

Horizon pluriel

Education et promotion de la santé en Bretagne

Politique de santé ...



... ou santé dans toutes les politiques ?

n° 32



La santé, préoccupation majeure des Français, est une ressource nécessaire et essentielle pour grandir, apprendre, aimer, travailler, s'engager et vieillir dans les meilleures conditions.

Déclaration politique des Villes-Santé, Aix-les-Bains, 31 mai 2016

Horizon Pluriel est une publication de l'IREPS Bretagne
 4 A rue du Bignon, 35000 Rennes, contact@irepsbretagne.fr
 Cette publication est disponible en ligne : <http://www.irepsbretagne.fr>
 Horizon Pluriel est édité avec le soutien de l'ARS Bretagne.
 Diffusion gratuite, ne peut être vendu.

Directeur de la publication : Gérard Guingouain
Coordnatrice : Adeline Silva
Comité de rédaction : Christine Ferron, Isabelle Arhant, Jeanine Pommier, Marick Fèvre, Thierry Prestel
Documentation : Flora Carles-Onno
Conception graphique / maquette : Adeline Silva
Crédits illustrations : voir pages correspondantes.
Impression : Imprimerie du Rimon (35)

Horizon pluriel
 ISSN 1638-7090



Éditorial

« FAIRE DES CHOIX POLITIQUES AUDACIEUX POUR LA SANTÉ¹ » : LA FRANCE EST-ELLE PRÊTE ?

La promotion de la santé est à l'honneur : la loi de « *modernisation de notre système de santé* » de janvier 2016 la cite dès son titre I. Les projets régionaux de santé de 2^e génération ne manqueront pas d'y faire référence en bonne place. On peut se réjouir de ces avancées dans les textes, qui marquent une victoire de la société civile, des associations, des scientifiques. À force d'engagement, ils ont su se faire entendre par l'État, pour le bénéfice de tous.

Ainsi, de loi en loi, la France changerait de paradigme, passant très progressivement de l'administration du soin à la santé publique et à la promotion de la santé. Nous attendrons néanmoins de savoir dans quelle mesure ces avancées vont se concrétiser, au travers des textes d'application de la loi et des choix d'affectation de moyens, notamment par les agences régionales de Santé.

Le dossier de ce numéro d'*Horizon Pluriel* vous est proposé dans ce moment d'espoir et d'interrogation. Une interrogation renforcée par la période pré-électorale : la situation économique est propice à l'annonce de coupes tous azimuts, avec en bouc émissaire, le « *trou de la Sécu* ». « *Trou* » que, selon ses options politiques, on attribuera aux malades, aux étrangers, à l'hôpital, aux laboratoires pharmaceutiques, voire à la Sécu elle-même... La Sécurité sociale est pourtant l'une des plus belles réussites françaises en matière de promotion de la santé, avec ce que la démarche suppose de volonté d'équité, de politique de long terme et, quoiqu'en disent certains, d'efficience.

Politique de santé ou santé dans toutes les politiques ?

Moins présente dans le concert médiatique, mais aussi préoccupante, est la situation des collectivités territoriales. On compte sur elles pour intégrer la santé dans toutes les politiques. À juste titre : la santé se produit localement avec les conditions de vie, les ressources, l'urbanisme, l'environnement, la manière dont nous faisons société... Mais les collectivités manquent d'argent et leurs politiques en faveur de la santé en pâtissent. Dans ce contexte, il faut saluer celles qui poursuivent leur implication, ainsi que le rôle d'impulsion d'organisations comme les Villes santé OMS² et l'association Élus santé publique et territoires.

Alors, politique de santé ou santé dans toutes les politiques ? Les deux, mon (futur) président ! La première, seule, rencontre très vite ses limites, faute d'action suffisamment large sur les déterminants. L'alternative est illusoire sans volonté et sans moyens, c'est-à-dire sans une politique de santé qui crée les conditions matérielles et structurelles de l'intersectorialité.

Loin de se noyer dans le doute, ce numéro d'*Horizon Pluriel* choisit, une nouvelle fois, de mettre l'accent sur les expériences positives et les analyses, en proposant une variété de points de vue et en valorisant les acteurs.

Une belle impulsion pour cette année 2017 ne nous vient-elle pas de la déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé et le développement durable ? Après avoir appelé à « *des choix audacieux* », elle se conclut par un appel à l'action. À nous de jouer ! ■

THIERRY PRESTEL
 Directeur
 IREPS Bretagne

1 - <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-fr.pdf?ua=1> (cf. p.20)
 2 - http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/declaration-politique_aix-les-bains.pdf (cf. p.20)

Éditorial

3 « Faire des choix audacieux pour la santé » : la France est-elle prête ?

Témoignages

- 4 De l'expérience personnelle de malade à l'engagement collectif
- 6 Activité libérale et prévention : difficultés de l'exercice
- 8 Promouvoir la santé des personnes atteintes de troubles mentaux : du réseau au parcours
- 10 Promouvoir la santé dans les politiques du département

Analyse

- 12 La loi de modernisation de notre système de santé annonce-t-elle le printemps pour la promotion de la santé ?
- 14 Le projet régional de santé 2018-2022
- 16 « Réorienter les services de santé » : l'exercice libéral coordonné

Controverse

- 18 L'État doit-il ou non s'occuper de promotion de la santé ?

Marque-page

De l'expérience personnelle de malade à l'engagement collectif

Entretien avec Sylvie Monboussin

Sylvie Monboussin vit avec deux maladies chroniques. Militante associative et personne-ressource pour les autres malades et les professionnels, elle met en place des actions de santé dans une démarche de co-construction. Forte de son expérience, elle questionne la prise en charge des malades par le système de soins et propose des solutions.

Quel est votre parcours avec la maladie ?

Deux maladies chroniques m'habitent : la maladie de Crohn (inflammation du tube digestif) et la spondylarthrite ankylosante (inflammation des articulations). Ces deux pathologies ont eu un fort impact sur mon parcours de vie. J'ai fait le deuil de la vie rêvée, j'ai dû me réadapter au monde social, mais aussi à ma vie familiale. Le parcours professionnel se modifie, impacté lui aussi par la maladie. Ces dernières sont un handicap invisible, ce qui n'est pas facile à vivre dans le monde du travail.

Les médecins ont mis longtemps à diagnostiquer mes maladies. Cela a duré quinze ans pour mettre un nom sur ma souffrance. Je me suis laissée porter par le monde de la santé. Avec mon médecin généraliste et mon gastroentérologue, j'avais de bons rapports. Quand je suis entrée à l'hôpital, j'ai découvert cette institution et sa prise en charge. Avec du recul, je me dis qu'à l'hôpital j'étais spectatrice de ma santé. Mon mari était plus acteur que moi. Moi, la parole du soignant me suffisait.

C'est quelques mois après le diagnostic que j'ai eu plus envie d'être actrice de ma santé, de rencontrer d'autres malades, d'échanger. J'ai eu beaucoup d'écoute de la part de mon entourage, mais cela ne suffit pas. On est entendu, mais pas compris. C'est pour cela que j'ai intégré l'Afa, association François Aupetit.



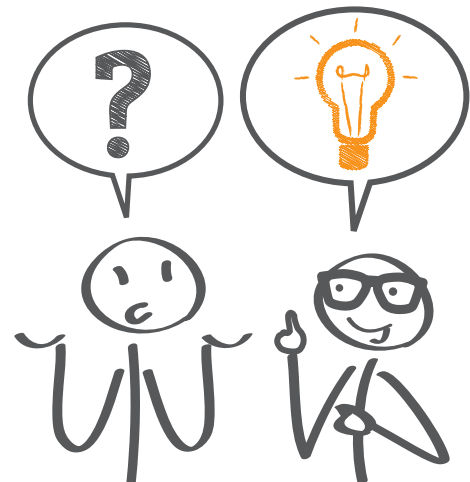
Quelles sont vos activités de militante associative ?

Je suis membre du conseil d'administration de l'Afa et déléguée pour le département 35. En complément de la permanence téléphonique (avec un numéro vert national), j'organise et anime des actions pour soutenir et accompagner les malades et leurs proches dans le département. Avec deux autres bénévoles, nous écoutons les diverses situations, accueillons les émotions et orientons les personnes. Nous organisons des rencontres entre malades et proches pour partager les « trucs et astuces » afin de mieux vivre avec la maladie. Un samedi par mois, des séances de réflexologie sont proposées. Ces actions de soutien permettent aux malades de se sentir compris par des personnes qui peuvent appréhender leur quotidien.

Par ailleurs, j'interviens auprès d'infirmières scolaires et d'élèves, pour faire comprendre ces maladies de l'intime. Comment améliorer le « vivre avec » dans son parcours scolaire : accès aux toilettes, lieu pour se reposer, gestion des absences, intégration au sein du groupe ? Pour sensibiliser les professionnels de santé, je procède via des témoignages sur mon parcours de patiente, des interventions sur le rôle du patient-expert dans un programme d'éducation thérapeutique, etc.

Je contribue aussi à sensibiliser le public et le monde de l'entreprise, au travers d'événements organisés par l'Afa. Nous pouvons utiliser ces occasions pour proposer la « convention toilettes » aux propriétaires de commerces, bars, etc. Il s'agit de localiser un maximum de toilettes privées afin de pallier la déficience de toilettes publiques dans l'espace urbain.

À l'Afa, je suis aussi parrain de l'emploi. Mon rôle est de soutenir dans leur vie professionnelle les personnes souffrant de MICI (maladies chroniques inflammatoires de l'intestin) : comment se préparer à un entretien d'embauche, parler de sa situation à ses collègues, reprendre après une longue absence, définir une nouvelle orientation professionnelle... Cet accompagnement permet de ne pas rester seul, de développer la confiance en soi et de garder le moral.



“ On est entendu, mais pas compris. ”

Quelle est la place de la promotion de la santé dans votre conception du parcours de soins ?

La promotion de la santé est très importante dans les pathologies chroniques. La question est : comment faire du lien ? Nous sommes plus qu'un organe, nous sommes un corps dans sa globalité et surtout une personne. L'approche médicale nous voit parfois comme un intestin... La promotion de la santé est présente lorsqu'elle donne les moyens au patient d'être acteur de sa propre santé.

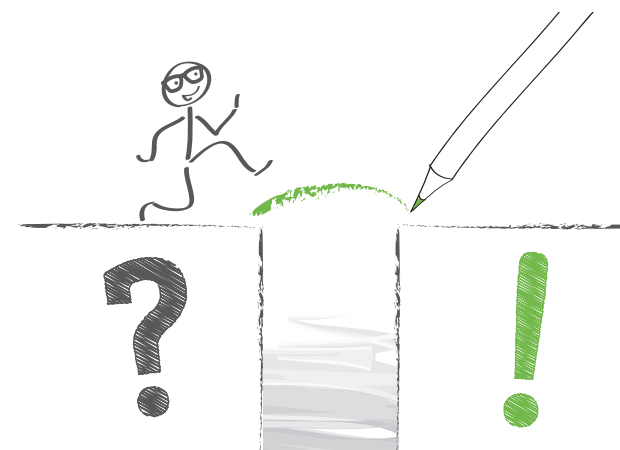
Je suis intégrée au programme d'éducation thérapeutique du patient du centre hospitalier de Saint-Malo, en tant que patient-expert. Ce sont des ateliers de groupe. Ils permettent aux malades, à travers le partage d'expériences et les apports de l'équipe (gastroentérologue, infirmière, diététicienne et patient-expert), de trouver des solutions, des ressources mobilisables, pour les aider dans leur quotidien.

Quels sont les freins à l'intégration de la promotion de la santé ?

Dans une consultation avec un professionnel de santé, il manque souvent du lien, de l'écoute, un temps de dialogue détaché du diagnostic, des conseils de vie, une orientation vers d'autres ressources comme les associations, les rencontres entre pairs. Autre exemple : si je fais le choix de me tourner vers une médecine complémentaire, en plus de mon traitement « classique », j'ai envie que mon médecin entende mon souhait, ne le juge pas et puisse m'orienter si besoin.

Les professionnels n'ont pas assez de formation en écoute, en communication. Ils manquent également de temps et souvent de moyens financiers et humains. Pourtant, la majorité font un travail remarquable. Il serait souhaitable qu'ils en aient eux-mêmes conscience.

On constate aussi trop de cloisonnement. La majorité des professionnels sont ancrés dans des habitudes. C'est la même chose pour les patients : aussi, le partage d'expériences, de parcours entre malades, fait bouger les choses, on avance. Chacun à son niveau, professionnel de santé, institution, patient, nous pouvons nous donner la possibilité de bouger les choses.



“ Les professionnels de santé font des choses magnifiques tous les jours, mais ils ne le voient même plus. ”

Comment faire pour arriver à ce résultat ?

Il faut travailler ensemble, mettre en commun, utiliser la multidisciplinarité, intégrer les aidants, les différents acteurs, le monde du travail : créer une réflexion commune. Le maître mot, c'est le collectif. Chacun met son ego de côté et on crée ensemble avec le système existant qui contient ses avantages et inconvénients.

Comment le patient peut-il être acteur ? Que lui proposer ? Il faut redéfinir la place et le rôle du patient, le mettre au centre et les professionnels de la santé autour. L'enjeu est de co-construire le mieux-être du patient par la mise en commun des différents savoirs.

Le patient doit aussi s'interroger sur sa posture dans sa relation avec le soignant. Mais, pour qu'il puisse devenir acteur, il faut lui en donner les moyens, tenir compte de sa situation personnelle, sociale, professionnelle, lui donner des informations qu'il puisse comprendre...

Il est nécessaire de différencier le patient de sa maladie, de le considérer dans son caractère d'humain, de reconsidérer sa vie sociale et son environnement. Il faut lier le savoir de la médecine avec le vécu du patient. Il y a un besoin d'écoute des deux côtés pour prendre conscience du travail que chacun fait à son niveau. C'est une compréhension et un questionnement réciproques. ■



L'Afa, association François Aupetit, est reconnue d'utilité publique. Elle se consacre aux maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI), maladie de Crohn et recto-colite hémorragique. Elle soutient et informe les malades, organise des temps d'échanges, forme les professionnels de santé sur cette maladie, etc. L'Afa est actrice de la démocratie en santé et soutient des programmes de recherche fondamentale et clinique. Elle réunit plus de 300 bénévoles et 9 permanents ainsi que des vacataires spécialisés.



<https://www.afa.asso.fr>
afa35@afa.asso.fr
 0811 091 623

Activité libérale et prévention : difficultés de l'exercice

Entretien avec Stéphane Masson, masseur-kinésithérapeute libéral, engagé dans la prévention et l'éducation thérapeutique du patient

Pour un masseur-kinésithérapeute, l'éducation thérapeutique du patient est inhérente à la prévention et peut se vivre de différentes manières.

Au cabinet, j'accueille beaucoup de nouveau-nés, parfois vulnérables.



Dans cette prise en charge kinésithérapique, un guidage parental ou une « éducation » du parent à la première séance est beaucoup plus importante que les premiers exercices neuromoteurs. Tenter une lecture de l'enfant pour expliquer aux parents l'activité psychique et les fonctionnements de l'enfant, en fonction des stimulations de l'environnement, est primordial. Cela permet un meilleur soutien et un meilleur accompagnement

de l'enfant, plus adaptés à ses différences s'il en a, et des parents dans le développement de celui-ci. Un enfant rassuré, compris et bien dans son corps, est davantage prêt à s'ouvrir au monde !

Apprendre à se connaître, travailler ensemble

Pour une prise en charge plus efficace, nous devons, professionnels de santé et autres, travailler ensemble. La prévention, c'est aussi apprendre à se connaître entre milieu hospitalier, partenaires médico-sociaux et sociaux et professionnels de santé afin de faire parvenir les informations plus facilement et plus rapidement. Il ne suffit pas de la messagerie sécurisée ou du dossier médical partagé. Ils sont d'excellents moyens, à condition d'y mettre du sens, c'est à dire que les interlocuteurs se connaissent.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes des Côtes d'Armor, par exemple, nous avons eu en novembre 2015 une rencontre avec le service de néonatalogie du centre hospitalier de Saint-Brieuc et la protection maternelle et infantile. Cela a permis de créer des liens : les professionnels peuvent échanger plus facilement et savoir sur quelles bases faire appel à l'un ou à l'autre. De multiples rencontres sont ainsi organisées, avec l'aide du centre d'action médico-sociale précoce, du réseau périnatal des Côtes d'Armor, etc.

L'association de kinésithérapie pédiatrique bretonne (AKPB) a vu le jour en ce sens : visibilité pour nos partenaires, échanges entre masseurs-kinésithérapeutes, formations autour de l'enfant avec d'autres professionnels de santé et avec le soutien de Bien grandir en Bretagne...

La conférence régionale de santé et de l'autonomie permet aussi ce dialogue. Un sous-groupe de la commission spécialisée prévention est organisé autour de la prévention chez le jeune enfant. On remarque que, petit à petit, chacun apprend à connaître l'autre au-delà de sa fonction, à l'apprécier et soutient un projet qui va dans le sens de la prévention universelle pour l'enfant et non dans le sens de l'un ou de l'autre des participants. Ce travail figurera-t-il dans le projet régional de santé et sous quelle forme ?

Une prise en charge holistique

Pour les troubles musculo-squelettiques, les lombalgies chroniques, l'éducation thérapeutique du patient commence bien évidemment au cabinet. Le masseur-kinésithérapeute ne pourra pas soigner le patient de manière optimale s'il ne connaît pas les conditions constitutionnelles, comportementales, environnementales et psycho-affectives du patient. La prise en charge est holistique et bien sûr pluri-professionnelle si besoin. C'est ce qui fait une des richesses de notre travail.



C'est en abordant toutes ces questions, en regardant toute la gestuelle du patient au travail comme à la maison, que l'on pourra essayer de résoudre ces problèmes chroniques.

Cette éducation peut se faire en individuel ou en groupe par des cours de gymnastique au cabinet ou dans des associations, par des actions de prévention en entreprise. L'association Kiné ouest prévention (KOP) en est un exemple : elle démontre, études à l'appui, que ses actions permettent des changements de comportement et un gain certain. Ces actions en entreprise se font en collaboration avec les médecins du travail, les CHSCT (comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail), la direction, et sont basées sur le volontariat des salariés.



Kiné Ouest Prévention regroupe 80 kinési-préventeurs qui développent des actions de prévention centrées sur les besoins des bénéficiaires en les impliquant dans une démarche participative d'éducation à la santé, correspondant à l'expertise des kinésithérapeutes. Cette association régionale appartient au réseau Kiné France prévention.

www.cnpk.org - www.kineouestprevention.com



Pour les masseurs-kinésithérapeutes avec les autres professionnels de santé, l'éducation thérapeutique du patient et la prévention touchent, ou pourraient toucher, différentes pathologies, comme le diabète. Elles peuvent aussi concerner le milieu scolaire ou encore s'inscrire dans le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Les ateliers Equilibr'âge de Kiné ouest prévention sont cités d'ailleurs dans la référence de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il est bien évident, aussi, que nous avons à travailler en complémentarité avec les autres associations.

« Cela ne se fait pas sans contraintes »

Trois exemples :

L'appel à projet de l'agence régionale de santé 2016 ne s'adressait qu'aux professionnels exerçant en pôle ou maison de santé. Cela ne concernait qu'une très petite part des plus de 3 000 masseurs-kinésithérapeutes libéraux en Bretagne. Il a finalement été ouvert aux professionnels de santé, hors maison de santé, s'ils pouvaient justifier d'un mode d'exercice coordonné. Le financement restait en revanche très flou.

Il est difficile, et je remercie les masseurs-kinésithérapeutes qui le font bénévolement, de sortir du cabinet et de prendre du temps pour effectuer les 40 heures de formation demandées pour pratiquer l'éducation thérapeutique du patient.

Enfin, le mode de rémunération n'est pas adapté à une activité préventive efficiente. Nous avons la nécessité de faire un bilan à la première séance avec le patient, mais ne pouvons le facturer qu'à la dixième, si elle est faite !

Il n'existe toujours pas de cotation pour un acte préventif ! Il est donc complexe de l'inclure et d'investir fortement la prévention, la sachant si peu reconnue. Malgré ce constat, il est indéniable que la prévention est un axe primordial de notre profession.

En résumé, nous avons un métier formidable. Continuons à travailler en pluri-professionnalité, pluri-institutionnalité. Continuons à apporter, chacun, notre regard, nos compétences. Et soyons écoutés par l'agence régionale de santé et la caisse nationale d'assurance-maladie pour avoir enfin les outils nécessaires à une meilleure prévention pour nos concitoyens. ■

“ Un enfant rassuré, compris et bien dans son corps, est davantage prêt à s'ouvrir au monde ! ”

Promouvoir la santé des personnes atteintes de troubles mentaux : du réseau au parcours

Entretien avec Roger Buchoul, cadre supérieur de santé à Guillaume Régnier (Rennes), centre hospitalier spécialisé dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux

Comment un hôpital psychiatrique peut-il investir la promotion de la santé ?

Aujourd'hui, la notion de parcours me semble fondamentale. Auparavant, l'organisation était de type réseau informel : on se connaissait, on travaillait ensemble ponctuellement. La notion de parcours vient y ajouter la coordination au sein d'un projet partagé, construit collectivement. Le champ sanitaire et psychiatrique a longtemps fonctionné en vase clos, de manière un peu autarcique, sans avoir construit un lien marqué avec le champ social et médico-social. Le travail partenarial autour des parcours décloisonne les relations et aboutit à des actions concrètes qui peuvent améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles psychiques.

L'équipe avec laquelle je travaille et différents partenaires ont récemment élaboré trois projets destinés aux personnes hospitalisées au long cours. Certaines l'étaient de manière inadéquate, parce qu'il n'existait pas pour elles d'accompagnement adapté permettant leur vie hors de l'hôpital. Cependant, les troubles du comportement peuvent parfois rester marqués et rendre difficile l'insertion sociale dans des dispositifs moins accompagnés et moins contenant que celui de l'hôpital.

Comment se concrétisent ces trois projets ?

La filière intersectorielle d'hospitalisation prolongée (FIHP) a été initiée au centre hospitalier Guillaume Régnier en septembre 2016 pour mettre en œuvre un parcours de soins et un parcours de vie. Le dispositif d'accompagnement et de suivi vise à rendre possible une sortie, au regard des besoins d'autonomie dans la vie quotidienne et d'interaction sociale de ces personnes.

Nous avons ouvert, avec l'union départementale des associations familiales 35, un habitat regroupé dans la commune de Pacé, près de Rennes, avec huit studios. Celui-ci a permis la sortie de huit personnes hospitalisées au long cours qui bénéficient maintenant d'un accompagnement adapté au regard de leurs besoins.



En intervenant précocement, nous pouvons souvent éviter l'hospitalisation.



Une partie des personnes est suivie en hôpital de jour et une autre en ville, en centre médico-psychologique. Sur une durée d'un an, aucune d'entre elles n'a dû être ré-hospitalisée. Elles connaissent un mieux-être visible : fin de la promiscuité, du manque de liberté propre à l'institution : horaires des repas, etc. L'habitat regroupé en studios leur permet une sociabilité qui n'est plus obligatoire, mais choisie.

Par ailleurs, avec des associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux, nous constituons actuellement une plateforme d'appui pluripartenariale. Les représentants des établissements et ceux de la psychiatrie travaillent ensemble sur les parcours des patients. Nous chercherons à les orienter de manière fine, pour passer progressivement de l'hospitalisation en psychiatrie à l'accompagnement médico-social.

Ces trois projets ont été soutenus par l'agence régionale de santé car ils correspondent aux priorités de la politique de santé et aux orientations stratégiques de nos établissements.

L'activité de promotion de la santé se tourne-t-elle aussi vers d'autres publics que les patients de l'hôpital ?

La psychiatrie est principalement organisée en secteurs, depuis plus de cinquante ans : les services hospitaliers et extra-hospitaliers interviennent sur une zone géographique définie. Les politiques de santé mentale ont depuis longtemps affirmé que les secteurs de psychiatrie s'occupaient des soins, mais aussi de prévention et de réinsertion. La conséquence concrète de cette politique, c'est que plus de 90 % des personnes suivies en psychiatrie le sont en ambulatoire, au plus proche de leur domicile, et non en hospitalisation.



Nous avons « transformé » 5 lits d'hospitalisation en 8 studios et leur accompagnement.



Par exemple, nous intervenons beaucoup dans les EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les personnes âgées ont des besoins en santé mentale. À travers la connaissance réciproque des professionnels de l'établissement psychiatrique et de l'EHPAD, nous pouvons nous interpeller facilement et rapidement. En intervenant précocement, nous gardons un plus large choix de stratégies thérapeutiques. Nous pouvons, la plupart du temps, éviter le recours à l'hospitalisation où la personne âgée perd ses repères habituels, son univers social. En 2015, nous avons effectué 4 000 consultations dans les EHPAD et avons dû hospitaliser seulement 6 personnes âgées. C'est une preuve que ce travail est efficace.

La promotion de la santé passe aussi par des événements un peu phares, comme l'organisation de la semaine d'information sur la santé mentale, en mars. Cet événement propose des manifestations à destination de la population : conférences, projection de films, café-débat, etc. C'est le résultat d'un travail préalable des professionnels, à travers des réunions et des rencontres pour organiser ce temps fort. Ce fonctionnement est précieux : nous y apprenons à travailler ensemble dans le sens d'une déstigmatisation de la maladie mentale.

Par ailleurs, au sein de notre secteur, nous avons développé la concertation et la coordination avec les centres départementaux d'action sociale de Saint-Aubin-d'Aubigné et de Pacé. Nous organisons des journées de formation interinstitutionnelles. Nous y travaillons sur des situations concrètes, en présence de différents métiers : assistante sociale de secteur, animateur local d'insertion, infirmière des centres médico-psychologiques, etc.

Les thématiques émanent de nos pratiques de terrain, de situations qui mettent en difficulté les professionnels, mais aussi parfois les associations d'usagers et les élus locaux. C'est, par exemple, le cas de la « non demande » : l'entourage ou le voisinage estime qu'une personne présente des troubles du comportement importants, mais la personne elle-même n'est pas en demande de soin. Chacun, professionnel, institution, est parfois isolé dans son propre registre, sans connaissance des ressources.

Ces collaborations sont-elles appelées à se structurer davantage ?

Ces quelques exemples de travail en commun sont une des formes d'expression de ce que nous souhaitons constituer : un conseil local de santé mentale (CLSM). Il en existe plus d'une centaine en France. Ils relèvent de l'initiative d'élus locaux. Ils associent des professionnels de la psychiatrie, mais aussi, plus largement, des champs sanitaires, sociaux et d'autres domaines concernés par la santé mentale. Ils intègrent des représentants d'usagers.

Ce sont des instances de représentation, d'analyse des besoins de santé mentale, de définition d'actions sur un territoire. Celui qui couvre notre secteur psychiatrique est relativement important, mais n'a pas d'unité politique. Le conseil local de santé mentale permettra de réunir les gens autour de la table et de définir une politique en prise directe avec les besoins du territoire. ■

etp & santé mentale

Nous essayons d'impulser une montée en puissance de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en santé mentale. C'est une dynamique porteuse pour la place de l'utilisateur et de son entourage. Elle permet aussi aux professionnels de coordonner leurs pratiques pour aboutir à une offre de soins structurée. Elle est particulièrement nécessaire en extra-hospitalier, sur le territoire, pour répondre aux besoins des personnes suivies.

L'éducation thérapeutique du patient vise à donner ou redonner aux personnes la capacité d'avoir prise sur leur maladie : mieux connaître la maladie, savoir gérer son traitement, apprendre à repérer les signes d'une rechute, être en mesure de prendre contact avec le bon professionnel dans le réseau de soins. Toutes ces habiletés sont nécessaires aux personnes atteintes de maladie chronique pour préserver leur santé.

Au centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes, nous avons créé une instance, le COMETAPE (COMité d'Education Thérapeutique et d'Accompagnement du Patient et de son Entourage). Au sein de cette instance, professionnels et représentants d'usagers soutiennent le développement de programmes d'éducation thérapeutique en santé mentale et en assurent l'accessibilité.

Promouvoir la santé dans les politiques du département

Entretien avec Florence Cann, conseillère départementale du Finistère

Quelle est votre vision de la promotion de la santé ?

Pour moi, la promotion de la santé, c'est avant tout une sensibilisation, une communication qui doit commencer dès le plus jeune âge, dans les écoles et les collèges. Ensuite, il faut que les gens comprennent, connaissent leurs droits et puissent les faire valoir. C'est une solidarité qu'il ne faut pas perdre et une égalité devant l'accès à la santé et à la prévention. Le conseil départemental du Finistère est partenaire de la caisse d'Allocations familiales et de la caisse primaire d'Assurance maladie pour un travail sur l'accès aux droits.

Il faut des politiques volontaristes. La prise en charge globale de la personne est à considérer, en particulier pour les publics les plus vulnérables et les plus fragiles. Nous menons des politiques de prévention, surtout vers la petite enfance, via la PMI, c'est-à-dire la protection maternelle et infantile.

Aujourd'hui, dans le projet départemental, nous souhaitons vraiment mettre la personne au cœur des décisions, au cœur de nos politiques.



La santé est une question transversale : nous l'abordons au travers de l'action de la PMI, du projet départemental d'insertion et des liens entre la santé et le retour à l'emploi, du schéma d'accessibilité aux services. Nous nous intéressons aussi aux projets qui sont de la responsabilité de l'agence régionale de Santé, comme les maisons de santé, notamment sur les territoires en difficulté de par leur géographie, la structure de leur population ou encore s'il y a un projet innovant avec une notion de parcours de santé.

Nous sommes aussi favorables aux contrats locaux de santé (CLS). Ils facilitent la connaissance et l'articulation des différents dispositifs existants.

L'organisation du système de santé vous incite-t-elle à faire de la promotion de la santé ?

Dans les échanges actuels autour du prochain projet régional de santé, la prévention et la promotion de la santé apparaissent comme des axes importants. Il faudra cependant voir comment cela va être mis en application, se décliner au niveau territorial et local.



Il me semble qu'il y a peut-être moins de prévention qu'auparavant. J'espère que le projet régional de santé permettra d'impulser, de relancer davantage d'actions.

Les situations des personnes que l'on accompagne sont plus complexes, avec un cumul de difficultés qui n'existait pas avant. Par exemple, une personne en difficulté sociale va également avoir des problèmes de santé, une perte de logement, des problèmes au niveau familial, etc. Il faut le prendre en compte. On ne peut pas davantage morceler les actions qu'on ne peut morceler la personne.

Qu'est-ce qui pourrait permettre cette approche globale ?

Il faut que l'on considère la personne dans son ensemble, que l'on travaille avec elle, qu'on l'accompagne dans ses difficultés sociales, sa santé, son retour à l'emploi... Nous travaillons sur la notion de référent. C'est un professionnel qui va aider et coordonner toutes les démarches, étape par étape, offrant un réel accompagnement à la personne.

Il faudrait également une simplification des démarches, que la personne n'ait pas besoin de refaire les mêmes dossiers tout le temps. Il est nécessaire d'avoir une notion de parcours et de le fluidifier, d'où l'importance de l'articulation entre les services.

Le département met actuellement un projet innovant en place, à Brest. Il s'appelle « Le Tremplin ». C'est une plateforme d'autonomisation pour les jeunes de vingt à trente ans. Certains auront besoin d'un accompagnement éducatif à leur domicile, d'autres d'être soutenus dans leurs démarches, certains pour une inclusion sociale... C'est une philosophie d'accompagnement individuel avec, à chaque fois, une pédagogie adaptée à leur situation.

© Ogerepus



© lukasvideo

Quels sont les difficultés pour promouvoir la santé dans les politiques départementales ?

Les limites budgétaires sont un frein. Il faut en tout cas que les cibles soient bien déterminées et les diagnostics bien posés. C'est en cela que je trouve très intéressants les contrats locaux de santé. Dans le département du Finistère, il y a une réorganisation des territoires d'action sociale, en cohérence avec les politiques que nous voulons mener. Nos services travaillent sur ces diagnostics d'état de santé de la population.

L'insuffisance d'articulation entre les services, les dispositifs constitue un autre frein. C'est notre prochain projet. Il faudrait que tous les professionnels, les partenaires, les associations, que tout le monde travaille par rapport à un même objectif, pour optimiser les ressources. Nous pouvons mieux répartir les tâches pour que cela soit plus efficient.

Je crois également beaucoup à la démarche participative. C'est une volonté du conseil départemental. Quand nous préparons un schéma, que ce soit pour les personnes âgées, les personnes en situation de précarité ou de handicap, il nous paraît important que les citoyens, les usagers, aient accès à ces discussions et aux politiques que nous souhaitons mener.

Qu'est-ce qui facilite l'intégration de la promotion de la santé dans les politiques territoriales ?

Il faut qu'il y ait une volonté nationale par rapport aux droits des personnes, comme cela avait été le cas pour la couverture maladie universelle (CMU). Des politiques de terrain doivent suivre. Ensuite, à nous, élus locaux, de mettre des actions concrètes en place. Le conseil départemental n'a pas la compétence dans le domaine sanitaire. Il intervient par le volet social où il est en lien avec les associations pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap...

Nous avons d'autres leviers pour agir. Quand on parle des publics les plus fragiles, la proximité est importante. La question des transports aussi. Les grandes agglomérations qui gèrent ces services peuvent veiller à leur accessibilité, y compris en termes de coût. Des transports spécifiques peuvent être proposés aux personnes à mobilité réduite.

Dans la commune où je suis élue, nous avons constaté un isolement de personnes âgées qui ne prennent pas les transports en commun, n'ont pas les moyens de payer un taxi, ne conduisent pas ou plus. Nous avons eu l'idée de mettre en place un minibus. Il passe chercher les gens chez eux et les emmène où ils ont besoin d'aller. Les bénévoles qui le conduisent sont surtout des jeunes retraités ou des personnes bénéficiaires d'aides sociales qui sont impliquées dans ce projet. Ce type de transport est sollicité pour aller chez le médecin ou à la pharmacie. C'est donc un levier pour l'accès à la santé, pour combattre l'isolement social, démographique...

Plus généralement, le travail multi-partenarial est une force pour la réflexion, la mise en place d'actions.

“ Le travail multi-partenarial est une force pour la réflexion et la mise en place d'actions. ”



© intararit

“ Ne peut morceler la personne, ne pas morceler les actions. ”



La loi de modernisation de notre système de santé

annonce-t-elle le printemps pour la promotion de la santé ?

© tofumax

Christian Saout, président d'honneur de l'association AIDES, ancien président de la conférence nationale de Santé

Malgré de nombreuses invitations au plan international comme au plan national, notre pays résistait à parler de promotion de la santé et préférait toujours évoquer la prévention, y compris dans son découpage suranné entre prévention primaire, secondaire et tertiaire¹.

En 2002², la transformation du comité français d'éducation pour la Santé avait même donné lieu à une dénomination classique de l'institut lui succédant : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le pas est franchi : la « *prévention* » figurant à l'article L. 1411-1 du code de la Santé publique disparaît au profit de « *la promotion de la santé* ». Trente années se sont ainsi écoulées avant que la loi française ne prenne acte du changement recommandé par la 1^{re} conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa³.

Qu'est-ce que cela change ? Tout.

D'abord que l'implication des populations concernées dans la conception des programmes et des actions, comme l'avait d'ailleurs recommandé la déclaration de Jakarta sur « *la promotion de la santé au XXI^e siècle* », devient désormais la règle. Ensuite, que la prévention sanitaire ne suffit pas, mais qu'une approche multisectorielle⁴ est maintenant indispensable.

Aurions-nous pu rêver mieux que ce nouvel article L. 1411-1 du code de la Santé publique qui insère la promotion de la santé dans la politique de santé ?

Non, car la loi ne pouvait aller plus loin. En effet, les juristes et les citoyens, tous lecteurs assidus de la Constitution de notre République, savent que la loi détermine seulement les principes généraux et que les décrets sont là pour mettre en musique les orientations légales. On ne doit donc pas s'attendre à trouver dans une loi la traduction concrète des principes. C'est pourquoi les lois sont maintenant assorties d'un échéancier de publication de leurs décrets d'application dans l'année suivant l'adoption de la loi. Ardente invitation qui doit concerner TOUS

les décrets, y compris ceux qui visent la promotion de la santé. Ils règlementent moins qu'ils n'invitent à agir ou prescrivent une méthode. Ce ne doit pas être une raison pour traîner ... et disqualifier le signal politique vers la promotion de la santé.

Pourquoi alors la loi contient-elle une série de disposition ponctuelles ?

Parce qu'avec le temps, la loi est aussi devenue un outil de visibilité politique pour des sujets médiatisés, correspondant parfois, heureusement, aux attentes de l'opinion ou aux exigences de la santé publique. En outre, certains dispositifs ne peuvent être mis en place sans une « *base légale* ». C'est comme cela qu'il faut comprendre que la loi du 26 janvier 2016 comporte par exemple des articles restreignant la liberté commerciale au nom de la santé publique : paquet de cigarettes « *neutre* », étiquetage nutritionnel des aliments, interdiction de location de logements insalubres.

“ La loi est aussi devenue un outil de visibilité politique pour des sujets médiatisés. ”

”



© pressmaster

Ainsi, au-delà de quelques articles nécessairement ponctuels, la loi du 26 janvier 2016, dans la suite de l'article fondateur sur la promotion de la santé, reconnaît des outils qui en sont issus et ont parfois été validés par l'approche communautaire. C'est le cas des tests rapides de dépistage du VIH/sida⁵, de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque⁶ et plus généralement de la politique de réduction des risques⁷. En outre, et cela doit être souligné, la loi du 26 janvier 2016 fait l'effort de décliner le principe de promotion de la santé dans l'espace éducatif⁸ ce qu'elle se dispense de faire dans les autres milieux de vie. A regret pour ces derniers, mais fort heureusement pour « *tous les établissements d'enseignement* » et pour les écoles où doit voir le jour pour chacun(e) un « *parcours éducatif de santé* »⁹.

Après ces avancées, sommes-nous quittes ?

Remplis d'espoirs seulement. Car pour « *fabriquer* » plus de promotion de la santé, il faut relever quatre défis :

- 1 Celui des compétences au plan national comme au plan local, car la promotion de la santé ce n'est pas faire « *pour* » mais « *avec* ». Dans un pays qui a tant de mal avec les approches populationnelles, pour ne pas parler de sa résistance aux approches communautaires, la formation des décideurs à ce nouvel engagement public est indispensable.
- 2 Celui du financement car nous ne pouvons pas renoncer à la prévention médicalisée pour faire plus de promotion de la santé. Il faut donc pouvoir redistribuer certaines ressources en faveur de la promotion de la santé. Or, nos crédits publics sont toujours aussi peu « *fongibles* » des soins vers la prévention.
- 3 Celui de la mesure de l'efficacité. Le temps de la promotion de la santé est un temps long. Raison de plus pour évaluer les gains qu'elle apporte, en commençant par faire de l'évaluation une composante de l'action et non un artefact pour justifier le bien-fondé de son financement.
- 4 Celui de la santé dans toutes les politiques. Un comité interministériel pour la santé, placé sous l'autorité du Premier ministre, doit faire vivre cet objectif d'action vers l'ensemble des déterminants sociaux et lieux de vie. Installé depuis 2014, il n'a pas encore donné de signes tangibles du changement d'échelle attendu.

Un regret ?

Bien sûr. Que nous naviguions toujours sans objectifs ! Car un agglomérat de plans ne suffit pas. Les grands pays de santé publique ont su faire des choix. Nous restons « *scotchés* » à nos 100 objectifs de santé publique¹⁰. Quelle gourmandise !

Là où les grandes nations s'en tiennent à quelques unités, cinq au pire, partagés par tous et fédérateurs. Ce devrait être pour la future stratégie nationale de santé dont le « *décret-méthode* »¹¹ vient de paraître : elle devrait distinguer les priorités et les objectifs. Formons le vœu que notre pays rejoigne les principes de bonne gouvernance des politiques publiques partagés dans le monde, comme il vient de négocier la reconnaissance de la promotion de la santé au cœur de la politique publique de santé. ■

5- Article 39 de la loi, complétant l'article L. 6211-3 du code de la Santé publique.

6- Article 43 de la loi.

7- Article 41 de la loi, modifiant l'article L. 3411-8 du code de la Santé publique.

8- Modifiant ainsi le II de l'article L. 121-4-1 du code de l'Éducation.

9- Ajouté à l'article L. 2325-1 du code de la Santé publique.

10- Annexés à la loi de Santé publique du 9 août 2004.

11- Décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé.

Le projet régional de Santé 2018-2022

Un cadre devant soutenir le développement de la promotion de la santé

Bernard Gaillard, président de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) de Bretagne, universitaire émérite

Tous les acteurs sociaux et citoyens sont unanimes pour souligner que la prévention et la promotion de la santé sont essentielles dans l'action publique dans le champ de la santé. Cette affirmation est régulièrement confortée dans des textes législatifs et réglementaires.

C'est le cas pour la loi de modernisation de notre système de santé adoptée le 17 décembre 2015. Le titre 1^{er}, « Renforcer la prévention et la promotion de la santé » inclut deux chapitres : « Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé ; Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé ». Nous avons donc un fondement législatif récent pour développer les politiques publiques en matière de prévention et promotion de la santé.

Le projet régional de santé est un levier incontournable du développement de la prévention. Ce levier se met en place dès le début de son écriture. Les nouveaux projets régionaux de santé devant être actés pour janvier 2018, cela donne environ un an pour travailler son élaboration avec les agences régionales de santé.

La réussite des politiques publiques en matière de prévention et promotion de la santé dépend de la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Le projet régional de santé ne doit pas être seulement un acte administratif. Dans cette phase d'écriture, le rôle des instances de démocratie en santé est essentiel car elles sont représentatives de toutes les composantes des acteurs concernés. La conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), par sa dimension régionale, et les conseils territoriaux de santé, sont légitimes pour organiser et faire vivre ce temps d'écriture concertée.

En Bretagne, nous relevons ce défi en renforçant les liens entre CRSA et conseils territoriaux de santé, en renforçant les transversalités au sein même de la CRSA pour éviter la marginalisation du traitement de la prévention et trouver des modalités dynamiques de réflexions collaboratives. Cela peut être un groupe de travail *ad hoc*, mais aussi l'organisation d'ateliers au cours des plénières.



Le rôle des instances de démocratie en santé est essentiel.



Une première plénière CRSA s'est déroulée en Bretagne, avec plusieurs ateliers dont un consacré à la prévention. Celui-ci s'est appuyé sur les travaux du groupe CRSA « santé jeunes enfants et prévention », engagés depuis deux ans. Une première étape a défini trois points à aborder :

- l'entrée précoce dans un parcours de prévention et de santé du jeune enfant ;
- comment faire face aux inégalités pérennes en santé et d'accès à la prévention ?
- la place des parents, le rôle et la place du médecin référent institué pour les enfants par la loi de modernisation du système de santé.

Les travaux se poursuivront pendant au moins un semestre en s'appuyant sur les futurs conseils territoriaux de santé. L'engagement de la CRSA ne va pas s'arrêter là puisque, depuis les derniers textes, elle doit procéder à des évaluations.

Nous savons que l'efficacité de toute politique publique dans le champ de la santé s'appuie d'abord sur deux éléments :

- l'engagement de tous les acteurs (entre autres les professionnels de santé de proximité, ainsi que les mouvements associatifs locaux ou régionaux avec le soutien du pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé) ;
- l'appropriation dès le départ par la population, pour penser les dispositifs dans une approche globale de la personne et des facteurs déterminants de santé.

Cela suppose que les projets associent les acteurs de proximité, les représentants des usagers en santé. Les initiatives sont nombreuses, l'intuition des citoyens et des professionnels est d'abord à prendre en compte. L'Etat est garant du soutien prioritaire à la prévention et promotion de la santé, il doit être d'abord à l'écoute et au service des citoyens. ■

Une démarche d'élaboration concertée pour une meilleure santé des bretons

Hervé Goby, directeur de la stratégie régionale en santé, agence régionale de santé de Bretagne

Les travaux visant à publier le nouveau projet régional de santé (PRS) en janvier 2018 sont lancés. En application de la loi de modernisation de notre système de santé, son architecture a été simplifiée : il comprendra un cadre d'orientation stratégique à dix ans, un schéma régional de santé et un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), à cinq ans.

Le cadre d'orientation stratégique

Il détermine les objectifs généraux et les résultats attendus pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Il intègre les enjeux liés à l'organisation des parcours de santé, à la promotion des droits des usagers et au renforcement de la qualité.

Cette dernière est une priorité transversale impliquant l'ensemble des acteurs de santé sur les chantiers suivants : certification-évaluation-démarches qualité, analyse des pratiques professionnelles-pertinence des prises en charge, promotion de la bientraitance et les questions d'éthique en santé.

Le projet de cadre d'orientation stratégique prévoit l'action sur les déterminants de santé par, essentiellement, deux voies :

- la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé par notamment le renforcement de la coordination des politiques publiques, avec les services de l'Etat, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie. Une grande part des déterminants s'inscrit hors de l'organisation du système de soins : scolarité, logement, conditions matérielles...
- le développement de la prévention et de la promotion de la santé.

Schéma régional de santé et PRAPS

Le schéma régional de santé définit des objectifs opérationnels pour l'ensemble de l'offre de soins et des services de santé, y compris en matière de prévention et de promotion de la santé. Il tient compte des exigences d'accessibilité, de qualité, de sécurité et de continuité des prises en charge, des inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que des exigences d'efficacité du service rendu et d'optimisation de la dépense publique.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis prend en compte la spécificité de publics en difficulté, en maintenant l'objectif de réintégrer les personnes concernées dans les dispositifs de droit commun.

Un diagnostic préalable

L'agence régionale de santé a impulsé la réalisation d'un diagnostic tenant compte de la situation démographique et épidémiologique de la région, de certains déterminants de santé et des risques sanitaires,

des inégalités sociales et territoriales de santé, de la démographie des professionnels de santé.

Ainsi, en Bretagne, trois documents sont mis à la concertation :

- un état de santé de la population établi par l'observatoire régional de la Santé (ORS) ;
- un état de l'offre de santé, présenté par secteur de l'offre (hospitalier, ambulatoire...) et par populations prioritaires (jeunes, personnes âgées...);
- un bilan des actions réalisées dans le cadre du précédent projet régional de santé 2012-2016.



Une démarche participative

Le calendrier d'élaboration du projet régional de santé est court : en septembre 2017, l'agence régionale de santé doit soumettre un projet à la consultation auprès des partenaires : conférence régionale de santé et de l'autonomie, collectivités territoriales, préfet de région, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, conseil de surveillance.

La démarche se veut néanmoins participative, associant l'ensemble des représentants des acteurs de santé bretons. Il s'agit d'aboutir à une compréhension partagée des enjeux et à un projet régional de santé rencontrant l'adhésion du plus grand nombre.

Une première étape a vu un débat riche sur la détermination des territoires de démocratie en santé. Une deuxième étape permet le partage du diagnostic et la réflexion sur les axes du cadre d'orientation stratégique. Le premier semestre 2017 voit des groupes techniques se réunir pour définir les objectifs du schéma régional de santé et du PRAPS.

Le projet régional de santé constitue une ambition collective pour une meilleure réponse aux besoins de santé de la population de notre région. ■

« Réorienter les services de santé » : l'exercice libéral coordonné

Le point avec Arnaud Ganne, responsable de pôles au sein de la direction adjointe de l'offre ambulatoire à l'agence régionale de santé de Bretagne

La promotion de la santé passe aussi par l'évolution du système de soins. L'exercice libéral coordonné y contribue : il favorise une prise en compte plus globale des besoins de santé et améliore les parcours de soins... ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels. Concrètement, de quoi parle-t-on ? Principalement des plateformes territoriales d'appui et des maisons de santé.

Des réseaux aux plateformes

Les plateformes territoriales d'appui ont été créées par la « loi de modernisation de notre système de santé », publiée en janvier 2016. En Bretagne, elles fonctionnent sur trois territoires et sont en cours de constitution sur six autres, souvent par fusion de réseaux de santé préexistants. Ceux-ci avaient été initiés par les professionnels de santé dès 2002 autour d'une population (personnes âgées ou femmes enceintes, par exemple) ou d'une pathologie (diabète, cancer...). La coordination et la continuité des prises en charge avaient été améliorées grâce à la collaboration ville-hôpital, à la prise en compte des questions sociales, à la mise en place d'actions de formation, etc.

Les plateformes, quant à elles, sont polyvalentes. Leur caractéristique n'est pas thématique, mais la proximité géographique. Elles apportent un appui aux professionnels de santé de premier recours, en particulier les médecins généralistes. Ces derniers peuvent s'adresser à la plateforme lorsqu'ils sont confrontés à un patient en situation complexe, sans distinction d'âge ou de pathologie.

La plateforme les aide à orienter leurs patients et à mettre en place les services adaptés afin, par exemple, de permettre le maintien au domicile. Elle peut apporter un appui à l'élaboration d'un plan personnalisé de santé pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux utiles au patient. La vocation des plateformes



est de faciliter les parcours de soins et d'en éviter les ruptures qui entraînent souvent des hospitalisations.

Les plateformes ont une personnalité juridique, qui peut être associative. Elles emploient du personnel, une direction et des coordinations d'appui en nombre adapté au territoire. L'agence régionale de santé reconnaît et soutient les plateformes au travers d'un appui méthodologique à la création, puis d'une subvention de fonctionnement avec un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les centres de santé

Le centre de santé apporte à la population des soins de premiers recours, sans dépassement d'honoraires. Les professionnels de santé y sont salariés. Le centre de santé peut être mis en place par un organisme à but non lucratif (association, mutuelle...), par des collectivités territoriales (municipalités, départements...), des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ou des établissements de santé.

Sa création ne nécessite plus un agrément de l'agence régionale de santé. Cependant, il doit répondre à certaines normes. Il est, notamment, nécessaire qu'il ait élaboré un projet de santé définissant ses actions pour favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins ou encore le développement d'activités de santé publique (prévention, dépistage).

Dans le cas des centres de santé médicaux ou pluriprofessionnels, la difficulté consiste à trouver un équilibre financier : les ressources issues des consultations ne suffisent généralement pas à couvrir les coûts de fonctionnement. C'est pourquoi ce dispositif est beaucoup moins développé en Bretagne que les maisons de santé.



Les maisons de santé : dix ans de développement

Les maisons de santé ont commencé à se mettre en place dès 2006. Elles naissent de l'initiative de professionnels de santé libéraux qui souhaitent coopérer et se coordonner. Cela leur permet de mieux équilibrer vie professionnelle et vie privée, en évitant l'isolement, en s'organisant ensemble en termes d'horaires, de gardes, de congés... C'est surtout un moyen d'améliorer les prises en charge et les parcours de soins des patients, de renforcer l'offre de soins sur un territoire.

Les maisons de santé regroupent au moins deux médecins et un professionnel paramédical, mais la plupart sont constituées d'équipes plus importantes, de dix à cinquante personnes : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens... Elles peuvent être implantées sur une ou plusieurs communes.

La coordination entre professionnels se fonde sur une connaissance mutuelle qui facilite l'orientation des patients, sur un projet de santé commun, des moyens de partage d'information, des réunions de concertation pluridisciplinaires, des protocoles de prise en charge partagés. Certaines maisons de santé créent des postes salariés, comme des coordonnateurs. Ceux-ci apportent un appui à l'organisation de l'exercice

pluriprofessionnel, pour améliorer le service rendu aux patients.

L'agence régionale de santé labellise les maisons de santé répondant au cahier des charges régional. Elle peut accompagner leur création avec un appui méthodologique ou des subventions ponctuelles. L'Assurance-maladie soutient ce type d'exercice par des rémunérations du temps passé en coordination et en prévention. Dans les territoires « fragiles », où l'on manque de médecins, de soignants, les communes, la préfecture, la région peuvent également contribuer, notamment en trouvant ou finançant des locaux.

Les maisons de santé se sont fortement développées en Bretagne, à l'initiative des professionnels qui souhaitent mieux travailler ensemble. La région en comptait plus de 80 au début 2017 et ce nombre continue à augmenter. Au niveau national, on dénombrait 700 maisons de santé en 2015 et la Ministre vise l'objectif de 1 000 structures en 2017. La plupart des candidats aux élections présidentielles expriment un intérêt pour ce mode d'exercice dans leurs programmes.

Quelle place pour la promotion de la santé ?

La prévention, la promotion de la santé font partie du projet de certaines maisons de santé, par exemple dans les champs des addictions, des troubles du comportement de l'enfant, de l'éducation thérapeutique du patient... Les appels à projet publiés par l'agence régionale de santé financent des actions.

Une maison de santé est visible. Elle regroupe plusieurs professionnels avec des compétences différentes. Cela facilite ses interactions avec l'environnement, les partenaires : les

élus locaux, les associations, l'hôpital, les structures médico-sociales...

Le rôle important des professionnels de santé de premier recours dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé reste cependant insuffisamment connu et demande à être développé. ■



Les équipes de soins primaires

Les professionnels de santé libéraux qui souhaitent développer des coopérations entre eux, des actions sur leurs territoires, peuvent constituer une équipe de soins primaires. Elle peut prendre une forme plus souple que la maison de santé, passant à minima par la transmission organisée d'information, les coopérations, la cohérence des interventions autour d'une thématique commune bénéficiant aux patients. L'agence régionale de santé réfléchit actuellement aux modalités d'accompagnement de ce type de démarche.

L'État doit-il ou non s'occuper de promotion de la santé ?

Qui est responsable de la santé des personnes ? Est-ce chacun de nous, par ses choix individuels, ses comportements ? Est-ce la collectivité, c'est-à-dire, en France, essentiellement l'État, au travers de ses choix politiques ? Le débat ressurgit à la faveur des élections présidentielles. Belle occasion, pour une « Controverse », de mettre deux points de vue farouchement opposés en débat ! Un dialogue imaginé par Christine Ferron et Gérard Guingouain.

© Kapitosh

C'est écrit dans le préambule de la Constitution : l'État, à travers la loi « *garantit à tous, la protection de la santé* ». C'est une charge très lourde tant en personnels qu'en structures et donc en termes de financement. Il est normal que, de ce point de vue, l'État assume la charge de l'organisation des soins.

La santé est bien davantage une ressource qu'une charge. À l'instar d'Abraham Lincoln qui ironisait, « Si vous trouvez que l'éducation coûte cher, essayez l'ignorance », rappelons que les premières mesures de santé publique prises au XIXème siècle n'avaient rien de philanthropique et visaient avant tout le maintien « en état de marche » de la force de travail. Même les barons de l'industrie l'avaient compris...

Une assurance maladie générale accorde d'ailleurs à chacun la possibilité de se soigner dans des conditions minimales de sécurité.

Il y a belle lurette que cette assurance maladie dite « universelle » a dû être complétée par de multiples dispositifs permettant à la majorité de la population d'accéder à un minimum de prévention et de soin. N'en reste pas moins que la pauvreté et l'absence de recours au soin conduisent encore à finir sa vie édenté et sans lunettes...

WHAT?!
BOOM!!!

© UVconcept

L'État doit-il aller plus loin ? A-t-il à assumer la responsabilité et donc le financement de la promotion de la santé ?

« La protection de la santé », « l'organisation des soins », « pouvoir se soigner dans des conditions de sécurité », c'est déjà agir pour promouvoir la santé. Encore un petit effort...

Certes l'État promeut et finance des campagnes de vaccination et de dépistage de certaines maladies qui pèsent très lourdement sur le fonctionnement général du système.

Il ne s'agit pas seulement d'alléger « le fonctionnement général du système », mais de sortir la société toute entière du Moyen-Âge et de créer les conditions d'un vivre ensemble possible, loin de la menace des grandes épidémies.

Il lui revient, en effet, de prévenir des risques majeurs en matière de santé.

Le risque le plus « majeur » en matière de santé réside dans la persistance des inégalités sociales de santé, dont la réduction est le principal objectif de la promotion de la santé.

© Kapitosh

Ce doit être sans doute l'objet de réglementations minimales nécessaires de protection.

La « protection de la santé » relève de mesures environnementales générales de... promotion de la santé !

LIBERTÉ INDIVIDUELLE OU CHOIX POLITIQUES ?

Il convient de ne pas oublier que la santé est fondamentalement affaire de comportement. Elle renvoie de ce point de vue aux choix et engagements de l'individu.

En effet, la santé est fondamentalement affaire de choix et engagements... politiques.

On ne peut magnifier cet individu, citoyen libre, autonome en tous domaines et lui enlever la responsabilité de ses comportements quand il s'agit de santé. Les comportements de santé comme tous les autres relèvent de la liberté de chacun, tant que ces comportements ne nuisent pas à la liberté ou à la santé d'autrui.

© Kapitosh

C'est la raison, me semble-t-il, pour laquelle, la prévention et la promotion de la santé se doivent d'être fondamentalement de la responsabilité de la société civile et de ses acteurs économiques comme les assurances ou les mutuelles. C'est leur intérêt évident, pour réduire la prise de risque et conséquemment les dépenses éventuelles. On peut s'attendre à une forme de régulation au même titre que le marché régule l'économie. Il s'agit d'un jeu d'acteurs dont les intérêts, au final, convergent.

Ce sont en réalité les mêmes qui « magnifient la liberté du citoyen » et lui demandent d'endosser l'entière responsabilité de sa santé... mais sans créer les conditions pour qu'il exerce un pouvoir d'agir sur sa santé.

On attend des populations qu'elles participent à la mise en œuvre des politiques de santé qui leur sont destinées, et qu'elles prennent leur part de responsabilité dans l'atteinte des objectifs fixés.

© studiosols

On attend des acteurs de terrain qu'ils s'impliquent dans la construction des politiques de santé et qu'ils se sentent responsables de la pertinence et de l'efficacité de ces politiques. On attend des décideurs publics qu'ils fixent des orientations, qu'ils élaborent et pilotent les politiques de santé... mais où reste donc leur responsabilité quant aux effets de ces politiques ?

WOW!

© gomolach

Il convient de laisser agir les acteurs locaux. L'environnement, dont personne ne peut nier l'importance en matière de santé, est une responsabilité partagée par les collectivités, les producteurs et les citoyens.

QUI EST RESPONSABLE ?

Le plus grand risque d'une politique fondée sur la responsabilisation des populations et des acteurs de terrain est le désengagement des pouvoirs publics.

Le risque est que l'État remette aux individus ou aux communautés la charge des problèmes, et prenne prétexte de cette responsabilisation pour supprimer des services publics.

Responsabilisés, les publics ont-ils réellement le pouvoir de fixer les priorités et objectifs des actions ? Responsabilisés, les représentants des usagers ont-ils le pouvoir d'infléchir significativement la politique de santé qui leur est présentée ? Responsabilisés, les acteurs de terrain ont-ils le pouvoir d'orienter la politique de santé ?

La notion de responsabilité des pouvoirs publics est centrale en promotion de la santé. Si le principe de responsabilité est appliqué sans prise en compte de sa dimension politique, sociale, collective, il contribue à légitimer une approche néolibérale fondée sur une gestion comptable de la santé, sur le transfert des responsabilités des systèmes aux individus, et sur la vision utopique d'un sujet entreprenant, auto-régulé, rationnel, libre et responsable, de lui-même comme des autres.

En promotion de la santé, la responsabilité des personnes s'arrête là où commence celle de l'État : l'action sur les déterminants de la santé et les conditions politiques, économiques, sociales, environnementales de son déploiement.

© Kapitosh

D'OÙ VIENT LA SANTÉ ?

Les actions spécifiques de promotion de la santé ne se justifient pas : si chacun joue son rôle, assume ses responsabilités (le citoyen pour ses comportements, les collectivités territoriales pour les politiques d'environnement, les entreprises pour les conditions de travail, etc.), il y aura de la santé dans les politiques et les environnements, ainsi que dans les comportements, parce que c'est l'intérêt de tous.

Précisément ! Créer les conditions pour que chaque citoyen puisse peser sur les décisions politiques susceptibles d'avoir un impact sur la santé, accompagner les collectivités territoriales pour qu'elles prennent mieux en compte les déterminants de la santé dans leurs orientations, intervenir dans tous les milieux de vie pour qu'ils soient davantage promoteurs de santé... sont des actions de promotion de la santé.

Force est de constater que, jusqu'à présent, ces actions ne se produisent pas par génération spontanée... Si on donne aux acteurs de la promotion de la santé les moyens de bien travailler, on peut caresser l'espoir qu'un jour, ces actions « spécifiques » ne se justifient plus. En attendant, agissons ! ■

Traité de santé publique / BOURDILLON François, BRUCKER Gilles, TABUTEAU Didier. Médecines Sciences Publications, 22/09/2016. 716 p.

Cette troisième édition du *Traité de santé publique* couvre l'ensemble des problématiques relatives à la santé des populations. Traité de référence, il définit la santé publique comme « un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes ». L'ouvrage souhaite ouvrir ce champ à tous ceux qui, du citoyen au professionnel de santé, du patient aux décideurs des politiques de santé, cherchent à partager la réflexion, jamais close, sur les choix de santé et de société qui sont devant nous.

La loi santé : regards sur la modernisation de notre système de santé / LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir.). Presses de l'EHESP, 05/2016. 480 p.

La loi de modernisation de notre système de santé, par son ampleur, est difficile à appréhender et sa lecture globale passe par le biais d'analyses portant autant sur le cadre juridique, que sur l'organisation des soins, les pratiques médicales, les politiques sociales et de santé... Pour permettre une meilleure compréhension de toutes les implications de cette loi, Anne Laude et Didier Tabuteau ont sollicité autour d'eux experts, universitaires et chercheurs : en 10 thématiques essentielles, ils analysent les principaux chapitres et articles de la loi et livrent leurs réflexions personnelles sur la portée et les éventuelles difficultés d'application des principales mesures.

Patient-expert [dossier] / GROSS O., POMEY M.-P., VIGNAULT K., et al. *Revue du praticien monographie*, vol.65, n°9, 11/2015, pp. 1209-1224.

Ce dossier traite la question du patient-expert de manière pragmatique en s'interrogeant moins sur les figures théoriques du patient et ses différentes dénominations (patient-expert, ressource, partenaire, intervenant, médiateur) que sur les actions que les malades conduisent, les formations dont ils disposent, les enseignements qu'ils délivrent et les procédures et les types de collaboration mis en œuvre pour les solliciter.

Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale. Première approche / POISSON Marie-Aude, TAJAHMADY Ayden, VALON Leslie, et al. ANAP, 08/2015. 24 p.

Cette publication présente les enseignements d'un travail mené avec trois agences régionales de santé pilotes, portant sur l'organisation des parcours en psychiatrie et santé mentale. Cinq portes d'entrée dans le parcours ont été identifiées : l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; les hospitalisations inadéquates ; l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ; l'accès aux soins somatiques ; la prévention et la gestion des situations de crise.

Disponible sur : http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Accompagner_le_secteur_medico-social/Organisation/Sante_mentale/Parcours_personnes_psychiatrie_sante_mentale_Premiere_approche.pdf Consulté le 24/02/2017

Les maisons de santé : une solution d'avenir ? *Santé publique*, vol. 21, suppl. au n°4, 07/2009, pp. S5-S111.

Ce supplément de la revue *Santé publique* a été réalisé à la suite d'un colloque national organisé à Besançon en juin 2008 sur les maisons de santé. Les différents articles qui composent ce numéro traitent d'expériences françaises, canadiennes et belges, développent des points de réflexion autour de la démographie des professionnels de santé, de l'aménagement du territoire, de l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins, de la pluridisciplinarité ou de l'éducation du patient. Les recommandations issues du séminaire national sont publiées à la fin du document.

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1.htm> Consulté le 24/02/2017

Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030 : neuvième conférence mondiale sur la promotion de la santé, 21-24 novembre 2016, Shanghai. Organisation mondiale de la santé, 11/2016.

Disponible sur : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-fr.pdf?ua=1> Consulté le 22/02/2017.

Déclaration politique des Villes-Santé : colloque « Territoires et santé : quels enjeux ? », 31 mai 2016, Aix-les-Bains. Réseau française des Villes-Santé de l'OMS, 2016.

Disponible sur : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/declaration-politique_aix-les-bains.pdf Consulté le 22/02/2017.

Pour vous abonner à *Horizon Pluriel*, rendez-vous sur le site internet de l'Ireps Bretagne : www.irepsbretagne.fr > Nos ressources et prestations > Productions