SS			69		
TOTAL	40 540	320	40 220	0	
% (arrondi)	100%	0,8%	99,2%	0%	
Sages femmes	14 350				
Dont					
Etablissements de santé publics	7 040		7 040		
Etablissements de santé privés	3 350		3 350		
Collectivités territoriales	833	776	43		
Organismes de SS	30		30		
Libérales ou autres	3 097		3097		
TOTAL	14 350	776	13 560	0	
% (arrondi)	100%	5,4%	94,6%	0%	
Psychologues	NC				
Dont					
Organismes de SS	230	30	200		
Etablissement de santé publics	5 860		5 860		
Etablissements de santé privés	1 650		1 650		
Collectivités territoriales	2 663	1 480	1 115		
Libéraux	NC				
TOTAL	10 335	1 510	8 825	0	

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000 + divers

NC : non connu

INFIRMIERES

CATEGORIES	TOTAL	DEDIES	PARTAGES	EMERGENTS	OBSERVATIONS
Infirmières (DE + psychiatrie)	383 000				
Dont					
Infirmières libérales	57 100				
Infirmières salariées	325 900				
Dont					
Infirmières EN	6 367	6 367			Autre manière de répartir les infirmières salariées , selon les structures, employeurs ou institutions
Infirmières du travail	5 250	5 250			
Infirm. Services déconcentrés Santé	95		95		
Infirmières organismes de SS	1 935		1 935		
Infirmières collectivités territoriales	8 159	2 461	5 225		
Infirmières dans établissements de santé privés	64 300		64 300		
Infirmières dans établissements de santé publics	187 300		187 300		
Autres	60 453		55 750		
TOTAUX					
Infirmières libérales	57 100		57 100		
Infirmières salariées établissements de santé	251 600		251 600		
Infirmières salariées non établissements de santé	74 300	14 078	60 222		
TOTAL GENERAL	383 000	14 078	368 922	0	
% (arrondi)		3,7%	96,3%	0	

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000 + divers

AUTRES PARAMEDICAUX ET SOCIAUX, ADMINISTRATIFS ET DIVERS

CATEGORIES	TOTAL	DEDIES	PARTAGES	EMERGENTS	OBSERVATIONS
Kinésithérapeutes	52 056				
Dont Organismes de SS	676		676		
Dont Collectivité territoriales	1 535		1 486		
Orthophonistes	13 483				
Dont Organismes de SS	96		96		
Psychomotriciens	4 588				
Dont Organismes de SS	60		60		
Ergothérapeutes	3 888				
Dont Organismes de SS	218		218		
Diététiciens	NC				
Dont Organismes de SS	72		72		
Personnels médico-techniques	NC				
Dont organismes de SS	29	29			
Dont Etablissements de santé	44 595		44 595		
Puéricultrices	NC				
Dont Collectivités Territoriales	7488	3 857	3 509		
Auxiliaires de puériculture	NC				
Dont Collectivités Territoriales	23 549	3 445	19 638		
Coordonnatrice de crèche	NC				
Dont Collectivités Territoriales	545		453		
Ass. Mater. Domicile	NC				
Dont Collectivités Territoriales	57 512		56 218		
Aides soignantes et auxiliaires de soins	NC				
Dont Etablissements de santé	211 747		211 747		
Dont Collectivités Territoriales	11 085		2 121		
Secrétaires médicales	NC				
Dont Education Nationale	1100	1100			
Personnels ATOS de l'EN	306 150		306 150		
Enseignants publics et privés (primaire et secondaire)	989 600		989 600		
Conseillers sportifs	NC				
Dont Collectivités Territoriales	651		593		
Educateurs sportifs	NC				
Dont Collectivités Territoriales	13 068		11 592		
Opérateurs sportifs	NC				
Dont Collectivités Territoriales	3 829		3 120		
Conseil.socio-éducatif	NC				
Dont Collectivités Territoriales	4 188		3 979		
Assist.socio-éducatif	NC				
Dont Collectivités Territoriales	27 852		27 138		
Educat.jeunes enfants	NC				
Dont Collectivités Territoriales	7 061		6 691		

Moniteurs-éducateurs	NC				
Dont Collectivités Territoriales	3 638		3 498		
Agent écoles mater.	NC				
Dont Collectivités Territoriales	61 944		58 299		
Assistants et conseillers techniques de services social	NC				
Dont Services déconcentrés santé	404		404		
Dont Education nationale	3125		3125		
Personnels éducatifs et sociaux	NC				
Dont Etablissements de santé	12 968		12 968		
Agents sociaux	NC				
Dont Collectivités Territoriales	35 145		28 705		

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000 + divers

NC : non connu

AUTRES PERSONNELS TECHNIQUES

CATEGORIES	TOTAL	DEDIES	PARTAGES	EMERGENTS	OBSERVATIONS
Ingénieurs et chercheurs INRS	NC	640			
Ingénieurs sanitaires Etat + ESB	448	448			
Techniciens et adjoints sanitaires Etat	1025	1 025			
Ingénieurs conseils sécurité SS	NC	282			
Contrôleurs et animateurs prévention des risques professionnels SS	NC	595			
TOTAL	NC	2 990			

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000 + divers

NC : non connu

RECAPITULATIF

CATEGORIES	TOTAL	DEDIES	PARTAGES	EMERGENTS	OBSERVATIONS
Médecins	196 000	15 819	180 181	0	
% (arrondi)	100%	8%	2%	0%	
Pharmaciens	61 980	298	60 452	0	
% (arrondi)	100%	0,5%	99,5%	0%	
Chirurgiens – dentistes	40 540	320	40 220	0	
% (arrondi)	100%	0,8%	99,2%	0%	
Sages-femmes	14 350	776	13 560	0	
% (arrondi)	100%	5,4%	94,6%	0%	
Psychologues	NC	1 510	8 825	0	
Infirmières	383 000	14 078	368 952	0	
% (arrondi)		3,7%	96,3%	0	
Kinésithérapeutes	52 056		2 162		
Orthophonistes	13 483		96		
Psychomotriciens	4 588		60		
Ergothérapeutes	3 888		218		
Diététiciens	NC		72		
Personnels médico-techniques	NC	29	44 595		
Puéricultrices	NC	3 857	3 509		
Auxiliaires de puériculture	NC	3 445	19 638		
Coordonnatrice de crèche	NC		453		
Ass. Mater. Domicile	NC		56 218		
Auxiliaires de soins	NC		2 121		
Aides soignantes	NC		211 747		
Secrétaires médicales	NC	1 100			
Personnels ATOS de l'EN	306 150		306 150		
Enseignants publics et privés (primaire et secondaire)	989 600		989 600		
Conseillers sportifs	NC		593		
Educateurs sportifs	NC		11 592		
Opérateurs sportifs	NC		3 120		
Conseiller socio-éducatif	NC		3 979		
Assistant socio-éducatif	NC		27 138		
Educateurs de jeunes enfants	NC		6 691		
Moniteurs - éducateurs	NC		3 498		
Agent écoles maternelles	NC		58 299		
Assistants et conseillers techniques de services social	NC		3 529		

Personnels éducatifs et sociaux	NC		12 968		
Agents sociaux	NC		28 705		
Ingénieurs et chercheurs	NC	640			
Ingénieurs sanitaires	448	448			
Techniciens et adjoints sanitaires	1 025	1025			
Ingénieurs conseils sécurité	NC	282			
Contrôleurs et animateurs prévention des risques prof	NC	595			
Educateurs pour la santé	NC	483			
		43 929	2 451 266		

Sources : DRESS : Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 2000 + divers

NC : non connu

Annexe 3
Rapport SANDRIN-BERTHON

**Education pour la santé, éducation thérapeutique :
quelles formations en France ?**

Etat des lieux et recommandations

Rapport établi à la demande de Monsieur Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé,
par Madame Brigitte Sandrin Berthon

Mars 2002

Présentation générale

Le contexte de la mission

Le Plan national d'éducation pour la santé, annoncé le 28 février 2001 en Conseil des Ministres par Monsieur Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé, comporte un volet relatif au développement de la formation :

- Les professionnels de santé, les enseignants et les travailleurs sociaux doivent bénéficier, au cours de leur formation initiale, d'un enseignement de base en éducation pour la santé, y compris en éducation thérapeutique s'ils se destinent à une profession soignante.
- Des formations plus approfondies doivent leur être accessibles dans le cadre des dispositifs de formation continue spécifiques à chaque profession et dans le cadre universitaire.

Deux niveaux de formation sont décrits dans le plan. A l'issue d'une formation de premier niveau (80 à 100 heures), les professionnels doivent être capables de mettre en œuvre des activités d'éducation pour la santé. A l'issue d'une formation de deuxième niveau (du type d'un DESS), ils doivent être capables de concevoir, coordonner et évaluer des programmes ainsi que de former d'autres professionnels.

En juillet 2001, le Ministre a demandé qu'un état des lieux des formations soit établi et que des recommandations soient formulées pour favoriser leur développement¹.

Les travaux antérieurs

Cette mission s'inscrit dans le prolongement de réflexions et de travaux engagés en France depuis une quinzaine d'années, en particulier :

- Les colloques organisés par l'Ecole nationale de la santé publique et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en janvier 1989 et en juin 1999 sur le thème « Former en éducation pour la santé ».
- Les dossiers techniques publiés en 1998 et en 2000 par le CFES :
 - o « Développer la formation en éducation pour la santé : objectifs et stratégies »
 - o « Formations en éducation pour la santé : repères pratiques, éthiques, méthodologiques et pédagogiques »
- Les conclusions d'un groupe de travail réuni par la Direction générale de la santé en 1999, autour de l'éducation du patient.
- La diffusion, en 1999, de la version française des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relatives à « l'éducation thérapeutique du patient » et à « la formation continue des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques ».

¹ Lettre de mission en annexe 1.

Tous ces travaux ont délimité le champ des investigations et orienté la rédaction du présent rapport. Dans l'état des lieux, on s'est efforcé d'actualiser les données précédemment recensées (par exemple les formations universitaires) et de recueillir des informations dans les secteurs jusque-là peu explorés (par exemple la formation initiale des professionnels de santé). En analysant des situations précises de formation, on s'est appliqué à rédiger des recommandations opérationnelles qui respectent les orientations fixées par les travaux antérieurs.

Le contenu du rapport

Le présent rapport rend compte du travail effectué depuis juillet 2001 :

- Mise en évidence de la place occupée par l'éducation pour la santé dans les programmes officiels de formation initiale des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmières et enseignants.
- Recueil des possibilités de formation continue offertes à ces mêmes professionnels.
- Recherche d'études ou de rapports déjà publiés sur ces questions.
- Etude des formations spécialisées, universitaires ou non, en promotion de la santé, éducation pour la santé ou éducation thérapeutique et de l'implication de l'Ecole nationale de la santé publique dans ces domaines.
- Entretien approfondi avec plusieurs enseignants de formation initiale ou continue, universitaires ou non, ayant déjà conçu, mis en œuvre ou évalué des formations de différents niveaux en éducation pour la santé ou spécifiquement en éducation thérapeutique. Il leur a été demandé de décrire et d'analyser leur expérience puis de proposer des recommandations visant à promouvoir au plan national ce type de formations.

La durée de la mission n'a pas permis de réaliser une enquête systématique auprès de tous les établissements et organismes de formation ni de recueillir l'avis de tous les professionnels impliqués dans ce domaine. Le choix a été fait d'étudier en profondeur quelques expériences innovantes. L'état des lieux n'est donc pas exhaustif mais il met en évidence :

- ce qu'il est possible de faire dans le cadre actuel des dispositifs de formation,
- les mesures concrètes ou les initiatives qui faciliteraient le développement des formations en éducation pour la santé.

Un chapitre est consacré à chaque profession étudiée. Les trois derniers chapitres sont respectivement consacrés aux formations spécialisées universitaires, non universitaires et à l'Ecole nationale de la santé publique. Des recommandations sont formulées à l'issue de chaque chapitre.

En préalable, il a paru indispensable de présenter les principes généraux que devrait respecter toute formation en éducation pour la santé, autrement dit de tracer les lignes directrices d'un cahier des charges qui garantirait la qualité de telles formations.

Contributions

Monsieur Frédéric Tissot a supervisé cette mission, pour le compte du Ministre délégué à la Santé.

Messieurs Bernard Basset (Direction générale de la santé) et Michel Dépinoy (Comité français d'éducation pour la santé) ont facilité sa mise en œuvre.

Madame Christine Ferron, chargée de développer la formation et la recherche au Comité français d'éducation pour la santé, a effectué une lecture critique de ce rapport avant sa rédaction définitive.

La liste de toutes les personnes consultées pour la réalisation de ce travail figure en annexe, de même que la signification des sigles utilisés au fil des pages.

Remarque

La lettre de mission prévoyait aussi un premier cadrage de la collection de guides d'éducation pour la santé annoncée dans le Plan national. Ce travail aurait nécessité la collaboration de plusieurs personnes du CFES qui n'avaient pas la disponibilité nécessaire pendant la période allouée à la mission. Il a donc été convenu entre le Cabinet ministériel, la Direction générale de la santé et le CFES de consacrer toute la mission aux formations en éducation pour la santé.

Sommaire

Introduction	p. 6
Les médecins	p. 15
Les pharmaciens	p. 25
Les chirurgiens dentistes	p. 33
Les infirmières	p. 40
Les enseignants	p. 48
Les formations spécialisées universitaires	p. 57
Les formations spécialisées non universitaires	p. 71
L'Ecole nationale de la santé publique	p. 76
Conclusion et annexes	p. 80

Introduction

La promotion de la santé

L'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique

Les principes d'une formation en éducation pour la santé

Une démarche

Des contenus

Des niveaux différents

Recommandations générales

La promotion de la santé

Selon les rapports sur la santé en France, publiés depuis 1994 par le Haut Comité de la santé publique, et selon les recommandations des Conférences nationales et régionales de santé, la politique de santé publique doit prioritairement s'attacher à :

- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
- améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie chronique,
- prévenir les comportements et consommations à risques.

Dans ce contexte, il apparaît que le système de soins, malgré ses remarquables prouesses techniques, ne peut contribuer seul à l'amélioration de la santé de la population. Il n'intervient ni sur les conditions socio-économiques ni sur l'environnement et n'exerce qu'une influence très modérée sur les habitudes de vie ou les comportements.

L'Organisation mondiale de la santé a donc recommandé² que toute politique de santé publique s'inscrive dans une véritable démarche de promotion de la santé, que l'on peut résumer ainsi :

- veiller à la mise en œuvre, dans **tous les secteurs de la vie publique**, de mesures respectueuses de la santé notamment en matière de législation, de fiscalité et d'organisation des services,
- créer des environnements, des **conditions de vie et de travail** exerçant une influence positive sur la santé,
- renforcer la **démocratie sanitaire**, c'est-à-dire la possibilité pour les individus et les groupes de participer aux décisions qui concernent la santé publique et donc leur propre santé,
- développer l'**éducation pour la santé** de tous les citoyens, quels que soient leur âge et leur état de santé,
- réorienter les **services de santé** pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes en matière de santé, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat avec les autres secteurs concernés par la promotion de la santé.

L'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique

Composante de la promotion de la santé et de l'éducation générale, l'éducation pour la santé ne dissocie pas les dimensions biologique, psychologique, sociale et culturelle de la santé.

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. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle aussi tous ceux qui, par leur

² Organisation mondiale de la santé, Charte d'Ottawa, 1986.

profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, à travers les décisions qu'ils prennent ou les conduites qu'ils adoptent.

En privilégiant toujours une approche globale des questions de santé, elle utilise des portes d'entrée variées :

- des thèmes particuliers (la nutrition, le tabac, le sida...),
- des catégories de population (les jeunes, les personnes en situation de précarité...),
- des lieux de vie (l'école, l'hôpital, l'entreprise...).

Construite à partir de l'identification et de la prise en compte des représentations, des croyances, des compétences préalables et des attentes de la population, la démarche éducative encourage et organise le débat entre les usagers et les professionnels du système de santé ou du système socio-éducatif. Elle permet à chacun de s'y impliquer et de faire les choix qui lui paraissent judicieux. Elle favorise ainsi l'autonomie et la participation des citoyens et donc le développement de la démocratie sanitaire.

L'éducation thérapeutique fait partie de l'éducation pour la santé. Elle s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soins et à leur entourage. Elle est intégrée aux soins et mise en œuvre par les différents professionnels de santé exerçant en ville ou à l'hôpital. Elle aide notamment les personnes atteintes d'une pathologie telle que le diabète, l'épilepsie, l'asthme ou le cancer à assumer au quotidien leur maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale, à gérer leur traitement, à prévenir les complications et les rechutes. Elle concerne également les personnes qui présentent certains facteurs de risque comme l'hypertension artérielle. Elle est aussi mise en œuvre dans des situations telles que la maternité ou la préparation à l'accouchement.

Les principes d'une formation en éducation pour la santé

Ces définitions, extraites du Plan national d'éducation pour la santé, laissent percevoir qu'il n'est pas anodin de vouloir introduire l'éducation pour la santé dans la formation des professionnels. **Il ne peut s'agir d'ajouter simplement un cours à la liste des enseignements prévus dans les programmes.** L'éducation pour la santé, quand elle se réfère à la Charte d'Ottawa, bouscule la conception bio-médicale de la santé, traditionnellement fondement du système de soins et de la formation des soignants. Elle provoque une remise en question des relations entre les professionnels et les usagers des services de santé, et par extension, entre les formateurs et les apprenants.

Une démarche

Il est indispensable, pour enseigner l'éducation pour la santé, de **suivre une démarche pédagogique analogue à celle que l'on recommande aux professionnels d'adopter vis-à-vis de la population avec laquelle ils travaillent.** « Le modèle éducatif mis en œuvre par les

acteurs de l'éducation pour la santé sera en effet élaboré sur le modèle de la formation qu'ils auront reçue. »³

Le **processus de formation** en éducation pour la santé se déroule à trois niveaux qu'il importe d'articuler et de rendre cohérents : « une réflexion sur les valeurs qui le fondent (niveau **éthique**), son étayage scientifique (niveau **théorique**) et son utilité pratique dans le cadre d'une mise en action de ce qui a été acquis (niveau **méthodologique**) »².

Il débute par une exploration des préoccupations, des représentations et des expériences des participants qui permet de cerner la problématique du groupe en formation. Il se poursuit par des allers-retours entre :

- **ce que les apprenants observent et expérimentent** en situation réelle (dans les stages quand il s'agit d'étudiants),
- **les informations qu'ils recherchent** auprès de personnes ressources et dans la documentation,
- **les échanges avec leurs pairs et avec leurs formateurs** qui leur permettent de faire l'analyse, la synthèse et l'évaluation de leurs acquisitions.

Les **sujets en formation** construisent ainsi leurs apprentissages, modifient progressivement leurs représentations et développent leurs compétences. Le **formateur** garantit le bon déroulement du processus, il accompagne la démarche des étudiants. Des **experts** peuvent être sollicités à certains moments pour faire bénéficier le groupe d'un apport théorique ou méthodologique particulier. Des **témoins** peuvent aussi être invités à partager leur expérience avec les étudiants, par exemple des représentants d'associations de patients.⁴

Les **procédures d'évaluation** doivent bien sûr être en cohérence avec les modalités d'enseignement et d'apprentissage. Si la validation des acquis repose sur un simple contrôle final des connaissances, les étudiants s'entraînent à mémoriser des informations mais n'adoptent pas une attitude participative pendant la formation. Ils n'apprennent pas à écouter, à réfléchir, à se questionner, à rechercher l'information, à travailler en groupe. Ils n'exercent ni leur esprit critique ni leurs capacités d'analyse et de synthèse. Autant de compétences indispensables à l'exercice de l'éducation pour la santé.

La démarche de formation, rapidement décrite ici, paraît bien éloigné des méthodes traditionnellement utilisées en France dans les instituts de formation et les universités. Pourtant, on verra dans la suite de ce rapport que des enseignants réussissent à mettre en place un tel processus, et pas seulement pour enseigner l'éducation pour la santé.

³ Ferron C, *Développer la formation en éducation pour la santé*. Editions CFES, Dossiers techniques (1998), 72 p.

⁴ Barthélémy L, Cloart L, Ferron C, Goudet B, Lapostolle-Dangréaux C, Le Grand E, Perrot M *Formations en éducation pour la santé. Repères pratiques, éthiques, méthodologiques et pédagogiques*. Editions CFES, Dossiers techniques (2000), 54 p.

Des contenus

Les documents publiés par l'OMS⁵ et le CFES^{2,3} ainsi que les programmes des formations spécialisées, insistent sur la **diversité des compétences** que l'on attend d'une personne qualifiée en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique. Celle-ci doit notamment savoir :

- situer son action dans une politique globale de promotion de la santé,
- analyser le contexte institutionnel dans lequel elle intervient, comprendre les différentes logiques en présence,
- planifier des programmes d'actions,
- prendre en considération les caractéristiques physiologiques, psychologiques, sociales et culturelles des personnes auprès desquelles elle travaille,
- choisir, utiliser, parfois concevoir des méthodes et des outils pédagogiques adaptés au public et à au cadre de son intervention,
- s'exprimer clairement à l'oral et à l'écrit, utiliser différents canaux de communication,
- travailler en partenariat avec d'autres professionnels,
- évaluer les effets de l'éducation, au plan pédagogique et au plan sanitaire,
- etc.

La formation en éducation pour la santé repose donc sur un grand nombre de disciplines : la santé publique, les sciences sanitaires et sociales, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, les sciences de l'éducation et de la communication. Cette caractéristique a deux conséquences majeures. D'une part, les équipes de formateurs doivent refléter cette pluridisciplinarité. D'autre part, les programmes d'enseignement doivent prévoir des temps et des modalités d'intégration des différentes disciplines. L'étudiant doit pouvoir construire l'objet de son apprentissage à partir des apports spécifiques de chaque matière enseignée. **On ne peut se satisfaire d'une simple juxtaposition des disciplines.**

Des niveaux différents

Il existe bien sûr différents niveaux de formation : une sensibilisation de quelques heures en formation initiale n'a pas grand chose de commun avec un cursus universitaire aboutissant à la soutenance d'une thèse de doctorat. Néanmoins il importe d'être attentif à la **cohérence des formations** et de concevoir chaque session dans une logique d'ensemble.

D'une part, cela ne peut que faciliter le partenariat entre des professionnels qui viennent d'horizons très divers. D'autre part, compte tenu de la multiplicité des compétences à acquérir, la formation se fait en plusieurs étapes, à différents moments de la vie professionnelle, à travers des cursus très personnalisés. Il faut donc tracer un cadre, établir des référentiels pour que chacun, enseignant ou apprenant, puisse à tout moment situer sa position et sa progression dans le processus de formation.

⁵ Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe *Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Copenhague, (1998), 88 p.

Le Plan national d'éducation pour la santé a validé le principe de deux niveaux de formation en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique, suivant en cela les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et du Comité français d'éducation pour la santé.

A l'issue d'une formation de premier niveau, les professionnels doivent être capables de pratiquer l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique dans leur activité quotidienne. A l'issue d'une formation de deuxième niveau, ils doivent être capables de concevoir, coordonner et évaluer des programmes, de former d'autres professionnels et de mener des activités de recherche.

Dans le domaine de l'éducation thérapeutique, l'OMS parle de « formation fondamentale » et de « formation avancée ». Dans la même logique, le CFES et le réseau des Comités régionaux et départementaux se réfèrent à deux catégories de professionnels en éducation pour la santé, correspondant à deux niveaux de compétences : les « chargés de projet » et les « conseillers méthodologiques ».

Recommandations générales

1- Créer un dispositif d'accréditation des formations.

Comme le montre la suite de ce rapport, il existe plusieurs formations qui proposent aux étudiants d'atteindre l'un ou l'autre des niveaux de compétences prévus dans le Plan national d'éducation pour la santé. Il faut donc rédiger des référentiels de formation qui serviront de base à l'accréditation.

2- Mettre en place une procédure de validation des acquis de l'expérience.

Bon nombre de professionnels pratiquent l'éducation pour la santé depuis plusieurs années. Ils conçoivent, mettent en œuvre et évaluent des programmes. Certains assument des fonctions d'encadrement, de formation ou de conseil méthodologique. Ils ont suivi des études et des parcours professionnels variés. Ils doivent bénéficier des possibilités offertes par la Loi de modernisation sociale en matière de validation des acquis de l'expérience. Il faut donc inscrire au Répertoire national des certifications professionnelles les diplômes, titres ou certificats de qualification en éducation pour la santé et constituer un jury de validation.

3- Utiliser un dispositif transitoire de reconnaissance des formations et de l'expérience professionnelle.

Les activités d'éducation thérapeutique auprès de groupes de patients asthmatiques ou diabétiques seront prochainement financées par l'Assurance-maladie, à condition qu'au moins un membre de l'équipe soignante ait suivi une formation de premier niveau. Le délai de mise en place des dispositifs d'accréditation des formations et de validation des acquis ne doit pas retarder l'application de cette mesure. Il faut donc imaginer une procédure simple et transitoire pour reconnaître les compétences des professionnels déjà formés, expérimentés et qui pratiquent régulièrement l'éducation thérapeutique. Un groupe de travail restreint réunissant la Cnamts, le Ministère, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et l'Université pourrait par exemple définir les modalités précises de cette reconnaissance.

4- Offrir aux établissements de formation initiale la possibilité d'obtenir un label en éducation pour la santé.

Les démarches pédagogiques mises en œuvre par certains établissements de formation initiale, universitaires ou non, correspondent aux principes d'une formation en éducation pour la santé tels que définis précédemment. Tout l'enseignement s'inscrit dans une logique de promotion de la santé, repose sur une approche pluridisciplinaire des questions de santé, sur une conception partenariale des relations entre les professionnels et les usagers des services de santé et sur un modèle pédagogique centré sur le sujet qui apprend. L'enseignement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, trouve naturellement sa place dans ce cadre.

Le label accordé à ces établissements permettrait aux étudiants d'obtenir, en même temps que leur diplôme (de médecin, d'infirmière, de sage-femme...), un certificat constituant la

première partie d'un diplôme d'éducation pour la santé. Après quelques années d'une pratique professionnelle intégrant l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique et d'éventuelles formations complémentaires, ils pourraient se présenter devant le jury de validation des acquis de l'expérience et obtenir le diplôme complet.

5- Former des formateurs.

Il s'agit d'identifier, parmi les enseignants impliqués dans les formations initiales et continues des différents professionnels, ceux qui sont intéressés par la promotion de la santé, l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique. On leur proposera de participer à des séminaires de formation leur permettant de concevoir ou d'améliorer, dans un cadre interprofessionnel, les sessions de formation qu'ils organisent pour leurs étudiants.

6- Sensibiliser à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique les responsables des différentes administrations concernées.

Les professionnels qui s'emploient à développer ces secteurs doivent bénéficier du soutien de leur hiérarchie. Il est donc indispensable d'aborder ces sujets dans les assemblées des doyens de faculté, des directeurs d'instituts de formation, des inspecteurs d'académie, des directeurs de Drass et de Ddass, etc. ou même d'organiser de courtes sessions de sensibilisation à leur intention.

7- Promouvoir, à tous les niveaux, les formations interprofessionnelles.

Pour favoriser le partenariat (indispensable en promotion de la santé), pour inciter les professionnels et les institutions à travailler en réseau, il faut donner l'habitude aux personnes inscrites dans les différentes filières de travailler ensemble dès la formation initiale et de poursuivre cette collaboration en formation continue. Cette condition doit faire partie des critères d'accréditation des formations.

8- Développer, au niveau régional, une culture commune en éducation pour la santé.

Dans chaque région, de nombreux acteurs politiques, institutionnels, associatifs et professionnels de terrain sont concernés par la promotion de la santé. Il est essentiel qu'ils acquièrent une culture commune en éducation pour la santé, non seulement pour faciliter le partenariat et accroître la cohérence des pratiques mais aussi parce qu'ils contribuent à la formation initiale et continue des professionnels qu'ils accueillent en stage.

Les Conseils régionaux de santé, en s'appuyant notamment sur les délégués régionaux de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, doivent encourager et soutenir l'organisation fréquente de moments d'échanges et de valorisation des pratiques en éducation pour la santé. Cela contribuera à l'interinformation des acteurs.

9- Favoriser le développement de la recherche en éducation pour la santé.

Dans quelque domaine scientifique que ce soit la formation a besoin, pour se développer, des apports de la recherche. Le groupe de travail réuni à l'automne 2000 pour préparer le Plan national d'éducation pour la santé a fait des propositions précises en la matière qu'il s'agit d'approfondir et de mettre en œuvre. Le Conseil scientifique du Comité français d'éducation

pour la santé a d'ores et déjà entrepris un état de lieux. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé devra prolonger ce travail, étoffer son équipe scientifique et accroître sa collaboration avec les équipes universitaires pour animer la recherche en éducation pour la santé et favoriser son développement.

10- Poursuivre le travail entrepris dans le cadre de cette mission.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé devrait poursuivre le travail présenté dans ce rapport. Cela suppose qu'une équipe de plusieurs personnes s'y consacre.

Il faut prioritairement planifier et coordonner la mise en œuvre des recommandations proposées, si elles sont validées par le Ministre. A tous les niveaux, il existe des professionnels qui s'efforcent depuis plusieurs années de développer l'enseignement de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé ou de l'éducation thérapeutique. Ils doivent trouver auprès de l'Institut un soutien à leurs initiatives et être pleinement associés aux groupes de travail et aux comités de pilotage qui seront constitués pour appliquer les recommandations. On tirera aussi d'utiles enseignements des formations universitaires dispensées depuis de nombreuses années dans d'autres pays, notamment européens.

Il faudra secondairement explorer les domaines qui n'ont pas pu l'être faute de temps, en particulier la formation d'autres professionnels médicaux et paramédicaux (sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes, psychologues...) et celle des travailleurs sociaux (assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés...).

Les médecins

Formation initiale

Programme officiel
A la faculté de Brest

Une réforme en profondeur

En premier cycle : les sciences humaines

En deuxième cycle : l'apprentissage par résolution de problèmes réels

En troisième cycle : un apprentissage contextualisé

Formation continue

Contexte
Les formations proposées

Commentaires

A propos de la formation initiale
A propos de la formation continue

Recommandations spécifiques

Formation initiale

Programme officiel

Les études médicales sont organisées en trois cycles. Les deux premiers durent respectivement deux et quatre ans : ils constituent un tronc commun d'études pour tous les futurs médecins. La durée du troisième cycle est variable de trois à cinq ans, en fonction de la spécialité choisie.

Seulement 10 à 15 % des étudiants inscrits en première année sont admis à passer en deuxième année et donc à poursuivre des études médicales.

En **première année** l'enseignement est organisé en six modules de 60 à 90 heures dont cinq sont consacrés aux sciences fondamentales et bio-médicales. Le sixième est un module de **sciences humaines et sociales** dont les épreuves ont un coefficient égal à 20 % de la note globale et, d'après les textes officiels, un caractère rédactionnel. Le programme de ce module s'inscrit dans trois domaines :

- démographie, économie de la santé et organisation des systèmes de santé,
- psychologie, sociologie et anthropologie appliquées à la santé,
- éthique médicale et déontologie.

En **deuxième et troisième années**, les étudiants accomplissent 400 heures de **stages cliniques d'initiation aux fonctions hospitalières**. En plus des enseignements théoriques obligatoires, ils suivent chaque année un **enseignement complémentaire** de 80 à 100 heures qu'ils choisissent au sein d'une liste établie par leur faculté. Les textes officiels citent plusieurs domaines possibles d'enseignement parmi lesquels :

- l'ethnologie, l'anthropologie et la sociologie,
- la philosophie des sciences et l'histoire de la médecine,
- les techniques d'expression et de communication.

Depuis la rentrée universitaire 2001, une réforme du deuxième cycle se met en place dont l'objectif principal est « le décloisonnement de l'enseignement disciplinaire, trop centré sur la maladie au détriment de l'homme malade dans sa globalité ». Cette réforme concerne les **quatrième, cinquième et sixième années d'études**. Au cours de ces années, l'enseignement théorique comporte dorénavant trois parties :

- onze modules transdisciplinaires,
- une partie consacrée aux maladies et grands syndromes (71 sont cités),
- une partie sur l'orientation diagnostique devant certains symptômes (55 sont cités).

« En fin de deuxième cycle, tous les étudiants doivent avoir assimilé :

- l'organisation du système de santé et **une démarche de santé publique**,
- les principaux processus anatomo-physio-pathologiques,
- l'examen somatique et les principaux gestes techniques,
- les pathologies les plus fréquentes, leurs procédures diagnostiques, leurs thérapeutiques et leurs préventions,
- la démarche médicale en fonction de la prévalence, de la gravité et des possibilités thérapeutiques,
- la gestion des urgences les plus fréquentes,

- **la maîtrise des outils de la relation et de la communication.**

Il est tout aussi essentiel que les étudiants soient aptes à informer les patients et leurs familles en termes simples et compréhensibles, pour mieux les associer aux décisions qui les concernent. »

Le premier module transversal s'intitule « L'apprentissage de l'exercice médical ». Il comporte 14 objectifs terminaux, eux-mêmes découpés en plusieurs sous-objectifs. L'un des sous-objectifs est consacré à **la formation du patient atteint de maladie chronique**. Il est ainsi formulé : « élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, de ses croyances ».

Le dernier module transversal est validé par un **Certificat de synthèse clinique et thérapeutique** que les étudiants passent en fin de sixième année.

Pendant ces trois années, les étudiants sont en stage tous les matins à l'hôpital. Ils doivent aussi effectuer un stage d'initiation à la médecine générale auprès d'un médecin généraliste en activité.

D'après la réforme du deuxième cycle, l'étudiant doit aussi valider chaque année un **module optionnel** d'au moins 60 heures. Dans la liste des enseignements que les facultés doivent proposer aux étudiants, figure : **Le rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective**.

A la faculté de Brest

Une réforme en profondeur

Depuis 1994, plusieurs enseignants de la faculté de médecine de Brest se sont formés à la pédagogie médicale. Ils ont établi un partenariat institutionnel avec la faculté de médecine de Sherbrooke au Québec et ont entrepris une réforme importante des études fondée sur trois principes théoriques :

- L'expertise professionnelle : le médecin n'est pas un savant mais un expert en résolution de problèmes de santé complexes.
- Le traitement de l'information : c'est à partir de ses représentations, et dans le dialogue avec ses pairs et ses enseignants, que l'étudiant s'approprie les savoirs scientifiques.
- L'apprentissage contextualisé : l'étudiant apprend en se confrontant à des situations authentiques, à des problèmes réels qu'il s'entraîne à résoudre.

La réflexion qu'ils ont ainsi menée et les compétences qu'ils ont acquises en matière de pédagogie les ont logiquement amenés à s'intéresser à l'éducation du patient. Ils ont ainsi créé un Diplôme universitaire présenté dans le chapitre consacré aux formations universitaires spécialisées.

En premier cycle : les sciences humaines

En **première année**, compte tenu du nombre important d'étudiants, l'enseignement de sciences humaines et sociales se fait sous la forme de cours magistraux. Parmi les sujets

abordés, plusieurs concernent l'éthique, la prévention, l'information du patient, l'anthropologie et la sociologie de la santé.

En **deuxième année**, les étudiants peuvent suivre un enseignement optionnel de psychologie médicale ou d'anthropologie de la santé.

En deuxième cycle : l'apprentissage par résolution de problèmes réels

En **troisième année**, un module obligatoire s'intitule « Ethique et psychologie de l'action médicale ». Les étudiants travaillent par groupes de dix, pendant trois semaines, accompagnés par un enseignant tuteur. Ils explorent, aux plans réglementaire, éthique, déontologique et psychologique, cinq problématiques de santé illustrées par l'étude d'un cas concret :

- L'information du patient, l'annonce d'une mauvaise nouvelle.
- La maladie chronique.
- Le passage des soins curatifs aux soins palliatifs, la fin de vie.
- La participation d'un patient à un protocole de recherche, la notion de consentement.
- La limitation ou l'arrêt des soins en service de soins intensifs.

Ils commencent par exprimer, confronter et analyser leurs représentations du problème évoqué. Ils repèrent les questions qu'ils ne savent pas résoudre puis se séparent pour chercher pendant trois jours des éléments de réponse. Ils se retrouvent avec l'enseignant pour faire la synthèse de ce qu'ils ont appris.

Les enseignants tuteurs ont des spécialités très différentes : médecine générale, médecine interne, gériatrie, pédiatrie, parasitologie, psychologie clinique. Ils se réunissent plusieurs fois par an pour coordonner et harmoniser leur travail.

Les étudiants peuvent par ailleurs suivre un enseignement d'« Anthropologie, ethnologie et sociologie de la santé » ou d'« Ethique, déontologie et responsabilité médicales ». L'un et l'autre permettent l'obtention d'un certificat de Maîtrise de sciences biologiques et médicales.

La **réforme du deuxième cycle** commence seulement à se mettre en place. Les onze modules transversaux ne seront pas traités comme des entités indépendantes mais intégrés aux autres enseignements. L'éducation du patient sera donc abordée à propos de chaque pathologie.

Pour l'obtention du **Certificat de synthèse clinique et thérapeutique**, les étudiants reçoivent en début de sixième année la description très détaillée de dix problèmes de santé complexes (environ dix pages par problème). Ils disposent d'une semaine pour résoudre chaque problème : le matin ils sont en stage à l'hôpital et l'après-midi ils se documentent. Le vendredi après-midi ils rendent compte de leur travail à leur tuteur. Ils rencontrent donc celui-ci à dix reprises.

En troisième cycle : un apprentissage contextualisé

L'enseignement du **troisième cycle de médecine générale** a été bâti à partir d'un référentiel de ce métier. Le médecin généraliste est défini comme « un expert en résolution de problèmes de santé indifférenciés, intervenant dans le domaine des soins primaires et le plus souvent en milieu ambulatoire ». Une dizaine de rôles professionnels ont été décrits, par exemple : assurer la continuité des soins ou répondre à l'urgence ou participer à l'éducation pour la santé des patients. Ces rôles s'exercent auprès de publics différents (enfants, femmes

enceintes, sportifs...), à propos de problèmes de santé variés et dans plusieurs contextes de soins primaires (consultation, visite à domicile, garde de nuit, centre de santé...).

Chaque rôle est modélisé et fait l'objet d'une séance d'enseignement d'une journée. Les étudiants analysent une situation professionnelle, décrite avec précision par les enseignants, et identifient les compétences dont le médecin généraliste a besoin pour y faire face. Les compétences qui leur manquent deviennent des objectifs d'apprentissage. Les enseignants apportent des éléments de réponse que les étudiants doivent compléter par des lectures et en consultant les personnes ressources qu'ils côtoient (par exemple leur maître de stage en médecine générale, les généralistes enseignants, le psychologue du service hospitalier où ils sont en stage...).

L'évaluation se fait sur la base d'un porte folio : les étudiants rassemblent dans un classeur toutes les traces des apprentissages qu'ils effectuent en situation authentique. Par exemple, en stage à l'hôpital, un étudiant se pose des questions à propos d'un patient diabétique : il les consigne dans son porte folio, cherche des réponses dans la littérature scientifique, auprès des personnes ressources ou en naviguant sur Internet. Il cherche à résoudre le problème initial puis envisage les possibilités de généralisation à d'autres situations. Il range dans son classeur toutes les traces de son cheminement.

Une fois par an, un échange a lieu entre l'étudiant et son enseignant tuteur autour du porte folio. Ce classeur est donc un outil d'apprentissage, d'enseignement et d'évaluation.

Formation continue

Contexte

Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé rend la formation continue obligatoire pour tous les médecins. Des Conseils nationaux et régionaux de formation continue sont créés pour chaque catégorie de médecins (libéraux, hospitaliers, salariés non hospitaliers). Ils seront notamment chargés de fixer les grandes orientations et d'agréer les organismes formateurs.

Parmi les huit thèmes de formation classés prioritaires par l'Assurance-maladie en 2002, on trouve l'information et l'éducation du patient :

- éducation pour la santé, éducation du patient appliquées aux comportements de santé et aux pathologies chroniques à forte prévalence en médecine générale,
- stratégies éducatives dont le plan de prévention personnalisé,
- aspects juridiques et éthiques.

Les formations proposées

Plusieurs associations de formation médicale continue proposent aux médecins généralistes des séminaires d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique, généraux ou appliqués à un thème particulier.

- Ecole de Riom : Education thérapeutique du patient (2 jours).

- MG Form :
 - o La démarche éducative en médecine générale (3 jours).
 - o L'éducation et le suivi du patient asthmatique par le médecin généraliste (2 jours).
- Société de formation thérapeutique du généraliste : Education des diabétiques (2 jours).
- Unaformec
 - o Les fondamentaux de l'éducation à la santé (2 jours).
 - o Mettre en œuvre l'éducation du patient (2 jours).
 - o La prévention par l'éducation pour la santé, à partir de l'exemple du sevrage tabagique (2 jours).
 - o La participation à deux de ces trois modules permet l'obtention d'un « certificat ». Si le médecin rédige en plus un mémoire relatant un programme d'éducation pour la santé qu'il a conçu et réalisé, il obtient une « qualification ».

Commentaires

A propos de la formation initiale

En exploitant bien les possibilités offertes par le programme officiel, il paraît possible d'offrir aux futurs médecins une formation en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique, répartie tout au long du cursus :

- **Sensibilisation** à l'occasion du module de sciences humaines en première année : à la faculté de Paris-Broussais, par exemple, deux heures sont explicitement consacrées à l'éducation du patient. D'autres cours permettent aux étudiants d'amorcer une réflexion sur la relation médecin malade, sur la prévention ou sur l'éthique médicale, autant de sujets qui contribuent à la formation des jeunes qui poursuivront leurs études médicales et aussi de ceux, beaucoup plus nombreux, qui ne seront jamais médecins mais qui sont déjà des citoyens, usagers des services de santé.
- **Formation de base** dans le cadre d'un enseignement complémentaire en deuxième ou troisième année.
- **Stage** dans un service qui pratique l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique : les étudiants de deuxième cycle de la faculté de Paris-Broussais qui préparent le certificat optionnel d'*Ethique, déontologie et responsabilité médicale* sont par exemple accueillis en stage dans un service d'addictologie et de promotion de la santé de l'hôpital Georges Pompidou.
- **Intégration** de l'éducation pour la santé dans l'enseignement de la prévention et de la prise en charge de chaque pathologie.
- **Approfondissement** dans le module optionnel consacré au rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective.

Cela nécessite pourtant une remise en question des modalités habituelles d'enseignement, comme cela est évoqué dans le chapitre d'introduction. En effet il est indispensable, pour enseigner l'éducation pour la santé, de suivre une démarche pédagogique analogue à celle que l'on recommande aux soignants d'adopter vis-à-vis des patients : identification et analyse des

représentations initiales, étudiant acteur de sa formation, apprentissage contextualisé, pluridisciplinarité de l'équipe enseignante...

Ces principes pédagogiques sont d'ailleurs évoqués dans le texte officiel de la réforme du deuxième cycle : « Les modalités d'enseignement doivent favoriser le développement de l'auto-apprentissage contrôlé et de l'interdisciplinarité. Elles feront appel aux différentes méthodes d'apprentissage à partir de problèmes de santé. Elles comportent des séminaires, des conférences de synthèse, des enseignements par petits groupes avec développement des nouvelles technologies éducatives. » Le texte précise aussi que « les étudiants doivent préparer au moins trois exposés sur des sujets en rapport avec la pathologie rencontrée dans les services où ils sont affectés. Ces exposés sont préparés par petits groupes, sous la direction d'un enseignant, à partir de documents et de références bibliographiques réunis à leur intention. » On voit poindre ici l'idée d'une participation accrue des étudiants à leurs apprentissages.

Malheureusement, le texte se poursuit par une très longue liste d'objectifs et de sujets d'enseignement si bien que certaines facultés ont divisé les temps de cours en autant de sous-ensembles : la formation du patient atteint de maladie chronique s'est alors vu attribuer un cours magistral de deux ou trois heures en amphithéâtre.

Outre les enseignants impliqués dans l'éducation du patient à l'intérieur de leur service hospitalier, c'est vraisemblablement dans les départements universitaires de médecine générale, de sciences humaines et de formation continue que l'on trouvera des enseignants déjà familiers des méthodes pédagogiques adaptées à l'enseignement de l'éducation pour la santé.

A propos de la formation continue

Il existe depuis 1995 une collaboration importante entre le CFES et les médecins généralistes, soutenue financièrement par la Cnamts et qui se traduit par :

- l'organisation de colloques et de sessions de formations,
- la réalisation et la publication d'études (en particulier le *Baromètre Médecins généralistes*),
- la production et l'évaluation d'outils pédagogiques pour la consultation,
- la conduite d'une recherche action sur la démarche éducative en médecine générale,
- la participation de médecins généralistes aux comités de pilotage des programmes.

Dans le cadre de cette collaboration, des liens sont notamment établis entre le CFES et les **associations de formation médicale continue**. Celles-ci **sont favorables au développement de l'éducation du patient en médecine générale** et s'emploient à mettre en place des formations dans ce domaine. Leurs responsables soulignent néanmoins **plusieurs difficultés** à surmonter :

- Le **manque de culture** des médecins dans ce domaine : les praticiens, dans leur majorité, ne perçoivent pas l'intérêt de suivre une formation en éducation pour la santé. Certains estiment s'être formés « sur le tas », d'autres pensent que cette activité ne relève pas de leurs attributions et que les patients n'attendent pas cela de leur médecin. En plus des sessions de formation spécialement consacrées à l'éducation pour la santé ou à l'éducation thérapeutique et qui n'attirent qu'une minorité de praticiens, il paraît donc indispensable de sensibiliser le plus grand nombre en

introduisant systématiquement l'éducation pour la santé dans les sessions consacrées aux différentes maladies chroniques et à la prise en charge des addictions.

- **La démographie médicale** : les médecins généralistes ont de plus en plus de mal à se faire remplacer quand ils s'absentent, en particulier quand ils exercent dans les quartiers défavorisés ou à la campagne. Ils ne sont donc pas très enclins à suivre des formations, surtout s'ils ont l'impression qu'on veut accroître leur charge de travail par une activité nouvelle.
- **Le mode actuel de rémunération** : l'éducation du patient n'est pas inscrite à la nomenclature des actes médicaux et, de toute façon, le paiement à l'acte n'encourage pas les médecins à prendre le temps de mettre en place une démarche éducative au sein de la consultation.
- **Un exercice souvent solitaire** : même si le travail en réseau se développe, même si les médecins généralistes ont de nombreux correspondants, leurs conditions d'exercice ne leur donnent pas l'habitude de travailler en équipe avec d'autres professionnels (par exemple de définir des objectifs communs, de partager les tâches, de convenir d'une procédure d'évaluation...).

Recommandations spécifiques

1- Appliquer aux médecins les recommandations générales présentées dans le chapitre introductif.

2- Introduire officiellement la promotion de la santé dans les facultés de médecine.

Au sein de la section de santé publique du Conseil national des universités, une sous-section devrait être explicitement attribuée à la promotion de la santé. Cela faciliterait le recrutement d'enseignants spécialisés.

3- Etablir un programme type d'enseignement de l'éducation pour la santé en formation médicale initiale.

Ce programme type s'inscrirait dans le cadre défini par le programme officiel des études médicales, concernerait les trois cycles d'enseignement et décrirait avec précision les modalités pédagogiques à mettre en œuvre : apprentissage par résolution de problèmes en prenant appui sur les stages cliniques, multiplication des enseignements en petits groupes où les étudiants participent activement à leurs apprentissages, etc. Un tel travail pourrait être réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, en collaboration avec des enseignants de faculté de médecine, puis présenté à la Conférence des doyens et à la Commission pédagogique nationale.

4- Diversifier les professionnels qui participent à la formation des médecins.

Il faut notamment encourager les interventions de professionnels qui pratiquent l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique et de représentants d'associations de patients. Les uns et les autres peuvent avoir un statut de chargé de cours.

5- Intégrer au programme du futur Diplôme d'études spécialisées de médecine générale des recommandations précises sur les principes et les modalités générales d'enseignement ainsi qu'un chapitre relatif à l'éducation pour la santé.

Il s'agit d'énoncer clairement, dans le programme officiel des études, des principes pédagogiques qui légitimeront et faciliteront l'enseignement de l'éducation pour la santé.

6- Proposer aux Conseils nationaux de la formation médicale continue de faire de l'éducation pour la santé une orientation prioritaire.

7- Créer un ensemble d'outils pédagogiques pour la formation médicale continue.

Ces outils devront permettre aux formateurs de bâtir des sessions de durée et de contenu variables pour, selon les cas, sensibiliser, initier ou former les médecins généralistes à l'éducation pour la santé. Le CFES dispose d'une expérience dans ce domaine : il a récemment réalisé un CD Rom pour la formation des médecins au dépistage des cancers. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé pourrait donc concevoir ces outils en collaboration avec les associations de formation médicale continue.

8- Encourager les recherches appliquées sur l'éducation pour la santé en médecine générale.

Il paraît notamment nécessaire de modéliser les pratiques, de préciser comment un médecin généraliste peut intégrer à son travail quotidien une dimension éducative en partenariat avec les autres professionnels de santé. Les résultats de ces recherches permettront d'affiner les programmes de formation et d'améliorer les pratiques.

9- Diversifier les modalités de rémunération des médecins libéraux.

Dans le cadre du Plan national d'éducation pour la santé, un groupe de travail associant le Ministère de la Santé, la Cnamts et des spécialistes de l'éducation du patient a fait des propositions concrètes pour rémunérer les activités d'éducation auprès de groupes de patients diabétiques ou asthmatiques, aussi bien en ville qu'à l'hôpital : il s'agit maintenant de les mettre en œuvre. La Cnamts a aussi introduit la pratique d'un paiement forfaitaire pour les médecins référents, avec un plan de prévention personnalisé. C'est une piste à approfondir dans le cadre d'une concertation entre les partenaires sociaux.

Les pharmaciens d'officine

Formation initiale

Programme officiel
A la faculté de Lyon
A la faculté d'Angers
A la faculté de Nancy

Formation continue

Commentaires

Points forts
Points faibles

Recommandations spécifiques

Formation initiale

Programme officiel

Les études sont organisées en trois cycles de deux ans. Elles comportent :

- une **formation commune de base**, subdivisée en **six sections**, dont le programme est identique dans toutes les universités et pour toutes les filières,
- des **enseignements optionnels**, organisés en **unités de valeur (UV)**, variables d'une université à l'autre et que les étudiants choisissent en fonction de leurs centres d'intérêt et de leur filière professionnelle (officine, industrie, internat ou recherche).

En cinquième année, les étudiants effectuent un stage hospitalier à mi-temps.

La sixième année comporte un stage de six mois (en officine pour les étudiants qui ont choisi cette orientation professionnelle), la préparation et la soutenance d'une thèse.

La **section III** de la formation commune de base est consacrée aux **sciences de la santé publique et de l'environnement**. Elle comporte onze sous-sections dont l'une s'intitule : prévention et gestion de la santé publique. Dans cette sous-section, l'un des trois chapitres d'enseignement concerne « la promotion et l'éducation pour la santé ».

A la faculté de Lyon

Chaque promotion réunit 165 étudiants.

Dans la formation commune de base, **deux heures** sont consacrées à l'éducation pour la santé en **deuxième année**. L'enseignement se fait en amphithéâtre, sous la forme d'un cours magistral : définitions et buts de la prévention et de l'éducation pour la santé, description des différents organismes concernés, rôle du pharmacien...

Une **UV optionnelle** intitulée « **Prévention et santé publique** » est proposée aux étudiants de deuxième et troisième années. Il s'agit :

- de sensibiliser les futurs pharmaciens à l'importance de la prévention,
- de permettre aux étudiants d'acquérir des compétences en matière de communication (transmission de connaissances, dispensation de conseils, utilisation d'outils pédagogiques...).

L'enseignement comporte une partie théorique de 26 heures et une partie pratique de 40 heures au cours de laquelle les étudiants réalisent, en milieu scolaire ou universitaire, des animations sur différents thèmes de santé (cancer, tabac, alcool, alimentation, sexualité...). L'éducation pour la santé en officine n'est pas abordée dans cet enseignement même si les responsables pédagogiques ont pour objectif que les compétences acquises par les étudiants soient applicables quel que soit le lieu de leur futur exercice. Environ deux tiers des étudiants qui valident cette UV se destinent à l'officine. Chaque année le nombre de places est limité à 16 ce qui est inférieur au nombre de candidatures.

En quatrième année, une **UV optionnelle** de 80 heures s'intitule « **Orientation officinale** » et comporte un enseignement sur « le conseil à l'officine » : poser les bonnes questions, donner

des informations pertinentes, expliquer clairement, vérifier qu'on a été compris, etc. Environ 50 étudiants suivent cette UV chaque année. Par groupes de quinze, ils doivent aussi mener à bien un projet : chaque groupe recherche des informations sur un sujet déterminé par les enseignants puis présente le résultat de son travail à un public composé de pharmaciens, de représentants institutionnels, de journalistes, de membres du Conseil de l'Ordre...

En cinquième année, les 80 étudiants de la filière Officine suivent un **enseignement obligatoire** de 125 heures sur la **dispensation de médicaments** et le **conseil à l'officine**. Environ la moitié des cours se déroulent sous la forme d'enseignement dirigé : en demi-groupe, les étudiants étudient des « cas de comptoir ». Des jeux de rôle sont parfois utilisés comme méthode pédagogique. Deux heures sont plus particulièrement consacrées à l'éducation nutritionnelle aux différents âges de la vie.

L'éducation pour la santé est également évoquée dans les 10 heures de cours magistraux consacrés à l'**action sanitaire et sociale** à propos de thèmes comme le tabagisme ou le sida.

En sixième année, les étudiants bénéficient d'un « **suivi de stage en officine** » qui comporte :

- quatre séances d'enseignement dirigé réparties sur l'année avec un travail écrit à rendre à chaque séance (commentaire d'ordonnance et étude de cas),
- la participation à un travail de recherche.

Pour l'année 2001/2002, le thème de ce travail est « le suivi du patient diabétique de type 2 à l'officine » : chaque étudiant doit recueillir des données auprès de huit patients diabétiques, à l'aide d'un questionnaire portant sur le vécu de la maladie, le suivi médical, le traitement... L'année précédente, le travail portait sur « le conseil à l'officine dans les pathologies hivernales ». Dans ce cadre, l'étudiant est amené à établir des relations privilégiées avec quelques patients et à développer ses compétences en matière d'écoute, de conseil voire d'éducation pour la santé.

A la faculté d'Angers

Chaque promotion réunit 49 étudiants.

En troisième ou quatrième année, environ deux tiers des étudiants suivent une **UV optionnelle d'initiation à la pratique officinale**. Le programme comporte notamment :

- une initiation à la communication interpersonnelle (« analyse transactionnelle-contacts avec le client »),
- la relation avec les personnes malades, leur famille et leur médecin,
- l'aménagement de l'officine et de la vitrine pour faciliter la communication.

En cinquième année, les 30 étudiants de la filière Officine suivent une **UV obligatoire** de 100 heures intitulée « **Prévention et éducation pour la santé** ». L'enseignement se fait par modules d'un jour et demi. Le premier est consacré à la présentation des institutions et des organismes de prévention et d'éducation pour la santé, en France et en Europe. Les suivants abordent les principaux sujets de santé publique : alcool, tabac, toxicomanies, contraception, maladies mentales, petite enfance, enfance maltraitée, handicap, vieillesse... A chaque fois l'accent est mis sur le rôle d'écoute et d'orientation du pharmacien et sur ses relations avec les différents partenaires. Des pharmaciens d'officine, d'autres professionnels de terrain ou des représentants d'association participent à l'enseignement de chaque module, par exemple un médecin du service municipal d'hygiène et de sécurité pour le module sur l'environnement.

Trois journées sont consacrées à la communication avec le client au sein de l'officine : quelles questions poser, comment interpréter les réponses, etc.

L'évaluation repose, d'une part, sur des questions à réponse courte et, d'autre part, sur la présentation écrite et orale d'un sujet que les étudiants ont approfondi par groupes de quatre ou cinq. Ils choisissent un sujet de santé publique au sein d'une liste proposée par les enseignants (par exemple « le traitement des déchets à l'officine » ou « le pharmacien et les SDF » ou « l'enfance maltraitée »...). Ils ont deux mois et demi pour étudier le sujet et rédiger un rapport d'une trentaine de pages. Ils doivent ensuite présenter leur travail devant les autres étudiants et un jury : exposé oral et jeu de rôle à l'officine.

En sixième année, les étudiants passent trois séances de trois heures dans une **pharmacie expérimentale** installée au sein de la faculté. L'enseignement se fait par jeux de rôles, en présence d'un pharmacien d'officine. C'est l'occasion de travailler sur l'écoute, l'interrogation et le conseil. Un étudiant joue le pharmacien et un autre le client (« J'ai mal à la tête. » ou « Je tousse depuis deux jours. », etc.).

A la faculté de Nancy

En quatrième année, 20 heures d'enseignement sont consacrées à la santé publique au sein desquelles l'éducation pour la santé est simplement évoquée. L'**éducation du patient** fait l'objet d'un enseignement dirigé d'une heure et demi.

Au cours de la même année, 6 heures de travaux dirigés sont consacrés à la **communication à l'officine** : les étudiants discutent par groupes de huit en partant de leur expérience de stage en pharmacie et participent à des jeux de rôles dans la pharmacie expérimentale.

A partir de 2002/2003, une UV de 80 heures réunira les enseignements de santé publique, de communication et de pharmacie expérimentale et sera centrée sur **la relation avec le patient au sein de l'officine**. L'éducation pour la santé sera alors enseignée de façon plus concrète.

Formation continue

Le **Haut Comité de la formation pharmaceutique continue** a été créé en 1994 par l'Ordre national des pharmaciens. Il a établi une liste de 21 objectifs professionnels qui récapitulent les compétences nécessaires à l'exercice de la profession. Parmi ces objectifs, on note que le pharmacien doit être capable de :

- participer à l'éducation thérapeutique des malades, en vue d'une utilisation optimale des médicaments, dispositifs médicaux, produits diététiques ou dermo-cosmétiques à visée de santé publique ;
- participer à l'éducation sanitaire et sociale et à toutes actions d'hygiène et de prévention.

Ce Haut Comité a pour mission d'évaluer et d'agréer des programmes de formation continue accessibles aux pharmaciens. Parmi les formations disposant d'un agrément en cours de validité⁶, aucune ne contient le terme d'éducation dans son intitulé.

L'**Utip** (Union technique interprofessionnelle de la formation continue) rassemble 200 pharmaciens bénévoles qui organisent des formations au plan national, régional ou départemental avec le concours de l'industrie pharmaceutique et souvent en partenariat avec les universités.

Les **universités** proposent également des sessions de formation continue, voire des Diplômes universitaires.

En région Midi-Pyrénées, des pharmaciens d'officine et des enseignants de la faculté de Toulouse ont constitué une association de formation continue qui refuse tout financement de l'industrie pharmaceutique. L'université assure le secrétariat et la gestion financière de l'association, les pharmaciens payent eux-mêmes leur formation.

Ni l'éducation pour la santé, ni l'éducation thérapeutique n'apparaissent dans les intitulés des formations proposées par ces différents organismes : comme en formation initiale, il est plutôt question de conseil à l'officine, de communication, de suivi de certaines maladies chroniques ou d'accompagnement à l'arrêt du tabac.

Commentaires

Points forts

L'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique ne sont actuellement pas enseignées, en tant que telles, aux pharmaciens. Néanmoins plusieurs éléments devraient faciliter leur implantation en formation initiale et continue dans les années à venir.

La plupart des facultés de pharmacie proposent déjà un enseignement de communication ou de conseil à l'officine⁷. Dans ce cadre, elles utilisent souvent des méthodes pédagogiques actives bien adaptées à l'enseignement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique : jeux de rôles au comptoir des pharmacies expérimentales, études de cas, recherche de documentation, autoscopie...

L'Ordre national des pharmaciens soutient le développement des pratiques éducatives à l'officine :

- L'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique sont clairement inscrites dans la liste des objectifs professionnels établie par le Haut Comité de la formation pharmaceutique continue.

⁶ Source : <http://www.ordre.pharmacien.fr>

⁷ *Enseignements en communication dispensés dans les facultés de pharmacie de France en 1999/2000.* Document réalisé par E. Marchal-Heussler (Maître de conférences) et D. Liban (étudiante en année de thèse), Faculté de pharmacie de Nancy.

- Un article sur les rôles du pharmacien en matière d'éducation thérapeutique a été publié en juillet 2000 dans le Bulletin de l'Ordre⁸.
- Le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESSPF), qui fait partie du Conseil de l'Ordre, diffuse aux pharmaciens qui en font la demande des dossiers de mise à jour des connaissances, des fiches techniques et des brochures destinées au grand public, sur des thèmes variés (tabac, nutrition, contraception, diabète, asthme...). Il organise également, avec différents partenaires, des actions de formation : rôle du pharmacien dans le domaine de la prévention du tabagisme ou de la prise en charge des patients asthmatiques par exemple.
- L'Ordre des pharmaciens, en particulier le CESSPF est très impliqué dans les actions du CFES décrites ci-après.

Le Comité français d'éducation pour la santé a beaucoup élargi et renforcé son partenariat avec les pharmaciens depuis 1998, soutenu financièrement par la Cnamts :

- En 1998/99 une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1001 pharmaciens d'officine pour connaître leurs opinions et leurs attitudes en matière de prévention et mettre en relation leurs pratiques personnelles avec leurs attitudes vis-à-vis de la clientèle⁹. Une nouvelle enquête sera réalisée fin 2002.
- Un guide a été diffusé à tous les pharmaciens d'officine pour les aider à s'impliquer dans l'incitation et l'aide au sevrage tabagique de leurs clients fumeurs.
- Fin novembre 2000, le séminaire « Pharmaciens et éducation du patient » a réuni 48 personnes dont 36 pharmaciens. Il a permis de faire un état des lieux des pratiques d'éducation du patient en officine et de formuler de propositions sur les compétences à développer, les méthodes pédagogiques applicables dans le contexte de l'officine et les approches prioritaires.
- Une analyse des pratiques officinales en éducation du patient a débuté en 2001 : une étude qualitative (par entretiens semi-directifs et observations à l'officine) a permis d'établir une grille pour décrire les échanges entre le pharmacien et son client. Sur la base de cette grille, une analyse quantitative des pratiques officinales est menée en lien avec six facultés (Nancy, Toulouse, Angers, Lyon, Chatenay-Malabry et Paris) par des étudiants de sixième année de pharmacie. Ce travail sera publié et diffusé aux pharmaciens en 2002.
- Une recherche action est en cours qui a pour objectif de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer plusieurs démarches d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie auprès de trois populations : les adolescents, les femmes enceintes et les personnes âgées. Ce travail permettra de mieux définir des modalités de collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens en matière d'éducation pour la santé des patients.
- Plusieurs Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé mènent des projets avec des pharmaciens de leur territoire. Pour faciliter les échanges entre les pharmaciens intéressés par l'éducation pour la santé, une adresse électronique a été créée : pharmaciens@cfes.sante.fr.

⁸ Jacquemet S., Certain A. *Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien*. Bulletin de l'Ordre, n° 367 (2000), pp. 269-275.

⁹ *Santé et prévention. Enquête réalisée auprès des pharmaciens d'officine 98-99*. CFES, coll. Baromètres, 1999.

Points faibles

Trois autres éléments de contexte, plus défavorables, doivent être évoqués.

La santé publique n'est pas reconnue comme discipline pharmaceutique par le Conseil national des universités. La section 40 comporte deux sous-sections pouvant s'y rattacher : d'une part « droit et économie de la santé », d'autre part « hygiène, hydrologie et environnement ». Aucun enseignant de santé publique ne peut donc être officiellement recruté en faculté de pharmacie. A de rares exceptions près, les deux sous-sections disposent d'enseignants orientés vers le droit pharmaceutique ou vers l'hydrologie. Le manque d'enseignants universitaires en santé publique entraîne un déficit de la recherche dans ce domaine et entrave le développement des formations en éducation pour la santé.

La filière Officine souffre souvent d'une dévalorisation au sein des facultés : les possibilités de publications scientifiques dans ce domaine sont peu nombreuses (ou peu explorées) ce qui n'incite pas les universitaires à s'y impliquer. Par ailleurs la dimension commerciale de l'exercice en officine a une connotation négative chez bon nombre de scientifiques.

L'industrie pharmaceutique est très présente dans la formation initiale et continue : des pharmaciens de l'industrie sont membres du Conseil pédagogique de certaines facultés, d'autres participent bénévolement aux enseignements, les laboratoires pharmaceutiques financent une part importante de la formation continue. Dans ce contexte, il convient d'être particulièrement vigilant dans la mise en place de formations à l'éducation pour la santé ou à l'éducation thérapeutique : aider la population à mieux prendre en charge sa santé ne doit pas la conduire à consommer plus de médicaments ! On ne peut passer sous silence d'éventuels conflits d'intérêts.

Recommandations spécifiques

1- Appliquer aux pharmaciens les recommandations générales présentées dans le chapitre introductif.

2- Introduire officiellement la promotion de la santé dans les facultés de pharmacie.

La santé publique, en particulier le promotion de la santé, devrait être clairement mentionnée comme une discipline du Conseil national des universités accessible aux pharmaciens. Cela faciliterait le recrutement d'enseignants spécialisés.

3- Créer une UV d'éducation pour la santé à l'officine en formation initiale.

Des enseignants en faculté de pharmacie, des pharmaciens d'officine, des formateurs en éducation pour la santé/éducation thérapeutique et des représentants du Conseil de l'Ordre des pharmaciens devraient élaborer ensemble un programme de formation de 80 à 100 heures pouvant constituer une UV pour les étudiants de la filière Officine.

Cette proposition de programme serait présentée à la Conférence des doyens et à la Commission pédagogique nationale. Quelques facultés volontaires seraient chargées de mettre en place et d'évaluer l'UV. On envisagerait ensuite sa généralisation.

4- Faciliter la participation de professionnels de terrain et d'associations de patients à l'enseignement.

Il faut inciter les facultés à recruter du Personnel associé à temps partiel (mi-temps universitaire, mi-temps en situation professionnelle), en particulier des pharmaciens d'officine, et les impliquer dans les enseignements d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique.

Les crédits d'heures complémentaires devraient aussi être augmentés pour permettre la participation de professionnels ou de représentants associatifs aux enseignements.

5- Faire connaître les travaux de recherche.

Les centres de documentation de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, en collaboration avec les universités et le Conseil de l'Ordre des pharmaciens, devraient tenir à jour et diffuser une revue de la littérature scientifique internationale sur la participation des pharmaciens d'officine à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique des patients.

6- Proposer au Conseil national de la formation pharmaceutique continue¹⁰ de faire de l'éducation pour la santé l'un des thèmes prioritaires de formation.

¹⁰ La Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rend obligatoire la formation continue des pharmaciens. Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue aura notamment pour mission de fixer les orientations nationales de cette formation.

Les chirurgiens-dentistes

Formation initiale

Programme officiel
A la faculté de Paris 7 (Garancière)

Formation continue

Conseil national et Groupement d'intérêt professionnel
Les Diplômes universitaires
L'Union française pour la santé bucco-dentaire
L'Association dentaire française
La Société odontologique des centres de santé

Commentaires

Le poids du secteur libéral
L'émergence d'une santé publique dentaire
Les acteurs de l'éducation pour la santé dentaire

Recommandations spécifiques

Formation initiale

Programme officiel

Pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, il faut suivre **six années d'études** après le baccalauréat et soutenir une thèse.

Au cours des trois premières années, un enseignement de **santé publique** de 35 à 50 heures est prévu mais l'éducation pour la santé n'en fait pas partie.

En quatrième, cinquième et sixième années, les textes prévoient un enseignement d'**hygiène** et de **prévention bucco-dentaire**. Les étudiants suivent aussi des modules optionnels d'une durée moyenne de 90 heures par an. En dernière année, ils effectuent 450 heures de **stage clinique** dont un quart est « consacré à des actions de prévention d'intérêt général notamment dans des services de médecine préventive universitaire ».

Ni l'éducation pour la santé ni l'éducation thérapeutique ne sont mentionnées dans le programme officiel.

A faculté de Paris 7 (Garancière)

Chaque promotion réunit 70 étudiants.

En **quatrième année**, les concepts de **prévention** et de **promotion de la santé** sont présentés en **cours magistral**. Les étudiants effectuent un **stage d'observation** dans un organisme ou un établissement qui mène des actions de prévention bucco-dentaire. Ils rendent compte de leur travail dans un mémoire et, à l'oral, dans une séance d'enseignement dirigé.

En **sixième année**, en plus du **stage dans un service de prévention**, les étudiants suivent un enseignement de **6 heures d'éducation pour la santé** : 3 heures de cours magistral puis présentation de travaux réalisés par les étudiants. Répartis en groupes de quatre, ils doivent concevoir une intervention (auprès de collégiens ou de parents ou de personnes en situation de précarité...) ou bien un outil d'éducation pour la santé (affiche, dépliant, scénario de film, chanson...). Leur production est analysée collectivement et en présence d'un professionnel de l'éducation pour la santé.

Formation continue

Conseil national et Groupement d'intérêt professionnel

Créée à la fin de l'année 2001 à l'initiative des chirurgiens-dentistes libéraux, le Conseil national de la formation continue odontologique est une association statutairement composée de membres actifs répartis en quatre collèges, représentés chacun par sept administrateurs : le

Conseil de l'Ordre, l'Association dentaire française, les syndicats et les Facultés de chirurgie dentaire. Elle s'est notamment donné pour mission de recenser et d'agréeer les organismes de formation continue, de recenser et d'évaluer les formations, de déterminer des priorités en fonction des besoins de santé de la population.

Parallèlement les chirurgiens-dentistes salariés, quel que soit leur lieu d'exercice (universités, hôpitaux, centres de santé, Sécurité sociale, armée...), créent un Groupement d'intérêt professionnel dans le but, notamment, d'organiser la formation continue.

Les Diplômes universitaires

Chaque faculté de chirurgie dentaire propose un certain nombre de Diplômes universitaires (DU) qui contribuent à la formation continue des praticiens. Il existe par exemple à Lyon un **DU de santé publique bucco-dentaire** qui doit permettre à ceux qui l'obtiennent de « collaborer à la programmation et à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé à l'échelle internationale ou dans différents environnements institutionnels ou sociaux ». Le programme de 240 heures comporte cinq modules dont l'un est consacré aux **méthodes en promotion de la santé**.

L'Union française pour la santé bucco-dentaire

L'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) existe depuis 1966. Cette association nationale essentiellement composée de chirurgiens-dentistes libéraux dispose de comités départementaux. Elle mène des actions de prévention individuelle et collective : communication grand public (brochures, revue pour les salles d'attente...), création et diffusion de matériel éducatif, interventions dans les écoles (dépistage et sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire). Elle organise, pour ses responsables, une formation en santé publique et en montage de projet. Elle encourage actuellement ses comités départementaux à devenir organismes de formation continue.

L'Association dentaire française

Cette association (ADF), créée en 1970, fédère actuellement 23 organisations appartenant à l'univers de l'odontologie : associations professionnelles, syndicats, sociétés savantes. Elle se présente comme un « acteur majeur de la formation continue » à travers :

- l'organisation d'un congrès scientifique annuel,
- diverses publications à caractère scientifique,
- un site internet,
- l'élaboration et la diffusion de référentiels de qualité assortis d'outils d'auto-évaluation pour le praticien,
- le soutien à la recherche en odontologie.

Dans le programme du congrès de 2001, ni l'éducation pour la santé ni l'éducation thérapeutique n'apparaissent en tant que telles. Sous la rubrique Environnement, on remarque une conférence sur « Les relations patient praticien au cabinet dentaire » et une autre consacrée à l'alimentation : « Bien manger pour croquer la vie à pleines dents ».

L'un des premiers référentiels publiés par l'ADF s'intitule « Le patient au cabinet dentaire » et comporte notamment des recommandations relatives à la qualité de l'accueil, à l'information en salle d'attente et au moment des soins, à l'écoute du patient, à la reformulation de ses demandes et à la clarté des explications fournies par le chirurgien-dentiste.

La Société odontologique des centres de santé

Créée en 1985, elle organise à peu près quatre formations par an à l'intention des 2200 chirurgiens-dentistes exerçant en centre de santé. Elle n'a jusqu'à présent organisé aucune formation en promotion de la santé, éducation pour la santé ou éducation thérapeutique.

Commentaires

Le poids du secteur libéral

En France, 92 % des 40 000 chirurgiens dentistes exercent en secteur libéral¹¹. Certains d'entre eux se sont organisés, au sein de l'UFSBD, afin d'assurer plusieurs missions de prévention délaissées par les pouvoirs publics, en particulier l'éducation pour la santé et le dépistage en milieu scolaire : l'UFSBD a ainsi passé, en 1996, une convention avec le Ministère de l'Education nationale. Elle est Centre collaborateur OMS pour l'éducation bucco-dentaire depuis 1998. Elle a également passé convention avec la Cnamts pour mettre en œuvre dans six départements pilotes un programme complet de prévention et avec la Croix rouge française pour mener des actions auprès de personnes en situation de précarité.

L'UFSBD reçoit des financements de l'industrie, de certaines collectivités territoriales et du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, géré par l'Assurance-maladie. Pour commercialiser des outils de sensibilisation à l'hygiène (affiches, brochures, brosses à dents, mâchoires géantes...), l'UFSBD a créé et installé dans ses propres locaux une société à but lucratif, Idée Prévention, seule habilitée à fournir les Comités départementaux.

Le Président de l'UFSBD est secrétaire général de l'ADF.

L'émergence d'une santé publique dentaire

On peut saluer les efforts d'une profession qui s'efforce de pallier le faible engagement des pouvoirs publics dans son domaine d'activités. La prévention bucco-dentaire souffre sans doute du fait que les chirurgiens-dentistes ne sont pas des médecins. Elle se trouve ainsi à l'écart de la plupart des dispositifs généraux de santé publique.

Il n'y a pas de chirurgien-dentiste dans les services déconcentrés du Ministère de la Santé. La santé bucco-dentaire est quasiment absente des Conférences régionales de santé. Les services de santé en milieu scolaire et en entreprise assument peu les actions de prévention dans ce

¹¹ Source : La Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, mars 2002.

domaine. Les débouchés professionnels offerts aux chirurgiens dentistes qui voudraient se spécialiser en santé publique sont quasi inexistantes. Les tarifs de remboursement des soins incitent les chirurgiens dentistes à privilégier les prothèses par rapport aux soins conservateurs et ne les encourage pas à développer l'éducation pour la santé au cabinet dentaire.

En revanche, depuis près de vingt ans, le Conseil général de Seine-Saint-Denis et, plus récemment, celui du Val-de-Marne ont mis en œuvre des programmes départementaux de prévention bucco-dentaire : éducation pour la santé en milieu scolaire, en PMI, en maternité, actions de fluoration, dépistages, prise en charge des soins.

Dans de nombreux départements, les Caisses d'assurance-maladie ou les mutuelles financent des actions de prévention en milieu scolaire ou dans les quartiers défavorisés. Parfois elles y participent directement mais le plus souvent, la mise en œuvre est confiée aux comités de l'UFSBD, à d'autres associations ou aux collectivités territoriales.

En dehors de ces initiatives, la santé dentaire a jusqu'à présent été peu investie par les pouvoirs publics.

Pourtant on assiste actuellement à l'émergence d'une politique de santé publique dentaire :

- En 2001, la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le Ministre délégué à la santé ont demandé à l'Inspection générale des affaires sociales d'établir un rapport sur les conditions d'une réforme dentaire qui permettrait d'améliorer la prévention, l'accès précoce aux soins et une meilleure prise en charge par l'Assurance-maladie¹². Le rapport préconise notamment :
 - o de réévaluer les tarifs des soins conservateurs tout en encadrant le prix des prothèses,
 - o d'organiser deux visites gratuites de bilan pour les enfants, au cours préparatoire et en sixième.
- Une commission de santé publique a été créée au sein de la Conférence des doyens des facultés de chirurgie dentaire.
- La première Journée de santé publique dentaire a eu lieu le 25 octobre 2001. Une nouvelle manifestation de ce type est prévue en octobre 2002.
- Le 22 mars 2002 aura lieu l'assemblée générale constitutive d'une association des acteurs de santé publique dentaire.

Les acteurs de l'éducation pour la santé dentaire

Il est communément admis que la santé bucco-dentaire de la population française ne s'améliorera que si l'on met en œuvre une politique ambitieuse de prévention et si l'on s'attache à réduire les inégalités sociales, particulièrement évidentes dans ce domaine : à 12 ans, un tiers des enfants cumulent 80 % des dents cariées, absentes ou obturées.

L'éducation pour la santé doit aider la population :

- à adopter une alimentation équilibrée, non cariogène,
- à se brosser les dents régulièrement et de manière efficace,
- à consommer une quantité appropriée de fluor,

¹² Yahiel M. *Lignes directrices pour une réforme dentaire*. Rapport remis à Mme Elisabeth Guigou et M. Bernard Kouchner, juillet 2001.

- à consulter au moins une fois par an un chirurgien-dentiste.

Il paraît donc indispensable d'introduire l'éducation pour la santé, en particulier l'éducation thérapeutique, dans la formation initiale et continue des chirurgiens-dentistes. Pour autant il ne serait pas rationnel de confier à cette seule profession la responsabilité de la prévention dans ce domaine. D'une part l'hygiène bucco-dentaire est très liée aux autres facteurs de santé et doit donc être intégrée à une démarche globale de promotion de la santé. D'autre part on serait vite confronté à une pénurie de praticiens.

Il paraît plus raisonnable d'intégrer les chirurgiens-dentistes aux différentes instances de santé publique pour qu'ils sensibilisent à la santé bucco-dentaire les responsables politiques et institutionnels ainsi que les professionnels impliqués dans la promotion de la santé. Les actions de dépistage et d'éducation pour la santé, surtout quand elles s'exercent en dehors du cabinet dentaire, pourraient être assumées par d'autres agents de santé, préalablement formés à ces tâches.

Recommandations spécifiques

1- Appliquer aux chirurgiens-dentistes les recommandations générales présentées dans le chapitre introductif.

2- Introduire officiellement la promotion de la santé dans les facultés d'odontologie.

La santé publique, en particulier la promotion de la santé, devrait être clairement mentionnée comme une discipline du Conseil national des universités accessible aux chirurgiens-dentistes. Cela faciliterait le recrutement d'enseignants spécialisés.

3- Etablir une collaboration régulière entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et les chirurgiens-dentistes.

Sur le modèle de la collaboration déjà instituée entre le CFES, les médecins et les pharmaciens, un groupe de travail devrait réunir l'Institut, les enseignants de santé publique des facultés d'odontologie, l'UFSBD et l'association des acteurs de santé publique dentaire. Ce groupe pourra notamment mettre en œuvre les deux recommandations suivantes.

4- En formation initiale, sensibiliser tous les étudiants à l'éducation pour la santé et créer un enseignement optionnel dans ce domaine.

Il s'agit d'intégrer l'éducation pour la santé à l'enseignement de santé publique prévu dans la première moitié des études et d'élaborer le programme d'un enseignement optionnel de 90 heures, s'articulant avec le stage effectué dans un service de prévention en dernière année d'études.

Ces propositions seraient présentées à la Conférence des doyens et à la Commission pédagogique nationale. Quelques facultés volontaires seraient chargées de mettre en place et d'évaluer le module optionnel. On envisagerait ensuite sa généralisation.

5- Proposer au Conseil national de la formation odontologique continue et au Groupement d'intérêt professionnel de faire de l'éducation pour la santé l'un des thèmes prioritaires de formation.

Les infirmières

Formation initiale

Programme officiel

Une étude sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les Ifsi

A l'Ifsi de la Croix Rouge à Limoges

Les puéricultrices

Formation continue

L'Ipccm et le Grieps

L'ANFH

Commentaires

Recommandations spécifiques

Formation initiale

Programme officiel

Le premier paragraphe du programme des études est consacré aux **principes pédagogiques** qui doivent guider la formation. On y parle notamment :

- d'une formation articulée autour des connaissances, des aptitudes, des attitudes et du projet professionnel de l'étudiant,
- de cohérence entre les objectifs de formation, les principes pédagogiques et les pratiques professionnelles,
- d'un suivi pédagogique basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant,
- d'une pédagogie active basée tant sur le questionnement que sur le contenu.

Autant de principes qui permettent de construire un cadre favorable à l'enseignement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique.

La formation se déroule sur **trois ans** dans les Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi). Les **enseignements théoriques** sont organisés en modules de 40 à 100 heures dont la plupart sont obligatoires et quelques uns optionnels. Les **stages cliniques** ont une durée à peu près égale à celle des enseignements théoriques : ils s'effectuent en milieu hospitalier et extra hospitalier. Un module obligatoire de 80 heures et un stage de 210 heures sont consacrés à la **santé publique**.

En plus des enseignements théoriques et des stages cliniques, 245 heures sont prévues pour le **suivi pédagogique** des étudiants.

L'**éducation pour la santé**, individuelle et collective, fait partie du travail des infirmiers : elle figure dans le décret relatif à l'exercice de leur profession. Elle est donc logiquement mentionnée dans les objectifs généraux de la formation initiale. Elle apparaît explicitement dans la description de plusieurs enseignements obligatoires :

- Dans le module de santé publique : définitions de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, techniques d'éducation pour la santé en fonction des publics concernés.
- Dans le module 4 de soins infirmiers : la démarche éducative (théories de l'apprentissage, apprentissage du geste et vérification de son acquisition, protocoles éducatifs, utilisation des différentes méthodes et des différents moyens).
- Dans chaque module consacré à l'étude d'un groupe d'affections (cardiovasculaires, respiratoires, psychiatriques, cancéreuses, etc.) avec des intitulés variables : santé publique et éducation, éducation de la personne soignée et de son entourage en matière d'hygiène de vie, éducation des malades, éducation des parents...

Une étude sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les Ifsi

Une enquête a été menée, en 1999, sur la manière dont l'éducation thérapeutique du patient est enseignée aux futurs infirmiers¹³. Un questionnaire a été adressé à un échantillon représentatif de 100 Ifsi sur 420. 47 ont répondu. Cette étude avait pour objectif d'identifier les modèles conceptuels de référence, les contenus, les objectifs et les stratégies pédagogiques utilisés pour l'enseignement de l'éducation thérapeutique.

Les auteurs signalent la difficulté qu'éprouvent les équipes pédagogiques des Ifsi à s'appuyer sur un cadre théorique précis dans le domaine de l'éducation thérapeutique. De ce fait, l'accent est souvent mis sur la méthodologie d'intervention. Il semblerait que l'on apprenne plus aux étudiants à agir sur une situation qu'à la comprendre.

L'éducation thérapeutique est principalement enseignée dans les modules de soins relatifs à certaines pathologies (diabète, asthme, colostomie, chirurgie prothétique de hanche, etc.). Seuls 5 Ifsi regroupent leurs objectifs pédagogiques d'éducation thérapeutique dans un enseignement transversal. Les Ifsi établissent un lien étroit entre promotion de la santé, éducation pour la santé et éducation thérapeutique.

Ce qui est enseigné en matière d'éducation thérapeutique dépend beaucoup :

- de la façon dont les formateurs conçoivent la démarche de soins infirmiers,
- des méthodes pédagogiques qu'ils utilisent avec les étudiants.

Cet enseignement étant intégré à plusieurs modules et stages, il est difficile d'en connaître précisément la durée.

Il semblerait que les techniques pédagogiques qui favorisent les échanges et la créativité, et qui sont recommandées dans le domaine de l'éducation thérapeutique, soient peu utilisées pendant la formation.

Les représentants d'associations de patients interviennent dans l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans 30 Ifsi sur les 47 qui ont répondu.

A l'Ifsi de la Croix Rouge à Limoges

Cet établissement existe depuis 1906. A l'origine il assumait la double fonction de dispensaire et d'école, on y formait des infirmières et des assistantes sociales. Il s'est toujours situé au carrefour de la santé et de l'action sociale. Aujourd'hui, en tant qu'Ifsi, son but est de former des professionnels qui « permettront aux personnes de développer leur santé » et non pas qui « soigneront des maladies ».

L'éducation pour la santé est enseignée depuis longtemps : à la fin des années 70, les étudiants animaient des stands à la foire-exposition de Limoges. Actuellement l'éducation pour la santé constitue un axe important de la formation et s'inscrit dans la logique du projet

¹³ Justumus M, Gagnayre R, d'Ivernois JF, *L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les Instituts de formation en soins infirmiers français*. Bulletin d'éducation du patient, vol. 19, n° 3 (2000), pp 153-162.

d'établissement. La formatrice qui en a la responsabilité a obtenu le Diplôme universitaire de Santé publique et communautaire de Nancy. L'Ifsi est partenaire du programme national d'éducation pour la santé au collège mis en œuvre par la Croix Rouge et l'Education Nationale en 1995 et intitulé « Vive la santé dans les collèges ».

Selon la directrice, l'enseignement de l'éducation pour la santé trouve sa légitimité et ses racines dans les **principes pédagogiques de l'établissement** :

- L'équipe pédagogique s'attache quotidiennement à promouvoir des valeurs humanistes et une approche globale de la personne, à développer l'autonomie et la responsabilité : cela se traduit notamment par le choix des critères d'évaluation.
- L'étudiant est acteur de sa formation : dès son arrivée à l'Ifsi, il est invité à rédiger un projet professionnel à partir de ses représentations du métier d'infirmier et de ses aspirations. Au fil de sa formation, il étoffe son projet, éventuellement le réoriente. Son mémoire de fin d'études rend compte de son évolution.
- Les stages effectués par les étudiants servent de points d'ancrage aux enseignements, avec des allers-retours permanents entre la théorie et la pratique et une formation à la recherche.
- De plus, l'étudiant est invité à s'inscrire dans le mouvement associatif Croix Rouge Française à travers des activités bénévoles et volontaires (soutien aux personnes victimes de la tempête en 2000, de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2001, aide humanitaire au Mali...).

« Que ce soit en milieu hospitalier, en ville, à l'école ou en entreprise, l'infirmière côtoie les personnes pendant un certain temps. Elle doit être capable de recueillir leur parole, de percevoir leurs besoins et leurs attentes, au plan individuel et au plan collectif. Il est de sa responsabilité de faire quelque chose de l'information qu'elle recueille, de l'aider à se structurer dans le sens d'une réponse adaptée aux besoins. » La formatrice responsable de l'enseignement de santé publique justifie ainsi l'orientation qu'elle donne à la formation : pour favoriser la prise de parole des usagers, il est nécessaire d'entraîner les professionnels à l'écoute, aux méthodes actives, à l'approche communautaire.

En **première année** plusieurs enseignements constituent des **pré-requis** pour aborder ensuite l'éducation pour la santé : par exemple l'étude des représentations de la santé et de la maladie en sociologie, le développement psychoaffectif, les conduites et les comportements en psychologie, les mécanismes de base de la communication, les méthodes d'analyse des problèmes de santé au plan individuel et au plan communautaire... Un **stage de santé publique** de trois semaines permet aux étudiants de découvrir la fonction d'infirmier dans différents lieux de vie (écoles, crèches, entreprises...).

La **deuxième année** représente le **temps fort** de la formation en éducation pour la santé.

Un enseignement de 25 heures est consacré à la **démarche éducative**, individuelle et collective :

- Des liens sont établis entre les théories de l'apprentissage et l'éducation pour la santé.
- La démarche éducative est présentée comme une méthode d'analyse qui vient compléter la démarche de soins pour les personnes malades.
- Elle s'intègre à la démarche de santé publique pour les groupes en santé.
- L'enseignement est composé d'apports théoriques et d'études de cas : par exemple, les étudiants doivent identifier les besoins prioritaires de santé chez les jeunes d'un lycée,

en analysant le registre des passages à l'infirmerie de l'établissement et des articles sur la santé des adolescents. Ils doivent ensuite proposer un programme d'action.

Les étudiants doivent également concevoir, mettre en œuvre et analyser, avec leurs enseignants, une séance d'éducation pour la santé auprès de leurs pairs : ils se forment ainsi à différentes **techniques d'animation de groupe**.

Pendant 32 heures, les étudiants se forment à la **relation d'aide** et s'entraînent à développer une attitude d'**écoute active** : cet enseignement leur permet d'acquérir des compétences également utiles en éducation pour la santé.

En fin de deuxième année, environ un tiers des étudiants suivent un **module optionnel** de 80 heures au cours duquel ils vont **recueillir et analyser les besoins ressentis** par une population sur un thème de santé. Par exemple, certains sont allés en entreprise s'entretenir avec des membres du personnel sur la prévention des risques liés au travail sur écran. D'autres, au Point Santé de l'Assurance-maladie, ont interrogé des personnes en situation de précarité sur leur perception des institutions de santé susceptibles de leur venir en aide. Un troisième groupe a recueilli les attentes des jeunes en matière d'hygiène au sein d'une association (ces jeunes itinérants se déplacent de festival en festival) pour mener des actions de prévention auprès de ce public.

En troisième année, les étudiants effectuent un stage d'un mois en santé publique, par groupes de quatre. Ils vont dans des lycées, des entreprises, des hôpitaux (département d'information médicale ou service de médecine du travail), dans des lieux d'accueil des compagnons du Tour de France ou même à l'étranger (Afrique, Vietnam). Ils doivent faire une **étude de besoins** ou mettre en place une **action éducative**. Ils sont encadrés par les infirmières du lieu de stage.

Par ailleurs dans chaque module consacré à l'étude d'un groupe d'affections, l'**éducation du patient et de son entourage** est systématiquement abordée (par exemple en cancérologie, à propos des stomies ou dans le traitement de l'obésité, du diabète...).

En fin d'année, la synthèse des apprentissages se fait avec les formateurs de l'Ifsi en intégrant les comptes rendus de stages. Des questions sont systématiquement posées aux étudiants sur la **participation des usagers** aux actions qu'ils ont mises en place.

Le niveau de satisfaction des étudiants à l'issue de ces différents enseignements est généralement très bon : les méthodes pédagogiques utilisées sont notamment très appréciées. Après quelques mois d'exercice professionnel, les anciens étudiants sont interrogés sur la qualité et l'utilité de l'enseignement qu'ils ont reçu : 98 % sont satisfaits pour ce qui concerne les soins curatifs, 94 % pour les soins relationnels, 89 % pour les soins préventifs, 73 % pour les soins éducatifs et 51 % pour les urgences.

La formatrice perçoit plusieurs limites à l'enseignement qu'elle coordonne :

- L'enseignement devrait accorder plus de place à l'**étude des comportements humains**, à la façon dont ils évoluent, au rôle d'accompagnement des professionnels : par exemple, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, les étudiants savent bien identifier les différents stades d'acceptation de la maladie mais ils ont du mal ensuite à comprendre pourquoi certains patients ne modifient pas leurs habitudes.

- **L'organisation actuelle du système de soins** laisse peu de place à l'expression des usagers et ne facilite donc pas la mise en œuvre d'une démarche communautaire.
- Au cours de leur stage de troisième année, les étudiants se conforment vite à l'**attitude des professionnels** qui les encadrent même si elle est en contradiction avec ce qu'on leur enseigne à l'Ipsi.
- Dans les **épreuves du diplôme d'Etat**, l'évaluation porte surtout sur la qualité des soins physiques et curatifs.

Les puéricultrices

Le cursus de formation des puéricultrices se caractérise par le cumul de deux diplômes :

- le premier dit « de base » : le diplôme d'Etat d'infirmière ou de sage-femme,
- le second dit « de spécialisation » : le diplôme d'Etat de puéricultrice¹⁴.

Le second diplôme est obtenu après une formation de 1500 heures qui s'organise le plus souvent sur une période de douze mois (formation à temps plein).

L'enseignement est fondé sur une approche globale de la santé de l'enfant et de son entourage. Les méthodes pédagogiques utilisées sont centrées sur la personne en formation, dans le but de favoriser sa réflexion et une transformation en profondeur de ses pratiques professionnelles. La validation prend la forme d'une évaluation continue des capacités professionnelles.

Le Comité d'entente des écoles de puéricultrices, créé en 1974, est une association qui regroupe les 34 établissements de formation existant actuellement en France. Il a récemment proposé une actualisation du programme des études. Celles-ci se dérouleraient sur dix-huit mois sans augmentation du nombre d'heures de cours mais selon une organisation permettant des allers-retours entre la formation et la pratique professionnelle. Un module d'enseignement de 120 heures serait consacré à la promotion de la santé avec l'objectif que la future professionnelle soit capable :

- d'agir en faveur de la promotion de la santé du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la famille,
- de concevoir, négocier et réaliser des projets de promotion de la santé, en partenariat avec les acteurs concernés dans des situations d'éducation thérapeutique et des situations d'éducation pour la santé.

Formation continue

L'Ipcem et le Grieps

Ces deux organismes contribuent depuis de nombreuses années à la formation des infirmières en éducation du patient. Leurs activités sont décrites dans le chapitre relatif aux formations spécialisées non universitaires. En effet la plupart des formations qu'ils proposent sont

¹⁴ Source : Comité d'entente des écoles de puéricultrices.

ouvertes à tous les professionnels de santé même si leur public est majoritairement composé d'infirmières et de cadres soignants.

L'ANFH

Chaque année, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) développe, à l'intention du personnel de ses établissements adhérents, des actions de formation nationales sur des thèmes proposés par elle-même ou par le Ministère de la Santé (Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins). Ces actions sont réalisées par des organismes de formation, retenus après une procédure de mise en concurrence.

L'ANFH privilégie les actions innovantes en terme de contenu et de dispositif pédagogique. Elle accorde une attention particulière aux sujets en lien avec la santé publique¹⁵. Ni la promotion de la santé ni l'éducation du patient n'apparaissent dans les thèmes proposés en 2000, 2001 et 2002.

Commentaires

La fonction éducative des infirmiers est reconnue dans les textes officiels. Elle apparaît explicitement dans le décret relatif à l'exercice professionnel et dans le programme des études initiales. Malheureusement, dans les Ifsi, peu d'équipes enseignantes sont formées à la santé publique et à la pédagogie. Cela explique sans doute que les pratiques de formation en éducation pour la santé ne soient pas toujours à la hauteur de ce que les textes pourraient laisser prévoir.

De nombreuses infirmières hospitalières se sont formées à l'éducation thérapeutique dans les vingt-cinq dernières années. Une fois revenues dans leur service, plusieurs éléments gênent la mise en application des compétences qu'elles ont acquises :

- Un fonctionnement hospitalier orienté vers la prise en charge des urgences et des maladies aiguës donc peu propice au développement d'activités qui relèvent de la promotion de la santé.
- Un manque de soutien de la part de la profession médicale qui considère rarement l'éducation du patient comme une priorité et qui, dans sa grande majorité, n'a reçu aucune formation dans ce domaine.
- Une durée moyenne d'hospitalisation de plus en plus brève.
- Un manque chronique d'effectifs dans les services.

Recommandations spécifiques

- 1- Appliquer aux infirmières et aux puéricultrices les recommandations générales présentées dans le chapitre introductif.**
- 2- Décrire l'enseignement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, de façon beaucoup plus précise dans le programme officiel de formation initiale.**

Dans le cadre d'un séminaire de travail, des enseignants d'Ipsi et des formateurs en éducation pour la santé/éducation thérapeutique, devraient rédiger des propositions pouvant s'intégrer au programme officiel des études et prévoyant notamment :

- Un module transversal d'enseignement de la promotion de la santé réparti sur les trois années d'études, incluant l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique, avec des consignes précises concernant les modalités d'apprentissage des étudiants.
- Un stage clinique dans un service pratiquant l'éducation thérapeutique.
- L'intégration de critères d'évaluation relatifs à l'éducation pour la santé dans les épreuves du diplôme d'Etat.

Ces propositions seraient ensuite proposées au Conseil supérieur des professions paramédicales.

- 3- Identifier la place accordée à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique dans la formation des cadres infirmiers.**

Il n'a pas été possible d'explorer, dans le cadre de cette mission, la formation des cadres infirmiers. Il faut donc poursuivre le travail dans cette voie. Les cadres infirmiers peuvent en effet contribuer de façon importante au développement de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, notamment en milieu hospitalier.

- 4- Mettre en œuvre l'actualisation du programme de formation initiale des puéricultrices proposé par le Comité d'entente des écoles de puéricultrices.**
- 5- Proposer à l'ANFH de faire figurer parmi les thèmes de formation nationale la promotion de la santé à l'hôpital et l'éducation thérapeutique.**

Les enseignants

Une circulaire d'orientation

Formation initiale

Dispositif
A l'IUFM de Clermont Ferrand

Formation continue

Dispositif
Les Programme nationaux de pilotage
Les Plans académiques de formation
L'Adosen

Des enquêtes sur les formations en éducation pour la santé dans les IUFM

Commentaires

Une offre difficile à recenser
Une offre très inégale
Une approche souvent disciplinaire et thématique

Recommandations spécifiques

Une circulaire d'orientation

Une circulaire de 1998 fixe les « orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège »¹⁶. « Composante d'une éducation globale, l'éducation à la santé ne constitue pas une nouvelle discipline : elle se développe à travers les enseignements et la vie scolaire. Tous les personnels membres de la communauté éducative y prennent part, individuellement et collectivement, chacun selon la spécificité de ses missions. »

Un chapitre est consacré à la formation initiale et continue des personnels qui « constitue un moyen essentiel pour promouvoir la généralisation de l'éducation à la santé ». Le texte parle d'une formation qui doit privilégier les méthodes par rapport aux contenus spécialisés. Il est recommandé, pour favoriser le partenariat, que les publics et les équipes de formateurs appartiennent à plusieurs catégories de personnels.

Formation initiale

Dispositif

Pour devenir Professeur des écoles ou Professeur de l'enseignement secondaire, il faut d'abord obtenir une licence à l'université puis passer un concours de recrutement que l'on prépare pendant un an dans un Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM). Après réussite au concours on poursuit ses études au sein de l'IUFM pendant encore un an.

L'articulation entre la théorie et la pratique est un principe général de la formation : au cours des deux années, les étudiants consacrent environ un tiers de leur temps à la préparation, la réalisation et l'analyse de leurs stages dans des établissements scolaires. Pour les professeurs des écoles, la moitié de la formation théorique se rapporte aux disciplines qu'ils devront enseigner (mathématiques, français, etc.), l'autre moitié est générale (psychopédagogie, organisation de la classe, projets d'établissement...). Pour les professeurs des lycées et collèges, la formation disciplinaire occupe environ les deux tiers de la formation théorique.

La circulaire relative à l'élaboration des projets des IUFM précise que « les formations non disciplinaires visent, entre autres, à permettre aux futurs professeurs de situer leur place et leur rôle d'enseignant au sein de la communauté éducative et leur donnent l'occasion d'identifier les différents partenaires avec lesquels ils auront à être en relation, notamment dans le domaine de l'éducation à la citoyenneté, à l'environnement et à la santé. »

Tous les étudiants doivent rédiger et soutenir un mémoire à la fin de leur formation. Ce travail a pour but de vérifier leurs capacités à :

- identifier un problème ou une question concernant leur pratique professionnelle,
- l'analyser et proposer des pistes d'intervention en se référant aux travaux existant dans ce domaine.

¹⁶ Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998, publiée dans le Bulletin officiel de l'Education nationale n° 45 du 3 décembre 1998.

A l'IUFM de Clermont Ferrand

La formation des enseignants dans le domaine de la santé repose sur un **partenariat solide** entre l'IUFM, d'autres services de l'Education nationale (médecins, infirmières, assistantes sociales, conseillers pédagogiques, inspecteurs...) et des institutions ou associations de santé publique (Drass, Urcam, département universitaire de santé publique, URML, associations de prévention...). Plusieurs éléments forgent ce partenariat :

- des stages de quatre jours proposés aux médecins, infirmières, assistantes sociales, conseillers pédagogiques, inspecteurs, autant de professionnels qui acquièrent ainsi une culture commune en promotion de la santé et qui contribuent ultérieurement à former les enseignants sur le terrain ;
- des actions et des recherches menées en collaboration ;
- des journées régionales d'éducation pour la santé en milieu scolaire, moments privilégiés d'échanges et de valorisation des pratiques ;
- une coordination des financeurs (Drass, Urcam, Rectorat...) qui se sont organisés en comité pour lancer un appel à projets unique, s'inscrivant dans les priorités régionales de santé ;
- une plate-forme de l'observation sanitaire et sociale qui rassemble toutes les données de santé publique recueillies dans la région ;
- la préparation d'un DESS de promotion de la santé en milieu scolaire qui verra le jour à la rentrée universitaire 2003, sera co-délivré par le département de santé publique de l'Université et l'IUFM et associera plusieurs intervenants issus du champ professionnel.

Pendant l'année de formation qui suit leur réussite au concours, les **professeurs des écoles** suivent un **module obligatoire sur la santé et la sécurité à l'école**. Ils sont d'abord invités à noter, au cours des stages qu'ils effectuent, leurs observations et leurs questions concernant la place de la santé et de la sécurité à l'école, le comportement des enfants dans ces domaines et les projets d'éducation pour la santé. **Trois séances de trois heures**, en petits groupes, sont ensuite consacrées au partenariat, au rôle de l'école et du maître en matière de prévention, à la place de l'éducation pour la santé dans les activités de classe. Les étudiants réfléchissent à partir de cas concrets (délivrance de médicaments à l'école, accueil d'un enfant diabétique, suspicion de mauvais traitements...). Des projets d'éducation pour la santé réalisés dans le département leur sont présentés, notamment dans le domaine de la prévention de l'alcoolisme et des conduites à risques.

Par ailleurs, ils assistent à deux **conférences** au cours de l'année : en 2001/2002, les thèmes traités sont la sécurité à l'école et la maltraitance.

Enfin un module de trois heures intitulé « Apprendre à porter secours » leur permet de s'initier aux **gestes de premier secours**.

Plusieurs **mémoires de fin d'études** portent sur un projet d'éducation pour la santé.

Quant aux **professeurs des collèges, lycées et lycées professionnels**, ils participent, après avoir réussi le concours, à un **atelier optionnel** de trois séances de trois heures : 15 thèmes leur sont proposés, parmi lesquels l'éducation pour la santé. Cet atelier est animé par une Conseillère principale d'éducation, des infirmières et assistants sociaux de l'Education nationale. L'objectif est de « permettre aux enseignants d'envisager une participation à

l'éducation à la santé et à la citoyenneté au sein de leur établissement ». Le guide *Repères pour la prévention des conduites à risques* leur est présenté de même que des actions menées dans le cadre des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Dans certains établissements du département, les étudiants bénéficient au cours de leur stage d'une formation à l'éducation pour la santé (mise en place d'un CESC, participation à des projets...). La participation des stagiaires aux CESC (là où ils existent) est aussi fortement encouragée.

Les professeurs de sciences de la vie et de la terre (SVT), d'éducation physique et sportive (EPS) et d'histoire géographie, ainsi que les Conseillers principaux d'éducation, suivent un module d'éducation pour la santé de 3 à 6 heures, spécifique à leur discipline. Les professeurs d'EPS assistent à une conférence sur la pratique de l'EPS par les enfants asthmatiques.

Tous les étudiants qui le souhaitent, quelle que soit leur filière, peuvent suivre 20 heures d'enseignement supplémentaires et obtenir l'Attestation de formation aux premiers secours.

Formation continue

Dispositif

Le Ministère définit un programme national de pilotage « pour accompagner les réformes ministérielles et contribuer à l'amélioration du service public d'enseignement »¹⁷. Les actions s'adressent à un public large, susceptible de relayer au niveau local les orientations prioritaires. Ce programme comporte :

- des **conférences universitaires** pour l'actualisation des savoirs disciplinaires et l'accompagnement des réformes engagées,
- des **séminaires** nationaux ou inter-académiques qui réunissent des représentants des différentes régions et alimentent ainsi les formations ultérieurement organisées dans les académies,
- des **universités d'été** qui se déroulent pendant les vacances scolaires, rassemblent 150 à 200 participants dont certains peuvent être extérieurs à l'Education nationale (représentants d'autres ministères, des collectivités territoriales, élèves, parents d'élèves...).

Par ailleurs chaque Recteur a la responsabilité d'un Plan académique de formation qui est mis en œuvre par l'IUFM de sa région.

Les programmes nationaux de pilotage

En 1998/99, des séminaires inter-académiques de trois jours ont été consacrés à la **mise en place des CESC**. Ils réunissaient six représentants par académie (enseignants, personnels de direction et personnels médico-sociaux). Ils ont permis ultérieurement l'organisation d'un

¹⁷ *Nouveaux dispositifs de formation continue année 2000-2001*. Bulletin officiel de l'Education nationale n° 46 du 23 décembre 1999.

grand nombre de formations au niveau des académies, des bassins et des établissements. Actuellement plus de 60 % des lycées et collèges disposent d'un CESC. Une enquête a été menée en 2001, auprès des établissements, pour faire le bilan des CESC : un rapport parlementaire sera remis au Ministre de l'Education en mars 2002.

De la même façon, des séminaires ont été organisés pour faciliter la **mise en œuvre des Rencontres éducatives sur la santé au collège**, telles que définies dans la circulaire de 1998 précédemment citée, mais ils n'ont été suivis que de rares initiatives sur le terrain. Les chefs d'établissement semblent avoir du mal à intégrer ces moments d'échanges à l'emploi du temps des élèves.

Fin 2001, un Programme national de pilotage intitulé « Politique du Ministère de l'Education nationale dans le cadre de la politique publique de **lutte contre la drogue et de prévention des dépendances** » a réuni pendant trois jours des responsables académiques puis deux personnes ressources par département dans le but d'impulser des actions sur l'ensemble du territoire. Sur ce même thème des séminaires organisés les années précédentes avaient abouti à la publication de plusieurs guides méthodologiques, notamment les guides « Repères ».

Par ailleurs depuis 1995, un Programme national de pilotage sur l'**éducation à la sexualité** a permis de former parmi les personnels de l'Education nationale :

- 220 formateurs d'adultes qui ont suivi 75 heures de sexologie leur permettant d'obtenir l'Attestation d'études universitaires et 75 heures de méthodologie et pédagogie appliquée ;
- 10 000 intervenants qui interviennent en binômes auprès des collégiens.

Les plans académiques de formation

La consultation des Plans académiques de formation sur les sites internet de certains IUFM met en évidence l'existence de stages thématiques en rapport plus ou moins direct avec l'éducation pour la santé : éducation à la sexualité, prévention des conduites à risque, prévention du suicide, prévention de la violence...

L'IUFM de Picardie propose aux enseignants des écoles un stage d'éducation à la santé de 16 jours, dans l'Oise dont les objectifs sont ainsi formulés :

- compléter sa formation personnelle théorique et pratique sur ce thème,
- acquérir des outils d'analyse et de mise en place de séquences d'éducation pour la santé.

Un stage de deux jours est également proposé aux enseignants et personnels de santé des écoles de l'Aisne, sur l'éducation pour la santé en milieu scolaire avec présentation des outils élaborés par le CFES « Léo et la terre » et « Léo et l'eau ».

A Clermont Ferrand, un stage de trois jours est proposé sur l'éducation à la santé dans les enseignements de SVT au collège et au lycée. Un stage de deux jours est consacré à la mise en place des CESC.

L'Adosen

Cette association (Action et DOcumentation Santé pour l'Education Nationale) est placée sous l'égide de la Mutuelle générale de l'Education nationale. Son activité s'exerce dans le domaine de l'éducation à la santé et à la solidarité et s'articule autour de trois axes :

- réalisation et diffusion de documents (journal trimestriel, plaquettes thématiques, outils multimédia),
- formations générales autour de l'éducation à la santé ou thématiques, par exemple sur la prévention des conduites suicidaires des adolescents ou sur la maltraitance des enfants,
- organisation de réunions d'information sur la santé dans les établissements scolaires.

En 2001 l'Adosen a proposé d'organiser, au sein de l'Education nationale et avec le CFES, une formation de formateurs en éducation pour la santé, au niveau de chaque région. Des rencontres ont eu lieu entre les deux associations mais le projet ne s'est pas concrétisé pour l'instant.

Des enquêtes sur les formations en éducation pour la santé dans les IUFM

En 1999, un questionnaire relatif aux actions de formation en éducation à la santé a été adressé aux 30 IUFM. Il s'agissait d'identifier et de décrire les **actions de formation initiale et continue destinées aux enseignants du premier et du second degré**. 16 IUFM ont répondu offrant un total de 139 descriptifs de formation¹⁸.

Seules 41 formations ont un intitulé qui se rapporte explicitement à l'éducation pour la santé : elles s'adressent principalement aux enseignants du premier degré. Dans le second degré les formations sont plus souvent thématiques, concernant particulièrement la prévention des conduites à risque. Parmi les descriptifs envoyés par les IUFM, on trouve aussi des formations au secourisme, à la maltraitance, aux abus sexuels...

Les objectifs, quand ils sont précisés, sont nettement plus orientés vers la mise en œuvre d'actions que vers la réflexion. Les objectifs de transmission de connaissances sont préférentiellement associés aux formations thématiques. Les formations dont l'intitulé se réfère explicitement à l'éducation pour la santé ont plutôt pour objectif d'identifier la place de la santé et de la citoyenneté dans l'établissement : leur durée moyenne est de 27 heures et les méthodes pédagogiques utilisées sont, par ordre décroissant, les apports théoriques, les débats, l'étude des représentations, l'élaboration de projets et l'étude de cas.

¹⁸ Jourdan D, de Peretti C, Victor P, Motta D, Berger D, Cogérino G, Marzin P, *Etat des lieux des formations en éducation à la santé proposées dans les Instituts universitaires de formation des maîtres*. Article en cours de publication in Billon J (sous la dir.) *L'éducation pour la santé*, Presses universitaires du Septentrion, Lille.

Les actions de formation sont réalisées en partenariat dans la quasi totalité des cas : avec le Service de promotion de la santé en faveur des élèves le plus souvent mais aussi avec des associations (très rarement les comités d'éducation pour la santé) et divers services publics.

Une étude a également été menée en 2001 pour identifier les **actions relatives à la santé menées dans les sept sites de l'IUFM du Nord-Pas-de-Calais**¹⁹. Elle fournit une illustration détaillée des résultats de l'enquête nationale. Trois commentaires de l'auteur retiennent particulièrement l'attention :

- « Les enseignants, novices ou expérimentés, évoquent rarement une préoccupation en matière de santé, sauf quand ses effets sur les apprentissages et sur le comportement sont indéniables. [...] Les questions de santé leur semblent tantôt relever de la sphère privée, tantôt de compétences qui ne sont pas les leurs, avec un renvoi sur les spécialistes au sein de l'Education nationale ou sur d'autres structures (PMI, CMP, etc.). Ils se sentent soit peu concernés, soit peu compétents. »
- L'éducation à la santé, globalement peu présente dans les formations proposées, est essentiellement portée par un enseignant d'éducation physique et sportive, récemment devenu inspecteur, qui s'efforce d'investir tous les niveaux de formation (initiale et continue, premier et deuxième degrés, formation de formateurs).
- Il existe un lien entre les recherches, les formations et les actions menées dans la région : c'est ce que l'on avait déjà constaté à l'IUFM d'Auvergne.

Commentaires

Une offre difficile à recenser

Il est difficile de faire un état des lieux précis des formations en éducation pour la santé proposées aux enseignants, du fait de l'hétérogénéité des intitulés de formation et de la multiplicité des dispositifs (nationaux, académiques, par circonscription, par bassin ou par établissement).

Une offre très inégale

La situation semble très variable d'une région à l'autre : on est loin d'une offre de formation uniforme et structurée sur l'ensemble du territoire. Malgré les orientations claires données par les textes officiels, il n'existe de formation en éducation pour la santé que dans les régions où quelques professionnels sont motivés par cette activité et soutiennent son développement.

Une approche souvent disciplinaire et thématique

Même si les programmes officiels accordent une place importante à la formation générale des enseignants, il existe une sur-valorisation des formations disciplinaires. Toutes les activités transversales telles que l'éducation pour la santé en pâtissent. Dans les formations du second

¹⁹ Mackiewicz M-P, *Actions concernant la santé dans la formation des maîtres IUFM du Nord-Pas-de-Calais (2001)*. Article en cours de publication.

degré, par exemple, on constate que des modules différents d'éducation pour la santé sont proposés aux enseignants des différentes disciplines.

Parallèlement, les approches thématiques de l'éducation pour la santé sont encore prédominantes, surtout dans la formation offerte aux enseignants des lycées et collèges par les IUFM. « Depuis plusieurs années, on peut considérer qu'un consensus s'établit autour de l'idée selon laquelle, dans le système éducatif, l'éducation à la santé relève d'une approche globale de la santé des élèves, laissant une large place au développement des compétences psychosociales et non aux apports d'informations basés sur une approche hygiéniste de la santé. Les textes officiels récents vont clairement dans ce sens. Si un nombre significatif des actions de formation réalisées en premier degré tiennent compte de cet aspect, les formations pour le second degré restent encore très largement centrées sur une approche thématique et mono-disciplinaire. »²⁰

Ce sont sans doute les formations bâties autour de la mise en place des CESC qui permettent la réflexion la plus globale et l'implication d'un public pluri-catégoriel. Ce sont aussi les plus difficilement repérables car elles sont souvent organisées à un niveau très local. L'enquête en cours sur les CESC (précédemment citée) devrait apporter à ce sujet des informations intéressantes.

²⁰ Jourdan D, de Peretti C, Victor P, Motta D, Berger D, Cogérino G, Marzin P, *Etat des lieux des formations en éducation à la santé proposées dans les Instituts universitaires de formation des maîtres*. Article en cours de publication in Billon J (sous la dir.) *L'éducation pour la santé*, Presses universitaires du Septentrion, Lille.

Recommandations spécifiques

- 1- Appliquer aux enseignants les recommandations générales présentées dans le chapitre introductif.**
- 2- Formaliser les liens entre le Ministère de l'Éducation nationale et le Ministère de la santé en matière de promotion de la santé.**

Une collaboration au plus haut niveau entre ces deux ministères ne peut que faciliter le développement d'une culture commune et d'un partenariat à tous les échelons des deux administrations. Dans la même logique, au plan régional, des responsables de l'Éducation nationale devraient être systématiquement associés aux instances de santé publique afin que les programmes de promotion de la santé en milieu scolaire s'inscrivent dans le cadre des priorités régionales de santé.

- 3- Recruter au sein des IUFM des enseignants-chercheurs en éducation pour la santé.**
- 4- Etablir une collaboration régulière entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et les professionnels de l'Éducation nationale autour de la formation en éducation pour la santé.**

Cette collaboration peut s'appuyer sur la constitution d'un groupe de travail permanent réunissant notamment l'Institut, des enseignants-chercheurs d'IUFM, des universitaires de santé publique, des représentants des deux ministères, l'École nationale de la santé publique, l'Adosen et des professionnels de terrain (enseignants, médecins, infirmières et assistants sociaux de l'Éducation nationale, Cres et Codes...). Une priorité de ce groupe sera la mise en œuvre de la recommandation suivante.

- 5- Etablir un programme type d'enseignement de l'éducation pour la santé dans les IUFM.**

Ce programme type concernerait la formation initiale et continue de tous les personnels formés dans les IUFM et décrirait avec précision les modalités pédagogiques à mettre en œuvre, en particulier l'articulation avec les programmes et les acteurs de santé publique de la région. Ce travail serait présenté à la Conférence des directeurs d'IUFM.

Les formations universitaires spécialisées

Le rapport du CFES

Les Diplômes universitaires

- Bordeaux : « Santé dans la communauté, promotion de la santé et développement social local »
- Brest : « De l'information à l'alliance thérapeutique : l'éducation du patient »
- Caen : « Chargé de projet en éducation pour la santé »
- Grenoble : « Pratiques en santé communautaire »
- La Réunion : « Prise en charge éducative du sujet diabétique de type 2 »
- Lille : « Education du patient »
- Montpellier : « Formation des professionnels de la santé à l'éducation pour la santé des patients »
- Nancy : « Santé publique et communautaire »
- Strasbourg : « Formateur en promotion et en éducation pour la santé »
- Par l'internet : « Education et promotion sanitaires et sociales »

Les DESS

- Aix-en-Provence : « Promotion et développement de l'éducation à la santé »
- Lille : « Education et santé »
- Nancy : « Promotion de la santé et développement social : conduite de projets »
- Paris 13 (Bobigny) : « Formations en santé, spécialisation Education du patient »

Les projets

- Clermont-Ferrand : « Education et promotion de la santé en milieu scolaire » (DESS)
- Nantes : « Santé publique et promotion de la santé » (DU)
- Paris 6 : « Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques » (DU)
- Paris 12 (Créteil) : « Education à la santé et stratégies de prévention » (DU)
- Reims : « Education et promotion de la santé » (DU)
- Toulouse : « Education pour la santé et éducation thérapeutique » (DU)

Commentaires

Recommandations spécifiques

Le rapport du CFES

Dans le dossier technique qu'il a publié en 1998, le CFES a recensé les « formations conduites dans le cadre universitaire et comportant le terme d'éducation pour la santé dans leur intitulé et/ou dans leur programme »²¹. Sont succinctement présentées ici les formations qui existent toujours et qui sont majoritairement consacrées à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé ou à l'éducation thérapeutique. Pour en connaître plus précisément le déroulement et le contenu, on se reportera au document du CFES.

Ne sont pas évoquées les formations plus générales telles que les licences et les maîtrises en sciences sanitaires et sociales, où l'éducation pour la santé ne représente qu'une petite partie de l'enseignement.

En revanche, plusieurs formations ont été créées depuis la publication du dossier, ou ont acquis une reconnaissance universitaire qu'elles n'avaient pas à l'époque : elles sont présentées ici de façon détaillée.

Certaines formations sont encore à l'état de projet : celles qui ont été repérées dans le cadre de la mission sont signalées et brièvement décrites.

Les Diplômes universitaires

Bordeaux : « Santé dans la communauté, promotion de la santé et développement social local »

Organismes formateurs : Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement et Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé.

Objectif de la formation : Former aux méthodes de la santé communautaire et de la promotion de la santé, dans la perspective du développement social local.

Public : professionnels médicaux, para-médicaux, sociaux et de l'administration sanitaire et sociale.

Durée : 18 mois sur deux années universitaires, à raison de deux jours consécutifs par mois.

Déroulement et contenu : voir le dossier du CFES page 37.

Brest : « De l'information à l'alliance thérapeutique : l'éducation du patient »

Informations générales

²¹ Ferron C, *Développer la formation en éducation pour la santé*. Editions CFES, Dossiers techniques (1998), 72 p.

Organismes formateurs : Faculté de médecine, Faculté de lettres et Département de formation continue de l'Université.

Objectif de la formation : maîtriser les différentes étapes de conception, d'implantation et d'évaluation d'un projet d'éducation auprès des patients.

Public : médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes et psychologues (nombre d'inscrits limité à 12 par année).

Durée : une année universitaire.

Déroulement et contenu

Les principes fondateurs de cet enseignement peuvent s'envisager selon quatre perspectives :

- **Le champ professionnel d'intervention** : le soignant ne doit pas considérer les maladies et les risques comme des entités autonomes, dûment répertoriées, mais prendre en compte les personnes dans leur globalité et leur complexité, placer la maladie, la prise de risque, la santé dans leur contexte et reconnaître toutes leurs formes d'expression.
- **La conception de l'action médicale** : on passe d'un modèle paternaliste, centré sur le savoir médical, à un modèle partenarial, centré sur le patient.
- **Le mode de production des connaissances scientifiques** : on reconnaît les savoirs validés par des méthodes de recherche quantitatives telles que les essais contrôlés randomisés mais aussi les savoirs validés par des méthodes de recherche qualitatives, selon une démarche constructiviste.
- **Le modèle pédagogique** : on passe d'une logique d'enseignement, centrée sur les contenus et les objectifs à une logique d'apprentissage centrée sur la personne qui apprend.

Chaque mois est organisé un séminaire d'une journée à une journée et demie. Chaque séminaire correspond à une étape dans le travail personnel des participants :

- Présentation des participants et de leur projet.
- Le point de vue du patient.
 - o Représentations culturelles et sociales de la maladie.
 - o Le vécu individuel de la maladie.
- La communication soignant/patient.
- Le patient et le soignant dans le réseau de soins : problématique de l'implantation d'une démarche éducative.
- Elaboration et mise en œuvre du projet éducatif.
- Evaluation des programmes éducatifs.

Lors du premier séminaire, les participants relatent un cas exemplaire de leur pratique et exposent leur projet. Ces cas sont exploités par la suite tout au long du cursus et servent de base à la rédaction du mémoire. A chaque étape l'étudiant effectue un travail personnel et rend compte de son expérience lors du séminaire. Les enseignants réalisent des synthèses, proposent des pistes de réflexion et donnent les bases théoriques et méthodologiques nécessaires à l'étape suivante.

Deux tuteurs (un enseignant en sciences humaines et un enseignant médecin) accompagnent et supervisent l'étudiant tout au long de la formation.

L'enseignement est sanctionné par un mémoire individuel dont le sujet est fixé au début de la formation. Dans ce mémoire, chaque candidat rend compte du développement de son projet

personnel, s'appuyant sur son implication actuelle et future dans une démarche éducative auprès des patients.

Caen : « Chargé de projet en éducation pour la santé »

Informations générales

Organismes formateurs : Université et Comité régional d'éducation pour la santé de Basse-Normandie.

Objectifs de la formation :

- S'initier aux différentes approches de la santé (médicale, sociologique, psychologique).
- Maîtriser les concepts et les méthodes de santé globale, santé communautaire, promotion de la santé, éducation pour la santé.
- Travailler en équipe interdisciplinaire.
- S'initier à l'analyse des problèmes prioritaires de santé, à l'étude des institutions et politiques de santé.
- Pouvoir donner aux individus et aux groupes sociaux les moyens de s'approprier un projet pour leur propre santé, de progresser vers la conscience et la maîtrise de leurs conditions et modes de vie.

Public : professionnels de santé, enseignants, travailleurs sociaux, formateurs dans le domaine sanitaire et social, responsables d'associations, élus et professionnels des collectivités territoriales.

Durée : deux années universitaires.

Déroulement et contenu

Cette formation, centrée en priorité sur la méthodologie, allie les apports théoriques de spécialistes et les mises en situation des participants :

- travaux de groupes et de recherche,
- mise en place par chaque participant d'un projet d'éducation pour la santé intégré à sa pratique professionnelle et élaboré dans le cadre de la formation,
- analyse et suivi des projets, en groupe et individuellement, avec l'aide d'un tuteur conseiller méthodologique,
- rédaction et soutenance d'un mémoire portant sur le projet d'action.

L'enseignement comporte 17 séminaires de deux jours consécutifs par mois, autour des sujets suivants :

- concepts et stratégies de santé et d'éducation,
- institutions et politiques de santé,
- développement social et sociologie de la santé,
- méthodologie de projet,
- communication,
- éducation pour la santé auprès de différents publics et autour de différents thèmes prioritaires de santé,
- suivi des projets des participants et conseil méthodologique.

La présence aux séminaires est obligatoire. L'admission en deuxième année est subordonnée à la rédaction d'un document présentant l'avancement du projet. La validation finale repose sur la rédaction et la soutenance du mémoire.

Grenoble : « Pratiques en santé communautaire »

Organismes formateurs : Laboratoire de santé publique de la Faculté de médecine et UFR de sciences économiques.

Objectifs de la formation :

- Connaître les principes et les méthodes de la communication et de l'éducation pour la santé.
- Savoir analyser les besoins, planifier des programmes.
- Gérer un service et animer une équipe.

Public : cadres des services de santé publique, d'action sociale et de prévention.

Durée : une année universitaire (140 heures d'enseignement de janvier à avril).

Déroulement et contenu : voir le dossier du CFES page 30.

La Réunion : « Prise en charge éducative du sujet diabétique de type 2 »

Informations générales

Organismes formateurs : Faculté des lettres et sciences humaines de la Réunion, Facultés de médecine de Nancy et d'Amiens.

Objectifs de la formation :

- Comprendre les mécanismes physiopathologiques sous-tendant l'apparition du diabète, son histoire naturelle, son évolution, les complications, et l'effet des traitements.
- Connaître les circonstances et les éléments du diagnostic, les principes et les indications thérapeutiques, les modalités de surveillance et d'intervention.
- S'interroger sur ses pratiques professionnelles et relativiser ses représentations des soins grâce aux apports de l'anthropologie.
- Construire une dynamique professionnelle positive, fondée sur une approche globale de la personne soignée :
 - o prenant en compte son contexte socioculturel et sa maladie diabétique,
 - o suscitant sa participation à la gestion de sa santé.
- Etablir un projet d'éducation à partir de la connaissance du patient et des méthodes éducatives.
- Analyser une situation et mettre en œuvre une démarche scientifique de construction de savoirs.

Public : médecins, pharmaciens, infirmières, diététiciennes, sages-femmes.

Durée : un an.

Déroulement et contenu

L'enseignement comporte quatre modules :

- physiopathologie, diagnostic et traitement du diabète de type 2 (25 heures),
- anthropologie (25 heures),
- éducation du patient diabétique et démarche éducative (56 heures),

- didactique (70 heures).

Les principes qui sous-tendent cette formation sont de trois ordres. D'une part il s'agit d'amener les professionnels à réfléchir aux situations qui permettent aux patients, non pas de réceptionner des savoirs, mais d'en construire. D'autre part, il s'agit de rendre le professionnel acteur de sa formation, notamment par le biais d'un travail qu'il doit réaliser sur un terrain qu'il a choisi. Enfin ces démarches permettent un réinvestissement des savoirs théoriques dispensés dans les modules de diabétologie et d'anthropologie.

Les modalités d'évaluation sont différentes selon les modules : épreuve rédactionnelle de deux heures pour le premier, réalisation d'un dossier pour les trois autres.

Lille : « Education du patient »

Informations générales

Organismes formateurs : Universités de Lille I, II et III, Centre régional de ressources et de formation à l'éducation du patient (Cerfep, service de la Cram Nord Picardie).

Objectifs de la formation :

- Elaborer, conduire et évaluer un projet d'éducation du patient.
- Acquérir ou développer des capacités d'analyse du système de santé dans ses composantes historiques, politiques, sociologiques, culturelles et organisationnelles.
- Acquérir ou développer des connaissances dans le domaine du soin et de la prévention, de la psychologie et de la sociologie de la santé.
- Développer des capacités méthodologiques et pédagogiques générales.

Public : professionnels de la santé en exercice.

Durée : deux années universitaires.

Déroulement et contenu

La formation comporte un tronc commun de six unités de 40 heures d'enseignement :

- Observation et description de pratiques et situations professionnelles en éducation du patient.
- Repérage des demandes, élaboration de projets et pratiques pédagogiques.
- Conduite et évaluation de projets en éducation du patient.
- Psychologie : analyse du vécu de la maladie, des représentations sociales et des croyances de santé.
- Sociologie des organisations de santé et analyse stratégique.
- Ethique et histoire des concepts et des valeurs liés à la santé.

Les étudiants doivent par ailleurs choisir une unité optionnelle de 20 heures d'enseignement dans chacun des trois domaines suivants :

- Aspects médicaux des pathologies chroniques.
- Méthodologie et pédagogie.
- Connaissance de l'environnement et culture générale.

Le diplôme est délivré aux candidats ayant suivi avec assiduité les enseignements, obtenu la validation de chacune des unités de formation, soutenu devant un jury un mémoire présentant l'élaboration, la conduite et l'évaluation de leur projet d'éducation du patient.

Montpellier : « Formation des professionnels de la santé à l'éducation pour la santé des patients »

Informations générales

Organismes formateurs : Faculté de médecine et Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon.

Objectif de la formation : renforcer les compétences éducatives et la réflexion éthique des professionnels de la santé afin qu'ils sachent partager avec leurs patients la prise en charge de leur santé.

Public : professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des patients, professionnels chargés de l'élaboration et de l'application des politiques de santé, responsables de l'administration et de la gestion des établissements de santé.

Durée : un an.

Déroulement et contenu

L'enseignement se déroule sous la forme de sept séminaires de deux jours :

- Des représentations de la santé, de la maladie, de l'éducation... aux concepts utilisés en éducation du patient.
- Les pratiques professionnelles confrontées à l'éthique, à la morale, à la déontologie. La place du sujet dans l'éducation du patient .
- Informer et éduquer le patient : didactique et théories de l'apprentissage au service des acteurs de santé.
- La démarche de projet en éducation pour la santé des patients. Présentation des différentes approches selon le public (âge, conditions sociales, type de pathologies...). Des pratiques de terrain à la démarche de recherche.
- Conduites de relations pédagogiques : dynamique de groupe, gestion des ressources humaines, travail d'équipe ; écoute et communication avec le patient.
- Cohérence éducative due au patient et logique d'acteur et d'institution : hospitalisation, prise en charge de proximité, associations de patients.
- Place de l'éducation du patient dans les politiques régionales de santé et dans les réseaux. Rencontre avec les acteurs.

Les participants mettent en place un projet relatif à l'éducation pour la santé des patients dans le service où ils travaillent et effectuent un stage de 25 heures dans un autre service pour découvrir d'autres modes de pratiques. La validation repose sur la participation à tous les séminaires, sur la rédaction et la soutenance d'un mémoire.

Nancy : « Santé publique et communautaire »

Organisme formateur : Ecole de santé publique de la Faculté de médecine.

Objectifs de la formation :

- Analyser les problèmes de santé à l'échelle d'une communauté.
- Intégrer, dans l'activité professionnelle, les facteurs sociaux, culturels, économiques.
- Participer à la programmation et-à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé à l'échelle locale, ou dans différents environnements institutionnels ou sociaux.

Public : professions médicales et paramédicales, travailleurs sociaux, enseignants, formateurs, membres des Organisations non gouvernementales.

Durée : un ou deux ans.

Déroulement et contenu : voir le dossier du CFES page 33.

Strasbourg : « Formateur en promotion et en éducation pour la santé »

Organisme formateur : département d'éducation permanente de l'Université Louis Pasteur.

Objectif de la formation : actualiser ou acquérir les compétences essentielles en matière de pédagogie adaptée à la promotion et à l'éducation pour la santé.

Public : animateurs et formateurs en promotion de la santé des Caisses de l'Assurance-maladie, des organismes mutualistes et des associations.

Durée : une année universitaire.

Déroulement et contenu : voir le dossier du CFES page 38.

Par l'internet : « Education et promotion sanitaires et sociales »

Informations générales

Organisme formateur : IUT de Belfort-Montbéliard, Université de Franche-Comté.

Objectif de la formation : acquérir les outils théoriques et méthodologiques permettant de concevoir, réaliser et évaluer des activités, des interventions, des actions ou des programmes d'éducation et promotion de la santé et de la citoyenneté.

Public : personnes ayant obtenu un diplôme validant un premier cycle d'études universitaires ou un diplôme permettant l'exercice d'une profession médicale ou paramédicale ou un diplôme d'état d'éducateur, d'animateur ou d'assistant social.

Durée : deux ans.

Déroulement et contenu

Ce DU est préparé totalement à distance en utilisant le réseau Internet, en particulier des forums privés comme salles virtuelles de travaux dirigés. L'enseignement comporte :

- 400 heures de cours,
- 100 heures de séminaires sur des ouvrages de référence en présence de leur auteur sur le forum,
- 200 heures de stage avec rédaction d'un mémoire.

Trois filières sont proposées : prise en charge éducative des jeunes, prise en charge éducative du patient et de la personne âgée, prise en charge éducative des personnes en difficulté. Sept modules constituent un tronc commun obligatoire pour les étudiants des trois filières :

- initiation aux outils informatiques et à l'utilisation d'Internet (25 heures),
- initiation à la méthodologie pour la recherche et l'évaluation (50 heures),
- méthodes quantitatives, statistiques, traitement de données (25 heures),
- méthodes qualitatives, techniques de l'entretien et de l'observation (25 heures),
- initiation à la psychologie sociale (25 heures),
- applications de la psychologie sociale et de la psychopédagogie aux modèles théoriques en éducation à la santé (25 heures),
- éléments d'épidémiologie et grands problèmes de santé (25 heures).

Chaque étudiant participe à huit autres modules optionnels de 25 heures, en fonction de la filière qu'il a choisie.

Trois moyens d'enseignement sont utilisés pour ces modules :

- la mise à disposition d'un cours écrit, l'orientation vers des ouvrages conseillés, éventuellement des documents sonores à télécharger,
- la mise en place d'un forum de discussion permettant aux étudiants d'échanger sur le cours et de poser des questions à l'enseignant,
- un tutorat personnalisé par courrier électronique, téléphone ou visiophone.

La validation des enseignements repose sur la réalisation d'un dossier à l'issue de chaque module, éventuellement complété par une soutenance orale (téléphonie ou visiophonie). Les étudiants doivent aussi faire un résumé de l'un des ouvrages présentés dans les séminaires et poser des questions pertinentes à chaque auteur invité. Le stage et le mémoire font également l'objet d'une validation.

Les DESS

Aix-en-Provence : « Promotion et développement de l'éducation à la santé »

Organisme formateur : Université de Provence, département des sciences de l'éducation.

Objectifs de la formation :

- Sensibiliser et responsabiliser les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et éducatifs face aux problématiques d'éducation à la santé qu'ils rencontrent dans leur métier.
- Développer les compétences en matière d'aide et d'accompagnement à la conception, l'élaboration et la régulation de projets individuels et collectifs relatifs à la santé.

Public : personnels de la santé, formateurs d'éducateurs à la santé, enseignants et formateurs de l'Education nationale, formateurs d'IUFM, éducateurs et assistants sociaux.

Durée : un an.

Déroulement et contenu : voir le dossier du CFES page 49.

Lille : « Education et santé »

Organisme formateur : Université de Lille III (UFR des sciences de l'éducation) et Université de Lille II (faculté de médecine).

Objectif de la formation : former des formateurs et des experts pouvant intervenir dans l'organisation, la formation et l'évaluation d'actions d'éducation et de santé, au sein d'un service public ou parapublic, d'un organisme privé ou d'une entreprise.

Public : personnes titulaires d'une Maîtrise de sciences de la vie ayant un projet professionnel dans le champ de l'éducation appliquée à la santé. Possibilité d'admission au titre de la validation des acquis.

Durée : une année universitaire.

Déroulement et contenu : voir le dossier du CFES page 52.

Nancy : « Promotion de la santé et développement social : conduite de projets »

Organisme formateur : Ecole de santé publique de la Faculté de médecine.

Objectif de la formation : former des responsables de projets dans les métiers de promotion, coordination et réalisation des actions de santé au travers de trois approches complémentaires :

- thématique (par exemple, prévention des dépendances aux produits),
- sociale (par exemple populations défavorisées, adolescents),
- territoriale et institutionnelle (par exemple contrats de ville, programmes régionaux nationaux, coopération internationale).

Public : personnes titulaires de la Maîtrise de sciences sanitaires et sociales. Possibilité d'admission au titre de la validation des acquis, après examen du dossier tenant compte des autres formations universitaires et des expériences professionnelles.

Durée : une année universitaire.

Déroulement et contenu : voir le dossier du CFES page 48.

Paris 13 (Bobigny) : « Formations en santé, spécialisation Education du patient »

Organisme formateur : Département de pédagogie des sciences de la santé (UFR « Santé, médecine et biologie humaine » de l'Université Paris 13).

Objectif de la formation : former des personnels de santé devant exercer des responsabilités de conception, d'organisation et d'évaluation de programmes d'éducation de patients atteints de maladies chroniques.

Public : personnes titulaires d'une Maîtrise ou d'un diplôme équivalent, professionnels de la santé ou du secteur social, justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins cinq ans dans le domaine de l'éducation du patient.

Durée : une année universitaire.

Déroulement et contenu : voir le dossier du CFES page 50.

Les projets

Clermont-Ferrand : « Education et promotion de la santé en milieu scolaire » (DESS)

Organismes formateurs : Faculté de médecine de l'Université de Clermont I et IUFM d'Auvergne.

Objectif de la formation : former des experts en éducation et promotion de la santé en milieu scolaire pour occuper des postes de conseillers techniques, formateurs, conseillers pédagogiques au sein de l'Education nationale ou de chargés de mission dans les collectivités territoriales, à l'Assurance-maladie, dans le milieu associatif.

Public : étudiants titulaires d'une maîtrise (sciences de la vie, sciences de l'éducation, santé publique), enseignants, cadres et professionnels de santé de l'Education nationale, cadres de l'Assurance-maladie ou du secteur associatif.

Durée : 60 heures de cours, 260 heures de travaux dirigés, 400 heures de stage.

Méthodes pédagogiques : cours, travaux dirigés, études de cas, rencontres d'acteurs de terrain, élaboration de dossiers, rédaction d'un mémoire professionnel.

Contenu : quatre unités de formation respectivement consacrées aux concepts, aux méthodes, aux politiques et à la didactique de l'éducation pour la santé.

Nantes : « Santé publique et promotion de la santé » (DU)

Organisme formateur : Département de santé publique de la faculté de médecine et Comité régional et départemental de promotion de la santé.

Objectif de la formation : fournir aux étudiants les repères conceptuels et les méthodes de base leur permettant de comprendre l'action en santé publique et de développer des projets de promotion de la santé, notamment en direction de groupes de personnes malades.

Public : professionnels de la santé, du secteur social, du secteur éducatif, du monde associatif ou des collectivités territoriales.

Durée : une année universitaire, séminaires mensuels de 2,5 jours consécutifs.

Méthodes pédagogiques : méthodes de formation continue d'adultes qui amènent à reconstruire un corpus théorique à partir de l'expérience des participants ou d'études de cas, avec l'animation d'enseignants expérimentés, issus de l'université et du monde professionnel.

Contenu : Santé publique et santé communautaire, Institutions sanitaires et sociales et politiques de santé, Techniques d'enquêtes épidémiologiques, Méthodes en sciences sociales appliquées à la promotion de la santé, Conduite de projet, Evaluation d'une action de santé, Communication et outils pédagogiques en promotion de la santé, Education thérapeutique.

Paris 6 : « Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques » (DU)

Organisme formateur : Université Pierre et Marie Curie, service de diabétologie de l'hôpital de La Pitié.

Objectif de la formation :

Public : médecins, pharmaciens, infirmiers, diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues,

Durée : 80 heures d'enseignement réparties sur une année universitaire.

Méthodes pédagogiques :

- 20 heures en amphithéâtre (6 heures de cours magistral, 2 heures de démonstration vidéo et 12 heures de mise en situation d'animation d'un groupe).
- 60 heures en ateliers interactifs : jeux de rôles, travaux de groupes, expérimentation et création d'outils pédagogiques...

Contenu : Méthodes et techniques pédagogiques, Approche psycho-comportementale du patient, Organisation et management d'équipe, Outils pédagogiques et évaluation des acquis du patient.

Modalités d'évaluation :

- Animation éducative de groupe de patients avec mise en situation (coefficient 2).
- Exposé sur le projet professionnel (coefficient 1).

Paris 12 (Créteil) : « Education à la santé et stratégies de prévention » (DU)

Organisme formateur : UFR des sciences de l'éducation et sciences sociales.

Objectifs de la formation :

- Prendre en compte les dimensions biologique, psychologique, sociale, économique, politique, juridique, culturelle... dans une démarche d'éducation pour la santé et de santé communautaire.
- Réfléchir à la mise en place de stratégies de prévention et de traitement des conduites à risque mieux adaptées aux besoins des usagers.
- Acquérir des éléments méthodologiques d'intervention sur le terrain pour construire des stratégies partenariales et participatives entre les différents acteurs.

Public : tous les professionnels travaillant dans le domaine de la santé, du travail social, de l'éducation et de l'environnement, pouvant justifier d'une formation initiale au moins équivalente à Bac + 2 et d'une expérience professionnelle d'au moins trois ans.

Durée : deux années universitaires, une journée par semaine (33 jours de présence à l'université, 10 jours de travaux de recherche et de suivi personnalisé).

Méthodes pédagogiques : cours théoriques, initiation à la recherche (recherche-action menée en groupe sur les deux années), travaux dirigés et travaux personnels aboutissant à la rédaction et à la soutenance d'un mémoire.

Contenu : La construction du sujet (80 heures), Les représentations sociales (80 heures), Les structures institutionnelles (60 heures), La prévention (100 heures), Méthodologie et stratégies d'action (80 heures), Méthodologie de la recherche (200 heures).

Reims : « Education et promotion de la santé » (DU)

Organisme formateur : Institut régional universitaire en sciences sociales appliquées et Comité régional d'éducation pour la santé de Champagne-Ardenne.

Objectif de la formation : permettre aux professionnels d'intégrer une démarche d'éducation et promotion de la santé à leurs pratiques, de développer des actions et de nouer des partenariats en éducation pour la santé.

Public : professionnels des champs sanitaire, social et éducatif, décideurs techniques et politiques.

Durée : 180 heures en six modules d'une semaine.

Méthodes pédagogiques : enseignements théoriques, travaux pratiques, mises en situation, tutorat des étudiants pour la réalisation de leur mémoire.

Contenu (non définitif) : Concepts, approches et acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé, Apport des disciplines constitutives (psychologie, sciences de l'éducation, sociologie, communication, santé publique), Méthodologie de projet, Ethique, politiques actuelles et stratégies.

Toulouse : « Education pour la santé et éducation thérapeutique » (DU)

Organisme formateur : Faculté de médecine et Comité régional d'éducation pour la santé de Midi-Pyrénées.

Objectif de la formation : favoriser l'appropriation théorique et pratique d'outils conceptuels, méthodologiques, pédagogiques et techniques et leur mobilisation dans des actions d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique.

Public : professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux exerçant en milieu hospitalier, en libéral, en milieu scolaire, dans d'autres institutions ou dans des associations.

Durée : un an comprenant 48 heures de cours, 40 heures de stage pratique, la rédaction d'un rapport de stage et d'un projet.

Méthodes pédagogiques : apports théoriques sous la forme d'exposés, de dossiers documentaires et de bibliographie, analyses d'expérience, mises en situations, jeux de rôles, stage pratique.

Contenu : Fondements, principes et objectifs de l'éducation pour la santé, Méthodologie de projet, La relation éducative, Application à l'éducation pour la santé ou à l'éducation thérapeutique.

Commentaires

Les Diplômes universitaires et les DESS sont des diplômes à vocation professionnelle. Ils permettent d'accroître le niveau de qualification des différents acteurs de l'éducation pour la santé. Il est essentiel de soutenir leur développement.

Parallèlement, il faut former des chercheurs en éducation pour la santé : cela passe par la création d'écoles doctorales. Le groupe de travail qui a préparé le Plan national d'éducation pour la santé a mentionné dans ses conclusions : « Il n'y a pas en France de tradition universitaire en éducation pour la santé. Une seule Unité propre de recherche de l'enseignement supérieur, spécialisée en éducation thérapeutique existe, à l'université de Paris 13-Bobigny. »

Recommandations spécifiques

1- Soutenir la création dans chaque région d'au moins un Diplôme universitaire d'éducation pour la santé, incluant l'enseignement de l'éducation thérapeutique.

Les diplômes existants devront être soumis à la procédure d'accréditation prévue dans les recommandations générales de ce rapport.

Par ailleurs, à la suite de l'état des lieux réalisé dans le cadre des Schémas régionaux d'éducation pour la santé, les Drass pourraient s'appuyer sur les délégués régionaux de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé pour identifier, dans leur région, les départements universitaires les mieux à même de mettre en place ce type de formation.

Priorité sera donnée aux diplômes inter-universitaires, s'appuyant sur une collaboration entre des UFR de lettres, sciences humaines ou sciences de l'éducation et des départements de santé publique. Le mode d'organisation de ces formations devra les rendre accessibles à une diversité de professionnels, travaillant dans le secteur public, privé, associatif ou libéral.

2- Créer, dans plusieurs filières universitaires, des diplômes de deuxième cycle orientés vers l'éducation pour la santé.

Les étudiants, titulaires d'un Deug dans l'une des disciplines qui fondent l'éducation pour la santé (santé publique, sciences sanitaires et sociales, sciences humaines, sciences de l'éducation), pourraient suivre, dès le deuxième cycle, un début de formation en éducation pour la santé puis s'orienter vers un DESS ou un doctorat dans ce domaine. Cela suppose la mise en place, au sein des Unités de formation et de recherche, de sous-unités consacrées à l'éducation pour la santé.

3- Soutenir la création de DESS à orientations variées.

Il existe plusieurs champs d'exercice de l'éducation pour la santé : en milieu scolaire, en entreprise, en structure hospitalière, dans les réseaux de soins, en prison, dans le cadre des dispositifs et des programmes d'aide à l'insertion, dans les pays en voie de développement... Il est souhaitable que les professionnels qui exercent dans chacun de ces secteurs, après avoir suivi une formation généraliste dans le domaine de l'éducation pour la santé et obtenu un DU ou un diplôme de deuxième cycle, puissent choisir parmi plusieurs DESS d'éducation pour la santé, celui qui correspond le mieux à leur cadre d'exercice.

4- Encourager la création d'écoles doctorales dédiées à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique.

5- En coordination avec la Ministère de la recherche et le Ministère de l'Education nationale, désigner l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique comme champs prioritaires de recherche.

Ces deux dernières recommandations ont déjà été formulées par le groupe de préparation du Plan national d'éducation pour la santé. Elles supposent la mise en place d'une politique d'appel d'offres et l'intégration de ces thèmes au processus de labellisation des Unités propres de recherche de l'enseignement supérieur.

Les formations spécialisées non universitaires

Le rapport du CFES

Les Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé

L'Ipcem

Le Grieps

Recommandation spécifique

Le rapport du CFES

Dans le rapport cité au chapitre précédent, le CFES s'est également intéressé aux formations non universitaires. « *Il est rapidement apparu que les formations organisées hors du cadre universitaire étaient extrêmement difficiles à cerner dans leur totalité, de par leur nombre, leur dispersion et leur variété d'appellation et de contenu.* » L'auteur donne des exemples de formations en éducation pour la santé mises en place dans un contexte institutionnel (Union des caisses nationales de sécurité sociale), dans un contexte associatif (Migrations Santé) et dans le cadre de réseaux nationaux (CPAM, Mutualité française, Cres et Codes).

D'une manière générale, ces formations sont destinées à des professionnels des secteurs sanitaire, social ou éducatif, sans sélection particulière. « *Leurs objectifs sont centrés sur l'acquisition de compétences dans un domaine méthodologique précis (mise en œuvre d'une action, techniques de communication, approche de populations spécifiques...), compétences qui peuvent être appliquées ultérieurement à l'exploration d'une thématique clairement définie (alimentation, tabac, toxicomanie, sida, accidents...)* » Ces formations de courte durée (quelques sessions de quelques jours) privilégient, à travers les méthodes pédagogiques utilisées, une approche concrète des problèmes. La participation à ces formations donne généralement lieu à la délivrance d'une simple attestation de présence.

Néanmoins certains organismes proposent des formations relativement conséquentes qui pourraient, à travers la procédure d'accréditation, permettre aux participants d'atteindre le premier niveau de qualification prévu dans le Plan national d'éducation pour la santé. Trois d'entre eux sont présentés ci-après, à titre d'exemples, sans aucune prétention d'exhaustivité.

Les Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé

En 2000, le CFES a publié un Dossier technique sur les formations en éducation pour la santé organisées par le réseau des Comités d'éducation pour la santé²². Outre les formations universitaires dont certains Comités sont partie prenante, les auteurs distinguent quatre grands types de formation.

- La **formation continue** rassemble des participants inscrits individuellement à la suite d'une proposition formulée par le Comité d'éducation pour la santé. Celui-ci fixe les pré-requis, la démarche, le contenu et les méthodes pédagogiques. Il pose comme condition à l'inscription, l'engagement de chaque participant dans un travail d'éducation pour la santé.
- La **formation de service** s'adresse à plusieurs membres d'une même équipe désireux de faire évoluer leurs pratiques et leur organisation de travail. Elle s'élabore dans le

²² Barthélémy L, Cloart L, Ferron C, Goudet B, Lapostolle-Dangréaux C, Le Grand E, Perrot M *Formations en éducation pour la santé. Repères pratiques, éthiques, méthodologiques et pédagogiques*. Editions CFES, Dossiers techniques (2000), 54 p.

cadre d'une négociation entre l'institution demandeuse, le Comité d'éducation pour la santé et les participants à la formation.

- La **formation intégrée à l'action** s'adresse à des professionnels qui organisent ou mettent en œuvre ensemble un programme d'éducation pour la santé. *« Les temps et les modalités de formation sont négociés par l'organisme promoteur de l'action et l'organisme formateur (qui peut être le même) et avec les différents partenaires au moment où s'élabore le projet. »* Les étapes de la formation suivent souvent les étapes du projet, débutant avec l'analyse de la situation et se terminant avec l'évaluation.
- La **formation de formateurs** peut être transversale ou s'adresser à une catégorie particulière de formateurs. Elle consacre bien sûr une part importante aux approches, démarches et outils pédagogiques.

Parmi les formations décrites dans le document à titre d'exemples, certaines concernent la promotion de la santé et l'éducation pour la santé en général : « Elaboration et conduite de programme » ou « Réseaux et partenariat : une autre façon de travailler en éducation pour la santé » ou « Méthodologie et éducation pour la santé », etc.

D'autres sont centrées sur un thème de santé, une population ou un lieu de vie : « Sexualité et éducation pour la santé », « Prévention du tabagisme chez les adolescents », « Accompagnement des personnes âgées et promotion de la santé », « Education pour la santé en milieu pénitentiaire », etc.

Chacune de ces formations dure trois à huit jours, souvent fractionnés en plusieurs sessions pour permettre aux participants des allers-retours entre la formation et la pratique professionnelle.

Le réseau des Comités d'éducation pour la santé précise qu'il met en place, à la demande des personnes intéressées, des formations « à la carte », susceptibles de répondre à des besoins institutionnels ou de s'intégrer à des programmes d'action, notamment les Programmes régionaux de santé.

L'Ipcem

L'Institut de perfectionnement en communication et éducation médicale (Ipcem) est une association créée en 1989 avec le soutien des laboratoires Bayer. C'est une structure de formation des soignants à l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques.

L'Ipcem organise des **cycles de formation pédagogique** sur plusieurs priorités de l'éducation thérapeutique : le diabète, l'asthme, l'hémophilie, les risques cardiovasculaires et l'enfant patient. Chaque cycle comprend deux à trois sessions de deux à trois jours, réparties sur six à neuf mois. A la fin du cycle, les stagiaires rédigent un mémoire de recherche et le soumettent à un jury afin d'obtenir le diplôme de l'Institut.

L'Ipcem propose également des **formations à thème**, de deux à trois jours chacune, permettant aux participants d'approfondir un aspect spécifique de l'éducation thérapeutique,

par exemple *L'éducation du patient par téléphone* ou *L'organisation d'une unité ou d'un réseau d'éducation*.

Il organise enfin, directement sur les lieux de soins, des **forums conseil** dont le but est d'aider les soignants ayant déjà suivi un cycle de formation à élaborer et mettre en œuvre un projet éducatif.

Depuis sa création, l'Ipcem a formé plus de 2000 soignants dont les trois quarts exercent une profession paramédicale (infirmières, surveillantes et puéricultrices en majorité). Le nombre de stagiaires s'accroît d'année en année : en 2001, 587 soignants ont suivi une formation à l'Ipcem.

L'équipe d'animation de l'Ipcem comporte 25 professionnels (médecins, infirmières, diététiciennes, psychologues) qui ont tous une double compétence : dans le domaine des soins et dans celui de la pédagogie.

Le Grieps

Le Grieps se présente comme une institution de formation et de conseil fondée en 1976²³. Il a un statut de Société coopérative professionnelle depuis 1998. Il organise plusieurs sessions de formation dans le domaine de l'éducation thérapeutique, d'une durée de quatre à cinq jours, par exemple *Eduquer le patient et la famille* ou *Relation éducative* ou *Soigner et éduquer les personnes diabétiques*, etc. Le Grieps propose aussi un cycle de formation de 35 jours répartis sur deux années et qui permet l'obtention d'un Certificat en éducation thérapeutique des patients.

Ces formations sont pour la plupart ouvertes à tous les professionnels de santé mais elles sont surtout suivies par des infirmiers, des cadres de santé et des cadres formateurs en soins infirmiers.

²³ Source : www.grieps.fr

Recommandation spécifique

Donner la possibilité aux organismes de formation associatifs ou privés de bénéficier de la procédure d'accréditation.

Les instituts de formation associatifs ou privés disposent généralement d'une souplesse d'organisation qui leur permet de s'adapter aux conditions et aux horaires de travail des professionnels en activité, dans toute leur diversité. Ils font souvent appel à des professionnels hautement qualifiés et expérimentés en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique. Il faut donc établir un système d'équivalences permettant aux personnes qui suivent des formations non universitaires accréditées d'obtenir tout ou partie des diplômes de premier niveau.

L'Ecole nationale de la santé publique

Etat des lieux

Le passé

Le présent

L'avenir

Recommandations spécifiques

Etat des lieux

Le passé

Jusqu'au milieu des années 80, l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP) était fortement engagée dans l'éducation pour la santé. Une équipe de quatre enseignants s'y consacrait à plein temps. Il était possible de suivre une formation spécialisée qui se déroulait en trois sessions de deux semaines. Par ailleurs diverses filières professionnelles comportaient un enseignement d'éducation pour la santé, par exemple dans le domaine de la planification familiale.

Cet engagement s'explique par le fait qu'un grand nombre de cadres africains venaient, à la suite de la décolonisation, suivre un enseignement à l'ENSP. Il paraissait légitime à l'époque de former ces professionnels à la promotion de la santé et donc à l'éducation pour la santé. De nombreux Français ont, dans le même temps, bénéficié de cet enseignement : personnel des Ddass et des Drass, de l'Assurance-maladie, des collectivités territoriales, médecins et infirmières de l'Education nationale...

Le présent

Depuis dix ou quinze ans, l'éducation pour la santé n'est plus une priorité, hormis dans la formation des médecins de l'Education nationale. Un seul enseignant y consacre encore une part importante de son activité et aucune recherche n'est menée dans ce domaine.

D'après les textes officiels²⁴, **les médecins de l'Education nationale** doivent « développer une dynamique d'éducation à la santé » :

- délivrer des conseils et informations aux jeunes et aux familles pendant les examens de santé et les entretiens individuels,
- participer à l'élaboration du projet santé des établissements,
- participer à la mise en place des rencontres éducatives pour la santé,
- contribuer à la coordination et à l'évaluation des actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.

En fonction de leur expérience antérieure, les médecins qui ont réussi le concours d'entrée à l'Education nationale suivent une formation longue de 24 semaines ou courte de 8 semaines. Dans un cas comme dans l'autre, un huitième de la durée de la formation est consacré à l'éducation pour la santé. En formation longue, les stagiaires travaillent en trois temps respectivement consacrés à :

- l'identification et l'analyse des représentations,
- les déterminants de la santé d'une population, les logiques des différents acteurs,
- la méthodologie de projet.

L'objectif est de les amener à jouer un rôle de conseiller méthodologique dans ce domaine plutôt qu'un rôle d'intervenant direct.

²⁴ *Missions des médecins de l'Education nationale*. Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001, parue dans le Bulletin officiel de l'Education nationale spécial n° 1 du 25 janvier 2001.

Le Crédoc (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) réalise une évaluation de la formation un an après la prise de fonction : les médecins de l'Education nationale doivent notamment dire s'ils utilisent dans leur pratique professionnelle ce qu'ils ont appris à l'ENSP. La moitié des personnes interrogées déclarent utiliser les compétences qu'elles ont acquises dans le module d'éducation pour la santé.

En formation continue, l'Ecole propose chaque année des stages de quelques jours en rapport avec l'éducation pour la santé, par exemple en 2002 : Promotion de la santé des adolescents, Promotion de la santé et évaluation des actions d'éducation pour la santé, Promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé, Promotion de la santé à l'hôpital : l'éducation du patient. Comme toutes les offres inscrites au catalogue de la formation continue, ces stages sont ouverts à l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et social et ne se réalisent que si le nombre d'inscriptions est suffisant.

En 1997 et 2001, des enseignants de l'ENSP ont participé aux enseignements et au jury de validation d'une formation de chargés de projets en éducation pour la santé, organisée par le CFES à l'intention de son personnel et des professionnels des Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé.

Les quatre enseignants qui constituaient dans les années 80 l'équipe d'éducation pour la santé travaillent toujours à l'ENSP. Au moins deux d'entre eux sont encore régulièrement sollicités pour intervenir dans des colloques, participer à des séminaires ou rédiger des articles d'éducation pour la santé.

L'avenir

Une réflexion est engagée entre l'Ecole et le Ministère de la Santé pour modifier l'organisation générale des enseignements. La structuration actuelle en dix filières provoque le cloisonnement des différents professionnels qui viennent se former à une époque où, paradoxalement, chacun vante les mérites du travail en réseau ou en partenariat pluri-professionnel.

Par ailleurs, les professionnels arrivent à l'ENSP après des parcours extrêmement variés. Cette diversité est mal prise en compte par l'organisation actuelle. L'Ecole travaille à individualiser davantage la formation : établir un bilan de compétences à l'entrée, le comparer au référentiel du métier que la personne souhaite exercer puis établir avec elle un contrat personnalisé de formation. L'enseignement serait alors organisé par modules, et non plus par filières, et le brassage des étudiants serait plus important. Certains modules pourraient être suivis en dehors de l'Ecole.

L'ENSP souhaite investir davantage le domaine de la recherche et développer son partenariat avec les universités.

La direction de l'Ecole est favorable à un nouveau développement de la formation et de la recherche en éducation pour la santé, sous réserve que le Ministère soutienne cette orientation. Des liens avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé pourraient se nouer pour rédiger les cahiers des charges des différentes formations en éducation pour la santé et définir des procédures d'accréditation des formations.

Recommandations spécifiques

1- Reconstituer une équipe d'enseignants chercheurs en éducation pour la santé au sein de l'ENSP.

Pour ne pas perdre la longue expérience de l'ENSP en éducation pour la santé, il faudrait recruter rapidement au moins deux professionnels spécialisés dans ce domaine : ils côtoieraient pendant quelques années les enseignants de l'ancienne équipe et bénéficieraient ainsi de leur expérience. La nouvelle équipe s'étofferait au fur et à mesure des départs à la retraite.

2- Organiser à l'ENSP des séminaires de travail pour soutenir la mise en place des Schémas régionaux d'éducation pour la santé.

Ces moments de concertation et de formation pourraient réunir les responsables des Schémas régionaux ainsi que les délégués régionaux de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, dans le but de garantir une certaine cohérence des politiques mises en œuvre sur l'ensemble du territoire.

3- Dans le cadre de la nouvelle organisation des enseignements, créer des modules d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique.

Ces modules, de différents niveaux d'approfondissement, devraient être accessibles aux personnels statutaires (qui dépendent de l'administration de la santé) mais aussi à d'autres publics.

4- Etablir une convention entre l'ENSP et l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé précisant leurs modalités de collaboration en matière de formation et de recherche.

L'ENSP devrait notamment être associée à l'organisation et à la mise en œuvre des séminaires de formation de formateurs mentionnés dans les recommandations générales.

Conclusion et annexes

Conclusion

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Liste des personnes consultées

Annexe 3 : Signification des sigles utilisés

Conclusion

En 1999, le Comité français d'éducation pour la santé soulignait la demande sociale croissante de formations en éducation pour la santé, tant de la part des institutions qui impulsent et financent les programmes que de la part des professionnels qui les mettent en œuvre.²⁵

Le travail présenté ici témoigne de la prise en compte de cette demande par un nombre de plus en plus grand de formateurs des différentes catégories de professionnels concernés et d'enseignants universitaires en santé publique et en sciences de l'éducation.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, créé par la Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est clairement mandaté pour soutenir le développement des formations en éducation pour la santé, y compris en éducation thérapeutique.

Les conditions paraissent donc enfin réunies pour offrir, en France, aux praticiens de l'éducation pour la santé des formations de qualité, comme c'est le cas depuis longtemps en Amérique du Nord et dans la plupart des pays européens, et accroître ainsi l'efficacité des programmes de santé publique.

Il faut maintenant que la volonté politique affichée dans le Plan national d'éducation pour la santé se concrétise, par l'attribution de moyens qui permettront aux institutions et aux professionnels concernés de développer parallèlement :

- les formations de haut niveau pour accroître le nombre de formateurs,
- les formations de base pour un grand nombre de professionnels, condition nécessaire à la mise en œuvre d'un véritable service public d'éducation pour la santé,
- les activités de recherche, corollaire indispensable des activités de formation.

²⁵ Ferron C, *Développer la formation en éducation pour la santé. Objectifs et stratégies*. Editions CFES, coll. Dossiers techniques (1999), 72 p.

Annexe 2

Liste des personnes consultées

Personnes rencontrées

Jean-Marie Cohen, médecin généraliste, directeur d'Open Rome

Martine Lalande, médecin généraliste

Anne-Laurence Le Faou, Maître de conférences en santé publique, responsable de l'enseignement de sciences humaines et sociales à la faculté de médecine de Broussais

Gérard Lévy, Professeur des Universités, cabinet du Ministre délégué à la Santé

Michel Nougairède, médecin généraliste enseignant, faculté de médecine de Bichat

A la faculté de médecine de Brest

- Jean Jouquan, Professeur de médecine interne, coordonnateur du troisième cycle de médecine générale, directeur du bureau de pédagogie médicale de la Faculté de Brest
- Claudie Haxaire, pharmacien, Maître de conférences en ethnologie et sociologie de la santé
- Jean-Jacques Kress, Professeur de psychiatrie, directeur du département de sciences humaines

A l'Unaformec

- Philippe Bonet, président, médecin généraliste
- Jean-Louis Demeaux, médecin généraliste enseignant
- Marcel Tobelem, secrétaire général, médecin généraliste enseignant
- Roger Picot, directeur pédagogique d'Agora formation, médecin généraliste enseignant

A la faculté de pharmacie de Lyon

- Geneviève Chamba, Professeur de pharmacologie
- Gisèle Bauguil, pharmacienne d'officine et « Personnel associé à temps partiel » à la faculté
- Joëlle Goudable, Maître de conférence en santé publique

Hélène Guinaudeau, Professeur à la faculté de pharmacie d'Angers, responsable de la filière Officine

Jean-François Collin, Maître de conférences à la Faculté de pharmacie de Nancy, responsable du programme « pharmaciens » pour le CFES

Robert Pujol, pharmacien d'officine, rédacteur à la Revue Prescrire, attaché de cours à l'Université Paul Sabatier de Toulouse

A la faculté de chirurgie dentaire de Paris VII

- Marie-Laure Boy-Lefèvre, Doyen, Professeur de santé publique
- Sylvie Azogui-Lévy, Maître de conférence en santé publique
- Fabien Cohen, responsable de la mission bucco-dentaire au Conseil général du Val-de-Marne, Président de la Société odontologique des centres de santé

Patrick Hescot, chirurgien dentiste, Président de l'Union française pour la santé bucco-dentaire, Secrétaire général de l'Association dentaire française

A l'Institut de formation en soins infirmiers de la Croix Rouge française (Limoges)

- Geneviève Karaquillo, directrice
- Marie-Jeanne Vogoyeau, enseignante, responsable de la deuxième année d'études, coordonnatrice de l'enseignement de santé publique

S. Gendre, directrice de l'école de puéricultrices du CHU de Caen, vice présidente du Comité d'entente des écoles de puéricultrices

Au Ministère de l'Education nationale

- Annick Riffiod, cabinet du Ministre
- Nadine Neulat (Bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention)
- Félicia Narboni (Bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention)

A l'Institut universitaire de formation des maîtres d'Auvergne (Clermont Ferrand)

- Raymond-Philippe Garry, Directeur
- Dominique Berger, Docteur en sciences de l'éducation, membre du Groupe de recherche en éducation à la santé en milieu scolaire
- Didier Jourdan, Maître de conférences, membre du Groupe de recherche en éducation à la santé en milieu scolaire
- Nadine Amblard, médecin conseillère technique du Recteur
- Janine Batisse, infirmière conseillère technique de l'Inspecteur d'académie
- Maryse Couturier, Inspectrice de l'Education nationale
- J. Gagnepain, assistante sociale conseillère technique du Recteur
- Yvonne Glanddier, Professeur de santé publique, université de Clermont I
- Marie Josée Gombert, Urcam d'Auvergne
- Jorge Stirling, infirmier conseiller technique du Recteur

Daniel Motta, Département Didactique des disciplines à l'Institut national de la recherche pédagogique, membre du Groupe de recherche en éducation à la santé en milieu scolaire

Au Département de pédagogie des sciences de la santé de l'Université Paris 13

- Jean-François d'Ivernois, Professeur de sciences de l'éducation
- Rémi Gagnayre, Professeur de sciences de l'éducation

A l'Ecole nationale de la santé publique (Rennes)

- Pascal Chevit, directeur
- Anne Laquet, enseignante
- Josiane Carvalho, responsable de la formation des médecins de l'Education nationale
- Philippe Lecorps, enseignant
- Jean-Claude Palicot, enseignant

Personnes consultées par téléphone

Claude Attali, médecin généraliste enseignant, Paris XII

Jean-Pierre Deschamps, Président du Conseil scientifique du CFES, Professeur de santé publique, Nancy

Maryse Justumus, enseignante à l'Institut de formation en soins infirmiers à Auch
Alain Libert, médecin généraliste, vice-président de MG France
Pierre Lombrail, Professeur de santé publique, Nantes
Marie-Pierre Mackiewicz, Maître de conférences en sciences de l'éducation, IUFM du Nord-Pas-de-Calais
Alain Monnot, Principal honoraire, Consultant auprès du Ministère de l'Education nationale pour la prévention des conduites à risques et la lutte contre la drogue

Dans les Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (Cres et Codes) :

- Lucette Barthélémy, Cres Lorraine
- Fernando Bertolotto, Cres Languedoc-Roussillon
- Laurence Birelichie, Cres Midi-Pyrénées
- Fabienne Bonnin, Cres Champagne-Ardennes
- Claude Bouchet, Cres Rhône-Alpes
- Christian Chorliet, Cres Haute-Normandie
- Catherine Corbeau, Cres Languedoc-Roussillon
- Florence Da Silva, Cres Picardie
- Alain Douiller, Codes Rhône
- Patrick Dublé, Cres Nord-Pas-de-Calais
- Patrick Dubreil, Cres Limousin
- Isabelle Escure, Cres Poitou-Charentes
- Patrick Lamour, Cres Pays-de-Loire
- Eric Legrand, Codes Indre-et-Loire
- Zeïna Mansour, Cres Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Françoise Marie, Cres Basse-Normandie
- Claude Michaud, Codes Doubs
- Anne-Marie Palicot, Cres Bretagne
- Stéphane Tessier, Cres Ile-de-France
- Jean-Luc Véret, Cres Basse-Normandie

Annexe 4
Tableau résumé des éléments ou des modules de formation à la
promotion de la santé dans les fonctions paramédicales et sociales

Synthèse sur les contenus des formations suivies sur le thème de la prévention

PROFESSIONS DE SANTE

Métiers	Textes officiels	Intitulé des modules sur le thème de la prévention
Ambulancier	Arrêté du 21 mars 1989 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module santé (notions d'hygiène générale, gestes de première urgence) ▪ Module technique (manutention du patient, retentissement du transport sur l'organisme, conduite appropriée)
Ergothérapeute	Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module méthodologie professionnelle : introduction aux actions de prévention, de soins, de rééducation et de réadaptation (principales affections médicales : prévention, traitement et prophylaxie) ▪ Module psychiatrie (réflexion sur les causes et origines des maladies mentales, le sens des symptômes) ▪ Module gérontologie et gériatrie (acquisition des techniques de prévention et de soins permettant le maintien de l'autonomie)
Infirmier	Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module hygiène (hygiène hospitalière : mesures générales de prévention) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et de l'infection par le V.I.H. (prévention des maladies transmissibles ; actions infirmières : actions préventives des surinfections ; dépistage, prévention et éducation, prévention de la contamination en milieu de soins) ▪ Module soins infirmiers aux personnes âgées atteintes de troubles neuropsychiatriques (actions infirmières : mise en place d'un projet thérapeutique visant à retarder le processus déficitaire et à maintenir les acquisitions du patient ; prévention des risques) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affection cardio-vasculaires (prévention des maladies cardio-vasculaires) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires (facteurs de risques : environnement et socioculturels, éducation et information des personnes soignées et de l'entourage en matière d'hygiène de vie) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques (prévention des accidents de la voie publique, éducation des malades)

099

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module soins infirmiers en pédiatrie et en pédo-psychiatrie (mesures de protection de l'enfance, prévention des accidents du jeune enfant, prévention des maladies contagieuses et éducation des parents) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives (éducation des personnes alcooliques, tabagiques, gastrectomisées et stomisées) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes (éducation en matière d'équilibre alimentaire de la personne soignée et de son entourage) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections néphrologiques et urologiques (épidémiologie, éducation des personnes en matière d'hygiène de vie) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections du système nerveux et électrophysiologie (éducation des personnes atteintes d'épilepsie et de leur entourage) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers (facteurs de risque des principaux cancers, dépistage et prévention) ▪ Module soins infirmiers aux urgences et en réanimation-transfusion sanguine (éducation en vue de la prévention des accidents) ▪ Module soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques (protection maternelle et infantile, dépistage des maladies génétiques) ▪ Module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections oto-rhino-laryngologiques, stomatologiques, ophtalmologiques et dermatologiques (mesures de prévention, information et éducation)
Infirmier anesthésiste	Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseignements transversaux (hygiène et sécurité : infection en milieu hospitalier, épidémiologie ; infections nosocomiales, les causes, le suivi la prévention)
Infirmier de bloc opératoire	Arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales ▪ Module maîtrise de sa fonction (répercussions psychosociologiques de l'intervention chirurgicale sur l'opéré)

Manipulateur d'électroradiologie médicale	Arrêté du 1 ^{er} août 1990 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module hygiène hospitalière ▪ Module relations, communications (recherche d'attitudes adaptées en fonction de l'âge, du contexte clinique et des circonstances de l'examen ou du traitement ; radioprotection)
Masseur-kinésithérapeute	Décret n° 89-633 du 5 septembre 1989 modifiant le décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module technologie (actions spécifiques de prévention : vaccinations, hygiène du milieu, hygiène hospitalière, santé et professions, accidents)
Puéricultrice	Arrêté du 17 octobre 1985 relatif au diplôme d'Etat de puériculture	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module capacité à résoudre un problème de soin infirmier auprès d'un enfant ou d'un groupe d'enfants (énumérer les perturbations du développement du fœtus pouvant modifier les besoins de vie du nouveau-né ; repérer les situations à risques, évaluer l'urgence) ▪ Module techniques de soins (règles d'asepsie, soins d'hygiène, de cordons)
Technicien en analyses biomédicales	Arrêté du 21 août 1996 relatif au programme des études préparatoires au diplôme d'Etat de technicien en analyses biomédicales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module épidémiologie et hygiène hospitalière (infections nosocomiales) ▪ Module qualité, hygiène et sécurité

PROFESSIONS SOCIALES

Aide médico-psychologique	Arrêté du 30 avril 1992 instituant un certificat d'aptitude aux fonctions d'Aide médico-psychologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module notions de déficience et de handicaps (sur les plans médical, psychologique, social, juridique, handicaps, perturbations affectives, maladies mentales ; différentes techniques) ▪ Module rôle de l'AMP dans la vie quotidienne, dans l'institution (soins corporels : hygiène, pratiques médicales, manipulation des handicapés)
Assistant de service social	Arrêté du 16 mai 1980 relatif aux modalités d'organisation des stages professionnels, au programme et au déroulement des enseignements et aux épreuves du diplôme d'Etat d'assistant de service social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module cadre institutionnel de l'action sociale (étude pluridisciplinaire des champs d'intervention du service social : actions en faveur de la famille : services d'information et de conseil à la famille ; actions en faveur de l'enfance et de l'adolescence : clubs et équipes de prévention, accueil, protection des enfants maltraités, adoption) ▪ Module santé (sciences biologiques et sociales : économie et législation de la santé, principales institutions sanitaires : les différentes structures d'information, de prévention, de soin ; étude pluridisciplinaire des champs d'intervention du service social : la santé de l'homme et des groupes avec une dimension éducative, préventive, curative, de réhabilitation ; prévention, réinsertion : toxicomanie, cancer, maladies vénériennes, maladies mentales, affections de l'appareil locomoteur, cardio-vasculaire, respiratoire, prévention des accidents, sévices à enfants) ▪ Module théorie et pratique de l'intervention en service social (application aux champs d'intervention du service social : problèmes posés dans la pratique professionnelle, prévention et protection sociale, prévention et contrôle sanitaire)
Auxiliaire de vie sociale	Arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'Auxiliaire de vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module santé et hygiène (aide dans la vie quotidienne en respectant les limites de ses compétences et l'intimité de la personne : alimentation, prise de médicaments, toilette, fonctions d'élimination) ▪ Module exercice professionnel, responsabilité et déontologie (notions juridiques relatives à la responsabilité civile et pénale)
Educateur de jeunes enfants	Arrêté du 20 mars 1993 relatif aux modalités de la formation des éducateurs de jeunes enfants, d'organisation des examens pour l'obtention du diplôme d'Etat et	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module pédagogie et relations humaines (relation enfant-adulte : prise en compte des différentes cultures, adaptations pédagogiques ; famille, éducation, information sexuelle) ▪ Module santé, éducation sanitaire et protection médico-sociale (prévenir les perturbations, les accidents et maintenir le bien-être de l'enfant ; concevoir des conditions d'environnement qui assurent l'hygiène et la sécurité de l'enfant ; soins d'urgence, conduites à tenir ; règles d'hygiène en collectivité ; principales maladies infantiles) ▪ Module droit, économie, société (institutions judiciaires et protection judiciaire de la

	d'agrément des centres de formation	<p>jeunesse, protection maternelle et infantile, modes de prise en charge de la petite enfance et structures d'accueil, sexualité infantile, prostitution infantile, la prison pour l'enfant et la mère)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation des stages (connaissance des problèmes des enfants de 0 à 6 ans)
Educateur spécialisé	Arrêté du 6 juillet 1990 fixant les modalités de sélection et de formation des éducateurs spécialisés, d'organisation des examens pour l'obtention du diplôme d'Etat et conditions d'inscription et d'agrément des centres de formation et condition d'agrément des directeurs et responsables d'unité de formation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module approche des handicaps, des inadaptations et pédagogie de l'éducation spécialisée (développer la connaissance des situations de handicap et d'inadaptation) ▪ Module unité juridique (système de protection sociale) ▪ Module unité de spécialisation (protection judiciaire de la jeunesse, insertion sociale et professionnelle des jeunes et des adultes en difficultés : prévention, hygiène mentale, étude du dispositif de prévention avec mise en œuvre des règles juridiques et procédures)
Moniteur-éducateur	Arrêté du 6 juillet 1990 fixant les modalités de sélection et de formation des moniteurs-éducateurs, d'organisation des examens pour l'obtention du certificat d'aptitude aux fonctions de moniteurs-éducateurs et conditions d'agrément des centres de formation et condition d'agrément des directeurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module approche des inadaptations ou de la dépendance (isolement, exclusion sociale, précarité, vieillesse) ▪ Module vie collective (organisation et animation de la vie en collectivité : transferts, sortie, repas, coucher, hygiène quotidienne, esthétique, éducation sanitaire, conduite à tenir en cas d'urgence, rapport aux soins, à la maladie, aux maladies psychosomatiques) ▪ Module droit, économie et société (la protection judiciaire de la jeunesse, la législation d'orientation et de protection sociale des personnes handicapées)

Technicien de l'intervention sociale et familiale	Arrêté du 23 septembre 1999 relatif au programme de formation conduisant au diplôme d'Etat de Technicien de l'intervention sociale et familiale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Module gestion de la vie quotidienne (alimentation : techniques des règles d'hygiène et de sécurité, maîtrise des techniques culinaires simples, de l'utilisation des équipements et du matériel ; consommation et gestion du budget : protection des consommateurs ; santé : règles d'hygiène, hygiène de la femme enceinte, grossesse à risques, soins aux jeunes enfants, accidents domestiques et gestes de premier secours ; contribution à l'éducation de la santé : principaux services et équipements de soins et de prévention, répercussions de la maladie sur la personne et son environnement) ▪ Module connaissances spécifiques des publics aidés (personnes atteintes de pathologies nécessitant un accompagnement social : approche générale des maladies, conséquences de la maladie dans la relation à l'autre, la prévention et l'accompagnement social) ▪ Module environnement social des personnes aidées et action sociale (politiques et dispositifs d'aide et d'action sociales)
--	---	---

Annexe 5
Formations en santé publique répertoriées sur le site Internet de la Société française de santé publique

Formations-Sante-Publique-Page



Formations en Santé publique

Diplôme Universitaire, Licence, Maîtrise, DESS, DEA, certificats MSBM

Ne sont mentionnées que les formations pour lesquelles nous avons reçu une documentation. N'hésitez donc pas à nous faire parvenir vos documents de présentation do@sfsp-france.org

Types de formation **MIS A JOUR!** 25 septembre 2002

Pour obtenir une première information sur ces formations cliquez sur l'endroit indiqué. Pour en savoir plus vous devez vous adresser directement aux établissements qui gèrent ces formations.

Diplôme Universitaire

Promotion de la santé et santé publique :

2001-2002 :

DU " Santé communautaire et développement social", Université Pierre et Marie Curie, Dr V. Halley des Fontaines, [cliquez ici](#)

2002-2003 :

DU de Santé publique - 3 mentions : santé publique et communautaire, Santé et développement ou politiques européennes de santé, Université Henri Poincaré Nancy 1, Faculté de Médecine, Ecole de Santé publique de Nancy, JP Deschamps, J.D. Mouton, J. Pommier, F. Claudot <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

DU "Homme, santé et société", Universités de Nantes, Formation continue, Pr F. Resche, Pr C. Maringue, <http://www.fc.univ-nantes.fr/PANO.htm#> (rubrique Sciences médicales et para-médicales)

DU "Education pour la santé", Universités de Nantes, Formation continue, Pr P. Lombrail, <http://www.fc.univ-nantes.fr/PANO.htm#>-(rubrique Sciences médicales et para-médicales)

DU "Santé publique et communautaire", Université de Rennes 1, Faculté de Médecine, Département de Santé publique, Pr J. Chaperon - [cliquez ici](#)

Diplôme de coordonnateur de programme de développement, la filière santé avec modules de formation continue (épidémiologie, éducation à la santé etc....)

www.wifaid.org

DU de Protection maternelle et infantile, Université de Paris 13, Département de santé publique et de médecine sociale, Pr A. Lazarus, - [cliquez ici](#)

Diplôme inter-universitaire de prise en charge éducative du sujet diabétique de type 2, Université de La Réunion, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université Henri Poincaré de Nancy, Faculté de Médecine, Université Picardie Jules Verne d'Amiens, Faculté de

Médecine, *Dr X. Debussche*, [cliquez-ici](#)

Diplôme d'université de qualité en santé, Hôpital Paul Brousse, *Dr Philippe Wuttmann-Bauer, Pr Claude Jasmin, Mr Léon Ouaknine*, [cliquez-ici](#) ou <http://www.kb.upsud.fr/kb/niveau2/enseignements/entreens2.html> (*rubrique Diplômes d'Université/Qualité en Santé*)

DU de " médicaments, rapport bénéfices-risques, de la prescription à l'utilisation", Université Lyon 1, Formation continue Antenne Santé, *Pr F. Gueyffier, Pr G. Chamba, Dr E. Van Ganse*, eric.vanganse@chu-lyon.fr, [cliquez-ici](#)

2002-2004 :

Diplôme universitaire en éducation du patient (DUEP), 2002-2004 Université Lille I, Lille II et Lille III, (Services et Instituts de Formation Continue du CUEEP, du SFP suivi de la FMC et de la FCEP), viviane.szymczak@cram-nordpicardie.fr ou www.cram-nordpicardie.fr ou [cliquez-ici](#)

Dépendances :

2001-2002 :

Le Diplôme Inter Universitaire International Prévention et Prise en Charge des Conduites de Dépendances, Université Catholique de Lille et Université de Montréal, *M. Malard, A. Devos*, [cliquez ici](#)

2002-2003 :

DIU "Alcool et société", Universités de Nantes, Formation continue, *Pr. Venisse*, <http://www.fc.univ-nantes.fr/PANO.htm#> (*rubrique Sciences médicales et para-médicales*)

DU "Alcoologie", Université de Rennes 1, Faculté de Médecine, Département de Santé publique, *Pr J. Chaperon* - [cliquez ici](#)

Systeme de soins :

2001-2002 :

DU : Mesurer la douleur, la dépression, la satisfaction ou la qualité de vie (Construction et validation de mesures subjectives de santé), Université Paris XI, Faculté de médecine Paris Sud, *Bruno Falissard* - [cliquez ici](#)

2002-2003 :

DIU "Qualité- Accréditation - Evaluation des établissements sanitaires et sociaux", Université Henri Poincaré Nancy 1, Faculté de Médecine, Ecole de Santé publique de Nancy - *Francis Guillemin* - , en collaboration avec l'Institut d'Administration des Entreprises (IAE) - *Didier Montay* -, et Université Nancy 2 et l'Ecole nationale supérieure en Génie des Systèmes Industriels (ENSGSI) - *Jean Pierre Grandhaye* <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Diplôme universitaire de prévention de l'infection nosocomiale, Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Diplôme inter universitaire d'hygiène hospitalière, Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Diplôme universitaire d'information médicale, 2002-2003, Université de Lille II - droit et santé, Pr. M. Boniface, Dr Y. Cren, Dr P. Fievet, mbonifac@phare.univ-lille2.fr ou nmekil@phare.univ-lille2.fr ou ycren@wanadoo.fr

Diplôme d'université 2002-2003, Formation des professionnels de la santé à l'éducation pour la santé des patients, Université de Montpellier I, UFR de médecine, Dr Claude Terral, [cliquez-ici](#)

DU "**Hygiène et épidémiologie infectueuse**", Universités de Nantes, Formation continue, Pr P. Richet, [cliquez ici](#) -(rubrique Sciences médicales et para-médicales)

DU "**Relations patients soignants : informations et décision partagée. Penser les fondements et le quotidien en santé**" - Université Claude-Bernard Lyon 1; Faculté Laënnec, Pr A. Bremond - [cliquez ici](#)

DU "**Gestion du risque nosocomial**", Faculté Xavier Bichat, Département de Santé publique, Dr S. Gottot, Dr P. Quenon - [cliquez ici](#)

DU "**Méthodes en Hygiène appliquée**", Université de Rennes 1, Faculté de Médecine, Département de Santé publique, Pr J. Chaperon - [cliquez ici](#)

DIU "**Informatique Médicale Appliquée**", Université d'Angers, Caen, Poitiers, Rennes et Tours, Pr P. Ingrand, Dr Ph. Bertrand, - [cliquez ici](#)

Diplôme inter-universitaire : infections nosocomiales et hygiène hospitalière, Faculté de médecine Paris VI Pitié Salpêtrière, Faculté de médecine Paris VII Xavier Bichat, Faculté de pharmacie Paris V, G. Brücker - [Cliquez-ici](#)

Environnement :

2001-2002 :

DU Certificat international d'écologie humaine, option Ecologie Humaine et santé, Université Aix-Marseille, Laboratoire d'écologie humaine - [cliquez ici](#)

2002-2003 :

Diplôme d'université "**eau et santé**", Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Epidémiologie et statistiques :

2001-2002 :

DU "**Interprétation des essais thérapeutiques**", Université Claude Bernard Lyon 1 - CHU de Lyon, Faculté de Médecine Laennec, Dr M. Cucherat - [cliquez ici](#)

DIU d'épidémiologie appliquée du 9 au 27 septembre 2002, Ecole Nationale de la Santé

2002-2003 :

DIU d'Epidémiologie appliquée, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Institut de Santé publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), Pr F. Dabis, Pr. J. Drucker, cliquez ici ou <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/FR-ISPED-Accueil.htm#Enseignements>

DIU "Formation à la recherche clinique et épidémiologique", Universités Henri Poincaré Nancy 1 et Reims-Champagne-Ardenne, *F. Guillemin, D. Jolly* - cliquez ici

DU de Formation par la recherche en soins infirmiers (FRSI), Universités de Nantes, Formation continue, *Pr C. Suaud*, cliquez ici ou www.umedia.univ-nantes.fr

Diplôme inter-universitaire de formation à la recherche clinique et épidémiologique, Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Diplôme universitaire Méthodes et pratique en épidémiologie : enseignement via internet 2002-2003, Université Victor Segalen Bordeaux 2, *Pr Roger Salamon, Pr Geneviève Chêne*, cliquez-ici

Licence

2001-2002 :

Licence Sciences sanitaires et sociales, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Institut de Santé publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), JF Dartigues, S Puyeo, cliquez ici ou <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/FR-ISPED-Accueil.htm#Enseignements>

2002-2003 :

Licence de sciences sanitaires et sociales, Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Licence professionnelle en promotion de la santé et éducation pour la santé 2002-2003, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Dr Sylvie Maurice Tison et Mr Bernard Cherubini <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/> ou cliquez-ici

Maîtrise

2001-2002 :

Maîtrise de Sciences sanitaires et sociales - Mention santé publique - Paris V : J.C. Henrard, Paris VI : J. Bouyer, Paris VII : Pr M. Brodin, Paris XI : Pr A. Spira - cliquez ici

Maîtrise de sciences biologiques et médicales : Biostatistique et modélisation, Université Paul Sabatier, toulouse III, Faculté de médecine Rangueil, Département d'épidémiologie, *Dr G. Tap, Pr T. Lang*, cliquez ici

2002-2003 :

Maîtrise de Sciences sanitaires et sociales, Université Henri Poincaré Nancy 1, Faculté de Médecine, Ecole de Santé publique de Nancy, *Mme Michèle Baumann, Pr JP Deschamps*
<http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Maîtrise de sciences sanitaires et sociales, Mention santé publique, Année 2002-2003, *Pr Alfred Spira*, Université Paris XI, [cliquez-ici](#)

Maîtrise de sciences sanitaires et sociales, Mention santé publique, Année universitaire 2002-2003, *Dr C. Arnaud, Pr A. Grand*, Université Paul Sabatier Toulouse III, [cliquez-ici](#)

Maîtrise de sciences sanitaires et sociales mention "Santé Publique", Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Maîtrise de sciences biologiques et médicales, Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Maîtrise de sciences et techniques de santé publique, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Institut de Santé publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), *R. Ralamon, MA. Jutand*, [cliquez ici](#) ou <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/FR-ISPED-Accueil.htm#Enseignements>

Certificat

Systeme de soins :

2001-2002 :

Certificat de Maîtrise de sciences biologiques et médicales : certificat méthodologie d'évaluation médico-économique dans les systemes de sante", université de Rouen et Université de Caen, *Pr P. Czernichow et Pr X. Lecoutour* - [cliquez ici](#)

2002-2003 :

Certificat "Méthodologie d'évaluation médico-économique dans les systèmes de santé" Universités Henri Poincaré-Nancy 1, de Franche-Comté et de Bourgogne, *C. Quantin, S. Briançon* - [cliquez ici](#)

Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement technique de "sciences et techniques medico-sociales", Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Environnement :

2001-2002 :

Formation de 3e cycle sur l'évaluation et la gestion des risques sanitaires liés aux situations environnementale
 Cours C4 (25597) : Méthodes d'analyse et de management des risques (analyse décisionnelle en sécurité sanitaire environnementale, professionnelle et industrielle)
Professeur William Dab, [Cliquez-ici](#)

2002-2003 :

Certificat "Environnement et santé", Université Henri-Poincaré-Nancy 1, *P. Hartemann* - [cliquez ici](#)

Certificat M.S.B.M - Environnement et santé - Université Paris-Sud, Faculté de Pharmacie de Chatenay Malabry : *Pr Y Lévi, Pr M. Pallardy* - [cliquez ici](#) ou <http://www.u-psud.fr/maboape.nsf>

Certificat de compétences " Evaluation des risques sanitaires liés aux situations environnementales", Conservatoire National des Arts et Métiers, Institut d'Hygiène Industrielle et d'Environnement, Angers, *Dr G. Aubertin* - [cliquez ici](#)

Epidémiologie et statistiques :

2001-2002 :

Certificat MSBM de "Méthodologie de la recherche clinique et épidémiologique", Université Claude Bernard Lyon 1, Secteur Santé, Département de Biologie Humaine, *Pr Y. Matillon, Dr F. Chapuis* - [cliquez ici](#)

16ème session de l'Ecole d'Eté de Santé Publique et d'Epidémiologie, INSERM U292, Hôpital Bicêtre, Faculté de Médecine de Paris-Sud, *L. Meyer*, - [cliquez ici](#) ou <http://www.univ-paris6.fr/~vjf.inserm.fr>

2002-2003 :

Maîtrise de sciences biologiques et médicales (M.S.B.M.), Certificat : biostatistique et modélisation, Année universitaire 2002-2003, *Pr T. Lang, Dr G. Tap*, Université Paul Sabatier Toulouse III, [cliquez-ici](#)

Maîtrise de sciences biologiques et médicales (M.S.B.M.), Certificat : méthodologie de la recherche clinique et épidémiologique, Année universitaire 2002-2003, *Pr T. Lang, Dr C. Arnaud*, Université Paul Sabatier Toulouse III, [cliquez-ici](#)

Certificat de maîtrise de sciences biologiques et médicales, méthodologie de la recherche clinique et épidémiologique, année 2002- 2003, Université de Paris sud, Faculté de médecine, *Chapuisat, B. Charpentier*, mrcep@vjf.inserm.fr ou <http://www.ifr69/vjf.inserm.fr>

Certificat de maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales, "Méthodologie en recherche clinique et épidémiologique", Universités Henri Poincaré-Nancy1, de France-comté, de Bourgogne, Louis Pasteur-Strasbourg 1 et de Reims-Champagne-Ardenne, *D. Jolly, F. Guillemin, J.C. Block* - [cliquez ici](#)

Certificat de Maîtrise de sciences biologiques et médicales , méthodologie de la recherche clinique et épidémiologie, Université de Rouen et Université de Caen, *Pr P. Czernichow et Pr X. Lecoutour* - [cliquez ici](#)

Certificat de la maîtrise SBM de "Méthodologie de la recherche clinique et épidémiologique" - Université Paris-Sud, Faculté de Médecine du Kremlin-Bicêtre, *Pr. Jean Maccario* - <http://ssv.vjf.inserm.fr/page2.html> ou <http://www.u-psud.fr>

Certificat de la maîtrise SBM de "Biostatistique et Modélisation" - Université Paris-Sud, Faculté de Médecine du Kremlin-Bicêtre, *Pr. Jean Maccario* - <http://ssv.vjf.inserm.fr/page2.html>

Formations-Sante-Publique-Page

DESS

Promotion de la santé :

2001-2002 :

DESS " Pratiques et politiques locales de santé", Université des Sciences et Technologies de Lille, Faculté des Sciences Economiques et Sociales, Institut de Sociologie, *Pr A. Ferrand, M. P. Colmann* - cliquez ici ou <http://www.univ-lille1.fr/sceco/dessppls.html>

2002-2003 :

DESS "Promotion de la santé et développement social : conduite de projets", Université Henri Poincaré Nancy 1, Faculté de Médecine, Ecole de Santé publique de Nancy, *Mr J.F. Collin, Pr J.P. Deschamps, Mme P. Wendling, M. Daniel Oberlé* <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

D.E.S.S. Promotion de la santé et développement social , Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

DESS Projets de santé en situation de développement, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Institut de Santé publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), *JF. Dabis, F. Perez,* cliquez ici ou <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/FR-ISPED-Accueil.htm#Enseignements>

DESS Formations en santé, stratégies et développement de formations en santé, UFR de santé médecine et biologie humaine Université Paris 13, *Pr. J.F. d'Ivernois,* <http://www.spmh.univ-paris13.fr/enseiq/desssante.html>

Système de soins :

2002-2003 :

DESS Conception des systèmes de travail et santé, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Institut de Santé publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), *F. Daniellou,* cliquez ici ou <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/FR-ISPED-Accueil.htm#Enseignements>

DESS Gestion des activités sanitaires et sociales, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Institut de Santé publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), *LR Salmi, M. Sibé, C. Diard,* cliquez ici ou <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/FR-ISPED-Accueil.htm#Enseignements>

DESS management des établissements et réseaux de soins, Université de Rouen, Pr P. Czernichow - cliquez ici

DESS Economie et gestion des activités médico-sociales, Université Paris 9, Dauphine, UFR Sciences des organisations et le Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (LEGOS), Pr Marie-Eve Joel, cliquez ici

DESS "Management et évaluation des organisations de santé et éducation" option "Expertise des organisations de santé", Faculté de science économique et de gestion de Dijon, Pôle d'Economie et de Gestion, *Mme S. Béjean* - cliquez ici

DESS "Management des services et actions en santé publique", Université Paris VII, Faculté Xavier Bichat, Département de Santé publique en partenariat avec Paris V, VI, VII et XI

et l'Ecole Nationale de Santé Publique - coordonnateur *Pr M. Brodin* - [cliquez ici](#)

DESS du Traitement de l'Information Médicale et Hospitalière, Université de Rennes 1, *Pr Pierre Le Beux*, Faculté de Médecine de Rennes 1, [Cliquez-ici](#)

DESS "Droit de la sécurité sanitaire et alimentaire", Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, *Pr. Bertrand Mathieu, Mme Cécile Moiroud*, [cliquez-ici](#)

DESS "Management de la santé : perspectives nationales, européennes et internationales", Université de Nantes, *Nathalie Halgand, Pierre Lombrail*, [cliquez-ici](#) ou <http://www.univ-nantes.fr>

Epidémiologie et statistiques :

2001-2002 :

DESS - Méthodologie et statistique en recherche biomédicale, Université Paris XI, Faculté de médecine Paris Sud, *Bruno Falissard* - [cliquez ici](#)

2002-2003 :

Diplôme niveau 1 (Bac+ 5, équivalent DESS) Hygiéniste du travail et de l'environnement (HYTEN), Conservatoire national des Arts et métiers et Institut d'hygiène industrielle et de l'environnement (CNAM-IHIE) - [cliquez ici](#)

DEA

2001-2002 :

DEA Anthropologie, option "Anthropologie bioculturelle" Université Aix Marseille III, Laboratoire d'Ecologie Humaine - [cliquez ici](#)

DEA de Santé publique, Universités Paris XI, Paris V, Paris I, quatre options : biostatistique, épidémiologie, génétique épidémiologique, économie de la santé, *Denis Hémon (Directeur de Recherches Inserm), Pr. Jean Maccario (Professeur Université Paris XI)*, [cliquez ici](#) ou http://ssv.vjf.inserm.fr/Dea_SP_2001.htm ou <http://ifc.vjf.inserm.fr>

DEA Géographique de la santé, 2002, Université Paris X Nanterre, Ecole doctorale "Milieux, Cultures et sociétés du passé et du présent", *Pr. Gérard Salem*, [Cliquez-ici](#)

2002-2003 :

DEA d'Epidémiologie et d'intervention en santé publique, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Institut de Santé publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED), *Pr R. Salamon*, [cliquez ici](#) ou <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/FR-ISPED->

DEA, Epidémiologie clinique et évaluation des actions de santé, des Universités Henri Poincaré Nancy 1, Bourgogne, Franche-Comté, Champagne-Ardenne et Louis Pasteur-Strasbourg 1, *Pr S. Briançon (Nancy), Pr F. Blanchard (Reims), Dr M.C. Boutron-Ruault (Dijon), Pr J. Faivre (Dijon), Pr F. Guillemin (Nancy), Pr D. Jolly (Reims), Pr M. Mercier (Besançon), Dr E. Monnet (Besançon), Pr C. Quantin (Dijon), Pr P. Schaffer (Strasbourg)* <http://www.sante-pub.u->

nancy.fr/esp/formation.html

DEA Environnement, santé et société, Université de Franche-Comté, Ecole doctorale Homme, Environnement, Santé, *Pr J.F. Viel, Pr P. Giraudoux* - [cliquez ici](#)

DEA de santé publique, épidémiologie, sciences sociales et santé publique, Université Paris XI, Université Paris V, Université Paris I, X. *Chapuisat, P. Daumard, M. Kaplan,*
www.inserm.fr, <http://www.ifr69/vjf.inserm.fr>

Ecole Doctorale

2001-2002 :

Ecole doctorale en "Epidémiologie et sciences sociales et santé publique", Université Paris-Sud et René Descartes, *Dr D. Hémon* - [cliquez ici](#)

Ecole doctorale Homme, Environnement, Santé, Université de Franche-Comté, *Pr J.F. Viel, Pr P. Giraudoux* - [cliquez ici](#)

2002-2003 :

Doctorat de l'Université Nancy 1 "Epidémiologie - Santé publique", Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Enseignement à distance

2001-2002 :

Site d'Enseignement des Méthodes en Epidémiologie, 2002, Université Victor Segalen Bordeaux 2, ISPED, *Pr. G. Chêne* - [cliquez ici](#)

2002-2003 :

Diplômes de santé publique en enseignement à distance formation, Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Diplôme universitaire d'interprétation des essais cliniques 2002-2003, enseignement à distance (par internet), Pour obtenir une présentation détaillée du diplôme consultez le site : <http://www1.univ-lyon1.fr/DUinterpretation/>

DU "Education et promotion sanitaires et sociales" sur internet, Université de Franche-Comté, IUT de Belfort-Montbéliard - Département Carrières sociales, *Pr J.C. Manderschied* - [cliquez ici](#)

Diplôme universitaire méthodologies d'investigations des maladies transmissibles, Université Claude Bernard Lyon 1, *Dr. P. Vanhems*, [Cliquez-ici](#)

Divers

2001-2002 :

Ecole d'été de l'ISPED, Méthodes et Techniques en Santé Publique et Epidémiologie, Du 10 au 28 juin 2002, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/>

2002-2003 :

Unités d'enseignement capitalisables de niveau 3 , Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Diplômes de santé publique en enseignement présentiel à Nancy , Ecole de santé publique de Nancy, 2002-2003, <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/formation.html>

Formation continue programme 2003 de l'AR.S.I (Association de Recherche en Soins Infirmiers), lieu de stage Paris, giarsi@club-internet.fr ou <http://www.arsi.asso.fr>

Programme de formation en management destiné aux professionnels européens du service de santé, Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, <http://www.europhamili.org>

Profet (Programme de formation à l'épidémiologie de terrain), Institut de Veille Sanitaire, Ecole Nationale de la Santé Publique, [Cliquez-ici](#)

Formations en statistiques, Département des sciences du comportement, G. Le Pape, <http://www.univ-tours.fr/desco/BEA/AccueilBEA.htm>, <http://www.univ-tours.fr/desco/maitrbio.htm>, <http://www.univ-tours.fr/desco/fc.htm>

Diplôme universitaire en éducation du patient (DUEP), Université Lille I, Lille II et Lille III, (Services et Instituts de Formation Continue du CUEEP, du SFP suivi de la FMC et de la FCEP), wania.szymczak@cram-nordpicardie.fr, www.cram-nordpicardie.fr

A l'Etranger**Pays Européens :****2001-2002 :**

**Cours intensifs en épidémiologie, Cours 1 : épidémiologie, statistiques et informatiques appliquées
Université libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Pr. R. Lagasse, A. Levêque - [cliquez-ici](#)**

**Cours intensifs en épidémiologie, Cours 2 : Analyse multivariée appliquée à l'épidémiologie
Université libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Pr. R. Lagasse, A. Levêque - [cliquez-ici](#)**

2002-2003 :

Cours intensif d'initiation à la "Recherche sur les Systèmes de Santé" (RSS), Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Pr. B. Dujardin - [cliquez-ici](#)

Master en recherche sur les systèmes de santé (MARSS), Université libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Pr. B. Dujardin - [cliquez-ici](#)

DES en Santé publique, spécialisation méthodes statistiques et opérationnelles, Ecole

de santé publique de Bruxelles, *Pr. M. Wilmet-Dramaix, Pr R. Tonglet* - cliquez ici

DES en Santé publique, spécialisation santé et développement, Ecole de santé publique de Bruxelles, *Pr. M. Wilmet-Dramaix*, cliquez ici

European Masters Programme in Health Promotion (EUMAHP), *John, Keneth Davies* - cliquez ici

Summer school, First european training session in adolescent medicine and health, University of Lausanne, Switzerland, *Pr. P.A. Michaud*, <http://www.euteach.com> ou cliquez-ici

L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers en Belgique offre de nombreux enseignements post universitaires (diplômes, masters) en français, anglais et néerlandais. Ces enseignements concernent la santé publique ou la médecine tropicale, pour plus d'informations, le site internet est <http://www.itg.be> sur le menu déroulant "éducation"

Autres pays :

CES de Santé publique de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal, Institut Santé et Développement (ISED) - cliquez ici ou <http://www.ised.sn/>

Annexe 6
Référentiels de compétence aux Etats-Unis (tableau de synthèse)

Tableau 1.

Responsabilités et compétences de niveau élémentaire et de niveau supérieur pour les éducateurs pour la santé aux États-Unis

Les éducateurs pour la santé du niveau élémentaire doivent acquérir des connaissances et aptitudes dans sept domaines de responsabilité ainsi que 23 compétences et 79 sous-compétences. Ceux du niveau supérieur doivent maîtriser toutes les compétences du niveau élémentaire plus trois domaines de responsabilité supplémentaires et 48 nouvelles compétences et sous-compétences. La liste des responsabilités et compétences pour les deux niveaux figure ci-dessous, les responsabilités et compétences spécifiques au niveau supérieur étant en italique.

1. Évaluer les besoins individuels et collectifs en éducation pour la santé

Rassembler les données relatives à la santé qui concernent l'environnement socioculturel, les facteurs de croissance et de développement, les besoins et les centres d'intérêt.

Distinguer les comportements qui sont facteurs de bien-être de ceux qui sont un frein.

Définir les besoins en éducation pour la santé à partir des données obtenues.

Déterminer les facteurs qui influent sur l'apprentissage et le développement.

2. Planifier des programmes efficaces d'éducation pour la santé

Recruter des organisations communautaires, des personnes ressources et des participants potentiels pour aider et participer à la planification des programmes.

Élaborer un cadre et un plan séquentiel logiques pour un programme d'éducation pour la santé.

Formuler des objectifs de programme adaptés et mesurables.

Concevoir le programme d'éducation de manière à ce qu'il soit cohérent avec les objectifs définis.

Élaborer des programmes d'éducation pour la santé en utilisant les principes du marketing social

3. Mettre en œuvre des programmes d'éducation pour la santé

Démontrer ses compétences en réalisant les programmes planifiés.

Faire en sorte d'adapter les objectifs si nécessaire pour permettre l'application du programme éducatif dans les différents contextes. Choisir les méthodes et les moyens les plus appropriés pour mettre en œuvre les pro-

grammes planifiés en fonction du public concerné.

Contrôler la réalisation des programmes éducatifs et réviser les objectifs et les activités si nécessaire.

4. Évaluer l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé

Élaborer des plans pour évaluer la réalisation des objectifs du programme.

Mettre en œuvre les plans d'évaluation.

Interpréter les résultats de l'évaluation du programme.

Dégager des conclusions à partir des résultats, pour la planification future du programme.

5. Coordonner la prestation de services d'éducation pour la santé

Élaborer un plan de coordination des services d'éducation pour la santé.

Faciliter la coopération entre les intervenants des différents niveaux.

Formuler des modes de coopération fonctionnels entre les agences et les organismes de santé.

Organiser une formation permanente des professeurs, des bénévoles et autres membres du personnel intéressés.

6. Agir comme personne ressource en éducation pour la santé

Utiliser efficacement un système informatisé de recueil d'information sur la santé.

Établir de vraies relations de consultation avec les personnes qui demandent une assistance pour résoudre des problèmes de santé.

Comprendre les demandes d'information sur la santé et y répondre.

Choisir les supports éducatifs adéquats pour la diffusion.

7. Communiquer les besoins, les préoccupations et les ressources en santé et en éducation pour la santé

Comprendre les concepts, les objectifs et les théories de l'éducation pour la santé.

Anticiper l'impact des systèmes de valeurs de la société sur les programmes d'éducation pour la santé.

Sélectionner un choix de méthodes et de techniques de communication pour informer sur la santé.

Encourager la communication entre les soignants et les usagers.

8. Appliquer les principes et méthodes de recherche appropriés en éducation pour la santé

Étudier à fond la littérature

Utiliser des méthodes de recherche qualitative et quantitative adaptées.

Appliquer les résultats de la recherche au travail sur le terrain.

9. Administrer les programmes d'éducation pour la santé

Trouver et gérer les ressources financières.

Trouver et gérer les ressources humaines.

Faire preuve de « leadership », de capacités d'organisation.

Faire accepter et appuyer les programmes.

10. Faire progresser la profession d'éducateur pour la santé

Effectuer une analyse critique des besoins actuels et futurs en éducation pour la santé.

Assumer ses responsabilités pour faire avancer la profession.

Appliquer les principes éthiques qui s'appliquent à la pratique de l'éducation pour la santé.



Annexe 7
Référents santé dans les missions locales (mission locale Rhône-Sud Est)

COORDINATION DEPARTEMENTALE DES ACTIONS "SANTÉ/VIE QUOTIDIENNE" DES MISSIONS LOCALES DU RHONE

BILAN 2001

Dans le cadre de leur mission au niveau de l'insertion socio-professionnelle des jeunes, les Missions Locales se doivent de prendre en compte la globalité des difficultés rencontrées par le public auquel elles s'adressent.

Or, une difficulté relevant de la vie quotidienne (santé, logement, ressources, déplacements...) peut être un réel handicap pour l'insertion professionnelle (au même titre que le manque de formation), et doit être prise en compte au même titre que les problèmes de formation ou de recherche d'emploi au cours du suivi individuel du jeune effectué par les conseillers Mission locale

C'est à cet effet, que le réseau des Missions Locales du Rhône, sous couvert de la DDASS du Rhône a envisagé de se doter d'une fonction de *coordination des actions* « Santé / Vie Sociale et Quotidienne dans un souci d'uniformisation des réponses dans ce domaine, et de mutualisation / optimisation des moyens pour une meilleure prise en compte de ce type de difficultés.

Niveau d'intervention :

- *tout jeune* reçu à la mission locale doit pouvoir :

aborder, avec son conseiller, *tous* les problèmes qui entravent son insertion, dans le cadre du suivi mis en place à cet effet,

et trouver :

- *Ecoute adaptée*
- *Information efficace* (en interne ou relayée par partenariat local),
- *Appui*, si nécessaire (*orientation, suivi, voire accompagnement des démarches* pour les jeunes les plus en difficulté) vers *réponse individuelle* (accès aux droits sociaux, aux soins, ou à la prévention), *ou collective* (mise en oeuvre d'actions adaptées),
- Le *conseiller Mission Locale* doit, de son côté, être en mesure de :
 - repérer le niveau de la difficulté ; ce qui sous-entend : *sensibilisation* préalable, *information / formation* des équipes par rapport à certains problèmes de Santé Publique auxquels ils pourraient être confrontés à travers les jeunes qu'ils reçoivent.
 - orienter efficacement le jeune ; d'où nécessité de *bonne « connaissance » des réponses partenariales locales*, et de *contribution à mise en place de procédures adaptées ou actions spécifiques, si nécessaire.*
 - voire l'accompagner dans ses démarches visant à régler la difficulté en question

Déroulement de l'action

En 2001 , la fonction de coordination a été sollicitée pour intervenir à la fois :

1. en appui technique aux structures pour :

- Information / alerte en temps réel sur
 - => appels à projets des différents financeurs potentiels en fonction des projets de chaque structure ,
 - => mise en oeuvre pratique de mesures ou actions de niveau *National* (CMU , MILD1 Campagne Contraception ..) , *Régional* (Visites médicales , PRAPS , PRS-Suicide ...) , *Départemental* (Sic , Hépatites B/C ...

- Soutien méthodologique à élaboration de projets:

- ⇒ aide à réflexion / interprétation au niveau des équipes le souhaitant ;
- ⇒ aide méthodologique au "conseiller – ressources" , pour mise en oeuvre d'actions , repérage de type de partenaires opérationnels à mobiliser
- ⇒ aide à montage du dossier (argumentation , évaluation , financement)

- Relais d'informations :

Lors d'invitations des Missions Locales à *rencontres départementales interpartenariales* :

- *Relais* (information à toutes les structures, alerte sur enjeu et niveau de participation souhaitable selon ordre du jour)
- *Représentation des structures le souhaitant* (avec recensement préalable des avis et propositions de chacune , et validation de la délégation) ,
- *Compte-rendu aux structures mandantes* ,
- *Alerte* sur points concernant plus particulièrement certaines , en fonction de leurs projets en cours

2. Participation à différents groupes de réflexion ou comités de suivi

au titre de toutes les Missions Locales du département

(Mise en oeuvre de la CMU , Groupes de travail PRAPS ou Conférence Régionale de Santé Publique , Prévention Hépatite B/C , SIDA , Toxicomanie ...) ,

- à la fois pour *témoigner des difficultés spécifiques rencontrées par les jeunes* suivis en Missions Locales ,
- et à la fois pour *s'informer des directives ou préconisations*
- **compte-rendu , alerte / sollicitation des structures selon intérêt**

PROJET

☒ Mise en réseau des Missions Locales et PAIO du département du Rhône

1 OBJECTIF :

➤ **Mutualisation / Optimisation des moyens**

➤ **Montée en compétence des équipes**

Pour une meilleure prise en compte de cette problématique par les Missions Locales et PAIO sur toute l'étendue du département.

2 MOYENS :

➤ **Appui technique** aux structures (fonction-ressource)

➤ **Interlocuteur unique** pour partenariat à échelon départemental

A) APPUI TECHNIQUE AUX STRUCTURES

① Aide à :

⇒ **Repérage/interprétation des problèmes rencontrés par leur public**

⇒ **Repérage des réponses proposées localement par partenariat**

⇒ **Recherche d'actions autres, adaptées aux besoins, et en cohérence avec la réalité de terrain**

⇒ **Constitution d'une documentation adaptée**

Par : **Animation de groupes de travail,**

Soit, **structure par structure,**

Soit, **à plusieurs sur un même thème** (avec référents des actions concernées au niveau de chaque structure)

② Information / Alerte en temps réel sur :

➤ **Mise en œuvre pratique de mesures ou actions** à portée

- **Nationale** (type Visites Médicales, CMU, Contraception, MILDT, ...)

- **Régionale** (type PRAPS, PRS-Suicide, ...)

- **Départementale** (type Hépatite B/C, Sida, Contraception...)

➤ **Les partenaires possibles** à solliciter selon type d'action envisagée (conditions et délais)

Par : **Transmission systématique d'informations** (avec commentaire si justifié) :

- **Compte-rendus de réunions inter partenariales** à échelon **départemental**

- **Alerte sur délais, procédures**

③ Soutien méthodologique à :

- **élaboration de projet**, argumentation, évaluation
en lien avec référent de l'action de chaque structure

B) INTERLOCUTEURS UNIQUES*(repéré par partenariat à échelon départemental)*

- **Relais pour sollicitations pour rencontres départementales inter partenariales :**
Transmission information, alerte sur degré d'importance et sur type de participant souhaitable (Directeur, Référent, Conseiller) selon ordre du jour
- **Participation à différents groupes de réflexion ou colloques :**
Compte-rendus à toutes les structures, alerte sur points concernant tout particulièrement les Missions Locales et PAIO,
- **Représentation de toutes les structures** qui le souhaiteraient:
Recensement préalable des avis et positions de chacune, validation de la délégation.

3 RESULTATS ATTENDUS :

- **Insertion professionnelle facilitée** pour les jeunes r présentant ce type de difficulté, **grâce à un meilleur traitement, voire règlement, des difficultés « santé »** au niveau des structures d'accueil,

PAR :

- **Meilleure prise en compte de ce type de difficulté par les Missions Locales et PAIO**
- **Optimisation de la mise en œuvre des mesures ou actions existantes**
- **Augmentation du volume d'actions au niveau des Missions Locales et PAIO du Rhône**
- **D'où augmentation du nombre de jeunes bénéficiaires d'information adaptée, d'orientation efficace, d'actions spécifiques dans ce domaine**

Remarque : « Quand on donne les moyens de s'impliquer à une équipe quant à la prise en compte d'un type de difficulté »... Ainsi à Vaulx en Velin :

- **40 visites médicales** annuelles au niveau de l'ensemble du département en 1990
- **542**, pour **l'Est-Lyonnais uniquement**, en 1999 (Création du Poste de coordination) et plus **de 700** en **1997** (avant difficultés engendrées par passage à gestion Conseil Région)
- **70 jeunes vaccinés** gratuitement (Rubéole, BCG, Hépatite B) par intermédiaire direct de la Mission Locale de **Vaulx en Velin**
- **126 jeunes** environ reçus sur la **zone Sud-Est** en entretiens spécifiques pour une difficulté Santé (en entretiens avec un conseiller « référent » ou un psychologue ou psychiatre, ou dans des conditions spécifiques, à deux, plus régulièrement)
- Près de **500 jeunes renseignés, orientés, voir accompagnés dans leurs démarches « droits sociaux »**
- **671 participations*** à une animation collective « Santé/Vie quotidienne » directement mise en œuvre par les Missions Locales (Ateliers-Santé, Modules AFPS, Petits-déjeuners santé, Exposition-Sida,...) sur le territoire des 4 Missions Locales de la « zone Sud-Est » (Vaulx en Velin, Bron-Décines-Meyzieu, Vénissieux, Rhône Sud-Est)
- Soient, environ **2169 « jeunes »** ayant bénéficié en 199, d'une manière ou d'une autre, d'une « intervention-Santé »

* « **participations ou « jeunes »** = **nombre de présences** recensées tout au long de l'année, et pas **nombre de participants différents**, puisque certains jeunes ont participé à plusieurs ateliers

** « **participations** » signifie immanquablement **mobilisation d'au moins un tiers en plus** pour atteindre un taux de présence suffisant soit plus de 3200 contacts spécifiques... à travers les conseillers, les « référents-santé », les professionnels spécialisés (médecins, psychologues ou psychiatres, assistantes sociales...), eux-même coordonnés, dynamisés, par la chargée de mission santé sur la zone...

CONFERENCE INTERNE SANTE
du réseau des MISSIONS LOCALES et PAIO
2 février 99

CONSTATS et INTENTIONS

1. Oui la question de la santé des jeunes se pose dans les Missions locales et Paio - les besoins des jeunes sont bien identifiés et multiples
Elle se pose de manière particulièrement complexe
2. Oui les Missions Locales et les Paio ont la volonté de prendre en compte les questions de santé des jeunes
- le jeune doit savoir qu'il y a des possibilités d'aborder les questions de la santé avec le conseiller
- le jeune doit identifier qu'il y a des réponses à ses questions ici ou ailleurs
- le jeune doit avoir, par notre intermédiaire, connaissance de l'existant puisque l'une des premières missions est l'INFORMATION - on explique aux jeunes les contrats, les mesures, l'entreprise.. - on ne peut passer sous silence l'information sur les droits sociaux, la Sécurité sociale, les possibilités de soins...
- le jeune en situation de dépendance ou de souffrance doit trouver l'appui, l'écoute dont ils ont besoin en même temps que l'on prend en compte ses projets professionnels
- le jeune doit trouver de la convivialité, des réponses à son besoin de rencontre et d'échange avec d'autres jeunes

dans son accompagnement du jeune chaque conseiller
doit pouvoir aborder au minimum

- investigation sur les questions de santé liées aux choix professionnels du jeune - (dont visites médicales)
- information sur ce que la ML peut apporter en matière de santé
- information sur l'accès aux droits -
- l'accès aux services et aux partenaires locaux de santé
- accès à des aides financières lorsque nécessaire

il est souhaitable continue à se développer

- l'écoute et la prise en compte de la détresse, de la souffrance dans l'accompagnement individuel

il faudrait d'initier

- des opportunités de rencontres, d'échanges de collectif pour les jeunes pour favoriser davantage le regard sur la santé « positive »

Pour aider les équipes à progresser sur ces points il conviendra de répondre

- aux besoins d'organisation interne de l'information
- aux besoins de formation
- aux besoins d'appui individuels aux conseillers par des professionnels psychologues – psychiatres – CMP
- aux besoins d'échanges en équipe
- aux besoins d'appui collectifs type analyse de pratique

3. Oui

La prise en compte de ces questions de santé, le développement des réponses ne peut se faire sans l'existence d'une mission spécifique, au sein de la ML et Paio

les postes de conseillers référents santé

se sont développés progressivement – Sur un temps variable « volé » ou institué. Leur activité est devenue indispensable. Leur absence ou leur disparition explique la faiblesse ou l'absence de mobilisation « santé » sur certains territoires

ils ont pour mission

- de constituer la personne ressource santé dans la MLPaio
 - qui informe les équipes
 - construit des outils internes
 - est à l'écoute des problèmes qu'elles rencontrent
 - sensibilise, fait monter l'équipe en compétence
 - recueille l'information et les besoins
 - met en relation les conseillers avec les partenaires de santé
- d'évaluer les besoins des jeunes accueillis
- de favoriser la mobilisation collectives des jeunes
- d'identifier les réponses – les acteurs – les manques
- de créer les connexions avec les partenaires locaux pour travailler en pluridisciplinarités notamment sur les questions de souffrance et de détresse
- de proposer des objectifs concrets à la Direction
- d'élaborer, de chercher les moyens, de conduire des projets locaux avec les partenaires
- de fournir l'expertise sur la question des jeunes et de leur santé

Néanmoins, ils doivent le plus possible, garder une compétence généraliste de conseiller pour conserver leur légitimité dans les équipes

4. Oui

La question de la Santé doit davantage faire l'objet de réflexion dans les **Conseils d'Administration**.

Cet objectif nécessite de la part des **Directeurs** un investissement pour

- . soutenir l'action de l'équipe et du référent santé – aider l'équipe à rester confiante et solide
- . inscrire les objectifs « santé » dans la stratégie et le fonctionnement général
- . rendre lisible et concret les diagnostics et les actions auprès du CA

PROPOSITIONS

1.

Les nombreuses expériences recensées par le rapport interne « Prévention et promotion de la Santé au sein des MLPaio » montrent à quel point la prévention à destination des jeunes accueillis dans les Missions locales et Paio ne peut se construire seulement sur des actions sporadiques, des moyens aléatoires, une participation à des campagnes thématiques trop ponctuelles. Faute de moyens internes dédiés à la santé les visites médicales par exemple ne se développent pas sur certains territoires, en bref « pas de financement dédié – pas de stratégie santé possible »

La prise en compte des questions de Santé par les conseillers des Missions Locales et Paio relèvent de leur fonctionnement naturel et obligatoire – c'est donc sur leur financement de fonctionnement qu'elles ont à intégrer cet aspect

Mais le développement des réponses locales, l'effort de courroie de transmission entre

- . les jeunes du site
- . les équipes
- . les partenaires
- . les politiques locales, nationales, régionales

nécessite la mise en jeu d'un temps spécifique : la coordination santé

⇒ *Les Missions Locales et Paio ont besoin pour continuer à avancer en qualité, de moyens stables qui reconnaissent la part indispensable de la coordination santé. Pour cela il serait nécessaire de définir pour chaque ML ou Paio un budget spécifique de base sur lequel la ML ou la Paio doit pouvoir compter de manière contractualisée, pluriannuelle, appuyée sur des orientations partagées et faisant l'objet d'une évaluation régulière et construite avec les financeurs*

2.

Les Missions Locales et Paio reconnaissent l'importance du dispositif des Visites médicales conduit par le Conseil Régional pour le développement de l'action SANTE en général, auprès des jeunes accueillis – en lien avec l'ensemble des partenaires locaux. Ces visites constituent le fil rouge de l'implication du réseau sur la santé – c'est la porte d'entrée avec les jeunes. Les visites médicales ne sont pas une simple prestation à organiser, c'est une démarche générale.

Il semble pourtant que les budgets sollicités auprès de la Région pour ces visites ne soient pas entièrement consommés ce qui peut laisser imaginer une démobilitation du réseau sur ce dispositif. Cette sous-consommation doit faire l'objet d'une analyse approfondie

- . cette sous-consommation s'explique de plusieurs manières
 - des sites où la mobilisation interne de la MLPaio est insuffisante
 - des sites où le partenariat médical n'a pu se construire
 - des sites où le partenariat avec les Organismes de formation ne parvient pas à se construire
 - pour l'ensemble des sites : les modifications récentes du cadre budgétaire ont posé des problèmes financiers et créés des malentendus

⇒ *Les Missions Locales et Paio souhaitent qu'une véritable concertation s'engage dans les mois à venir avec la REGION, associant la DRASS, afin développer ce dispositif dans les meilleures conditions possibles en l'associant aux bilans de santé CPAM là où c'est possible*

3.

La connaissance qu'elles ont des territoires et des partenaires, la connaissance qu'elles ont des jeunes, de leurs besoins, de leur comportements, les possibilités d'information, de sensibilisation, d'accompagnement individuel, de travail avec des groupes, l'articulation de la démarche de santé avec celle du projet professionnel, l'intégration de l'action ML Paio dans la politique locale pour l'insertion des jeunes voici quelques unes des raisons qui font des Missions Locales et Paio un partenaire spécifique – qui n'est pas un acteur de prévention santé – pour toucher des jeunes qui se situent hors cadre alors même qu'ils représentent la tranche d'âge la plus à risque de la population.

Les Missions Locales sont prêtes à s'associer localement ou en réseau régional, aux politiques publiques ou aux acteurs de santé pour qu'ils puissent répondre aux besoins ou toucher les jeunes accueillis, dès lors que les projets sont en cohérence avec les orientations retenues par leurs Conseils d'Administration ou par le programme d'animation régionale

notamment

- . des ADESS
- . des MUTUALITES

qui ont besoin de l'interface avec les jeunes – qui mettent en place et fournissent des interventions adaptées

- . du CONSEIL REGIONAL

pour des actions du type de celles conduites depuis plusieurs années et qui, appuyée sur une structuration en réseau régional permet une couverture large du territoire, des échanges d'expériences très enrichissant, des évaluations significatives compte tenu des nombres de jeunes concernés

mais aussi

- . des CONTRAT de VILLE ou de projets des collectivités locales
- . des CONSEILS GENERAUX
- . des CPAM
- . du secteur de SOINS.....

enfin elles continueront à s'inscrire dans les programmes tels que

- . les programmes actions Santé de la DGS
- . les PRS de Rhône-Alpes
- . les orientations MILDT DIJ

Mais les sollicitations sont de plus en plus nombreuses en direction des référents santé des Missions Locales et Paio.

Il devient donc nécessaire que soient retenues des pistes prioritaires, des stratégies locales qui soient en phase avec les politiques publiques de santé, des mobilisations d'acteurs qui soient cohérentes

⇒ **Les Missions Locales et Paio ont besoin que DRASS - DASS, chargées des coordinations des politiques santé, participent avec elles au diagnostic local, contribuent à la définition des objectifs, des priorités, au choix des acteurs à mobiliser.**

4.

Le groupe de travail SANTE des JEUNES qui fonctionne depuis 1990 a permis ce fort développement des idées, des échanges, des outils, des questionnements, des projets communs.

Il permet d'aller progressivement vers des pratiques et des services homogènes en préservant toute la richesse des particularités locales.

Enfin ce fonctionnement en réseau favorise et enrichit le partenariat régional en apportant sa contribution dans les instances, les projets régionaux, les campagnes régionales

⇒ **Les Missions Locales et Paio ont besoin que ce travail de réseau soit soutenu et aidé que ce soit par le biais d'aide à la formation, aux projets régionaux, aux besoins d'études ou de programme d'évaluation....**