

AUDREY SITBON  
Sociologue, chargée d'études et de recherches,  
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), France

# Préévaluation de la mise en place des pôles de compétences en éducation pour la santé

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des données de  
cet ouvrage sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Sitbon A. Préévaluation de la mise en place des pôles de  
compétences en éducation pour la santé. Saint-Denis : INPES, coll. Évaluations  
en prévention et en éducation pour la santé, 2007 : 16 p.

*Direction de la collection* Thanh Le Luong  
*Direction éditoriale* Philippe Guilbert | *Édition* Marie-Frédérique Cormand  
*Correction* Carmen Fernandez | *Réalisation* Philippe Ferrero | Septembre 2009



**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis cedex – France  
<http://www.inpes.sante.fr>

# Synthèse

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) soutient, depuis 2004, la mise en place de « pôles de compétences » en éducation pour la santé dans les régions, à travers un appel à projets. Ces plates-formes offrent aux acteurs locaux porteurs d'actions de proximité en éducation pour la santé les ressources communes suivantes : conseil méthodologique, ingénierie de projet, formation, appui documentaire et évaluation. Ce dispositif, qui termine son implantation sur le territoire français, intervient à la suite de l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps).

La Ddeset de l'INPES a réalisé, en 2006, une étude pré-évaluative pour pouvoir ensuite construire un protocole d'évaluation des pôles de compétences. L'étude avait pour objet d'identifier les perceptions des décideurs et des porteurs de projets à l'égard des pôles; elle a été réalisée dans deux régions : Bourgogne et Midi-Pyrénées. L'objectif était de pouvoir ensuite centrer la future évaluation sur des thématiques correspondant aux préoccupations des acteurs.

L'étude a été réalisée via des entretiens semi-directifs menés par trois sociologues auprès d'une quarantaine d'acteurs issus des services centraux et déconcentrés de l'État (directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales - Drass/Ddass, Éducation nationale, Jeunesse et Sports), des collectivités territoriales, des associations thématiques ou généralistes (comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé - Cres/Codes) du champ de l'éducation pour la santé, de mutuelles et de l'Assurance maladie. Les acteurs ont été interrogés sur :

- les conditions de mise en œuvre des pôles;
- les facteurs favorisant leur mise en place;
- les contraintes et difficultés rencontrées;
- leurs attentes et les propositions d'amélioration;
- l'impact de la mise en place des pôles (par exemple ont-ils permis le développement de nouveaux partenariats?).

Quels enseignements peut-on tirer de cette étude pré-évaluative pour l'élabora-

tion d'un protocole d'évaluation des pôles de compétences? L'étude a, entre autres, permis de mettre au jour une diversité d'effets attendus du pôle. Il s'agissait : d'améliorer les pratiques ou la qualité des actions en éducation pour la santé; d'améliorer les compétences des acteurs en éducation pour la santé; de créer une culture commune; de développer le partenariat, etc. L'identification de ces objectifs est effectivement déterminante pour l'évaluation future.

Les conditions de mise en place du pôle ont également été analysées et ont permis de faire émerger un certain nombre de leviers et d'obstacles à l'installation du dispositif. Les atouts et les difficultés susceptibles d'interférer sur l'efficacité du pôle ont aussi été relevés. Les acteurs des deux régions se sont aussi exprimés sur les attentes à l'égard de l'échelon national.

Au niveau de l'évaluation globale du dispositif, cette phase pré-évaluative a permis d'apporter des éléments de réponse en termes de méthode, notamment au niveau de la constitution de l'échantillon des acteurs à interroger.

# Préévaluation de la mise en place des pôles de compétences en éducation pour la santé

AUDREY SITBON

Sociologue, chargée d'études et de recherches,  
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), France  
[audrey.sitbon@inpes.sante.fr](mailto:audrey.sitbon@inpes.sante.fr)

## CONTEXTE

Depuis 2004, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) soutient la mise en place de pôles de compétences en éducation pour la santé dans les régions à travers un appel à projets. Ce dispositif vient en appui de la mise en œuvre des schémas régionaux d'éducation pour la santé<sup>1</sup> qui visent à organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé.

Les pôles constituent des plates-formes fédérant les compétences et ressources susceptibles d'être utilisées par les acteurs afin de mettre en place des actions de proximité en éducation pour la santé. Cette mutualisation concerne des activités transversales telles que le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, l'évaluation, la formation ou encore l'appui documentaire. Cette mise en commun vise *in fine* à améliorer la qualité des programmes et actions mises en place.

Dans le cadre de l'évaluation des pôles de compétences, la Ddeset de l'INPES a procédé à une phase pré-évaluative qui a consisté en une étude visant à recueillir la percep-

tion des acteurs sur le pôle, dans l'optique de préparer l'évaluation globale du dispositif en orientant celle-ci sur les préoccupations des régions. Cette évaluation visera à apporter de la connaissance sur le dispositif mis en place depuis 2004 (acteurs, activités, processus mis en place, impact au niveau national/régional, etc.) et à tirer des enseignements pour le faire évoluer dans le cadre du nouvel appel à projet triennal.

Pour ce faire, nous avons cherché à analyser, à partir de la perception des acteurs de deux régions, Bourgogne et Midi-Pyrénées, les conditions de la mise en œuvre des Sreps et pôles de compétences et la dynamique qu'ils engendrent entre les financeurs, opérateurs et partenaires. Cette étude a aussi permis d'interroger les connaissances et les représentations à l'égard du pôle et du schéma. Nous avons également souhaité explorer les facteurs favorisant la mise en place et le fonctionnement de ce dispositif, mais aussi les contraintes et difficultés rencontrées. Les attentes et pistes d'amélioration au niveau de la région ont été étudiées et des leçons pour les évaluations futures relevées, notamment en faisant émerger les questionnements des acteurs à l'égard de l'évaluation de la mise en place des pôles et de leur impact.

1. Voir en annexe la circulaire relative à la mise en place du Sreps (circulaire DGS n° 2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé).

## MÉTHODE

Une étude sociologique basée sur une méthode qualitative a permis d'analyser de manière approfondie la perception des pôles dans deux régions : Bourgogne et Midi-Pyrénées. Ces régions ont été sélectionnées sur

des critères d'état d'avancement du Sreps, de répartition géographique, et sur l'absence d'engagement des régions dans des démarches d'évaluation des schémas au moment de l'étude.

Des entretiens semi-directifs ont été menés par trois sociologues, Julien Gauthey, Marie-Laure Pelte et Audrey Sitbon, auprès d'une quarantaine d'acteurs en 2006. Ces acteurs ont été identifiés avec l'aide des Drass et sélectionnés selon les critères suivants : un niveau d'implication variable dans la mise en place et les activités du Sreps ainsi que la représentativité des principales structures participant à la mise en place du schéma et du pôle de compétences. L'anonymat a été garanti aux acteurs interrogés qui sont issus des services déconcentrés de l'État (Drass/Ddass, services Jeunesse et Sports), des collectivités territoriales, de l'Éducation nationale, des associations thématiques ou généralistes (Cres/Codes) œuvrant dans le champ de l'éducation pour la santé, de mutuelles et de l'Assurance maladie.

À travers cette phase pré-évaluative, il ne s'agissait pas de porter un jugement sur l'avancée du Sreps ou des pôles de compétences, ni sur les acteurs et leurs pratiques.

Cette étude sociologique cherche à explorer la perception des acteurs sur les dispositifs. Cela nous a ainsi permis de mieux comprendre leurs intérêts, leurs contraintes, leur niveau de compréhension et leurs représentations de ces questions. Il s'agissait de prendre les paroles des acteurs pour ce qu'elles étaient, c'est-à-dire des visions subjectives et non des données factuelles, sachant qu'un propos pouvait effectivement être minoritaire. Les résultats de cette étude qualitative sont donc considérés comme des pistes de réflexion, des hypothèses à confirmer et non comme des données définitives. Les éléments de discours analysés nécessiteront d'être pondérés dans une phase ultérieure.

La présente synthèse a été élaborée à partir d'une analyse thématique croisant des interrogations préalables et des questions soulevées spontanément par les acteurs interrogés. Elle vise à mettre en exergue les points de convergence qui ont été soulignés par les acteurs des deux régions.

## RÉSULTATS

### REPRÉSENTATION DU SREPS : UN PLUS PETIT DÉNOMINATEUR COMMUN

En préambule à cette phase pré-évaluative et en considérant que les pôles de compétences s'inscrivaient dans un dispositif plus large, c'est-à-dire dans les Sreps, nous avons souhaité partir des représentations des schémas délivrées par les opérateurs et acteurs interrogés. Même si les définitions du Sreps sont plurielles, on peut proposer à partir de leur synthèse une figure qui correspond en quelque sorte à la représentation la plus communément partagée ou à un plus petit dénominateur commun. Dans cette projection, qui n'épuise donc pas la variété des possibles, le schéma a deux finalités, à savoir l'amélioration de la qualité des actions et le développement des projets en éducation pour la santé. Cela passe par une structuration du champ qui emprunte à cet effet quatre moyens :

- la planification qui recouvre notamment la mise en place d'instances de pilotage ;
- la cohérence, coordination et harmonisation des

actions. Cette mesure implique l'élaboration d'états des lieux et le développement de partenariats ;

- la professionnalisation des acteurs ;
- la mise à disposition d'outils méthodologiques.

Ces quatre moyens sont eux-mêmes subordonnés à la constitution d'une culture commune en éducation pour la santé. Des effets connexes à la mise en place du Sreps sont attendus, à savoir davantage de visibilité et une plus grande légitimité pour les structures du domaine. Ces divers éléments s'agencent différemment selon les personnes interrogées, des moyens pouvant notamment devenir des objectifs en soi [figure 1].

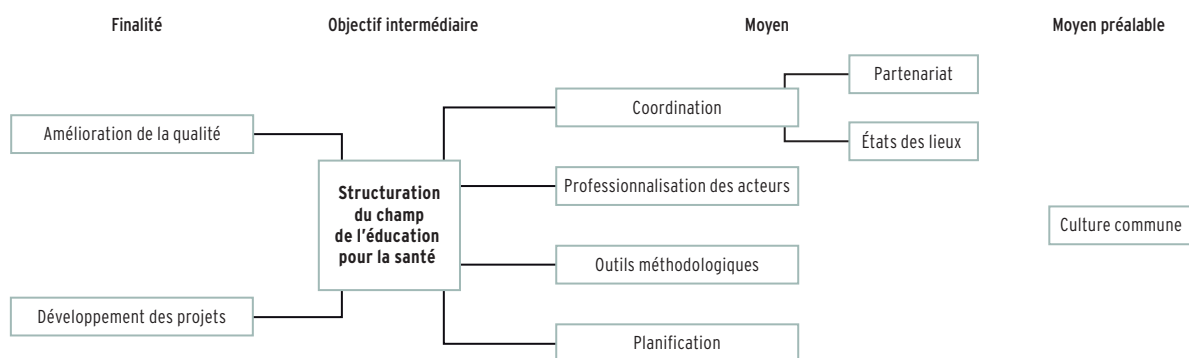
### MISE EN PLACE ET EFFETS DU SREPS ET DES PÔLES DE COMPÉTENCES

#### Mise en place et animation

Dans les deux régions, l'élaboration du schéma a été réalisée de manière collégiale, à travers la mobilisa-

FIGURE 1

#### Perception partagée des objectifs et moyens du Sreps



tion d'un grand nombre d'acteurs au moment de l'état des lieux, de la réunion de concertation et de l'écriture du schéma. Cette dynamique semble être néanmoins retombée, au point que des acteurs qui ont participé à l'élaboration du Sreps en ont un vague souvenir et tendent à le confondre avec le plan régional de santé publique (PRSP). On signale souvent qu'une véritable animation du Sreps fait défaut au moment de l'étude. Les pôles de compétences, entendus comme les activités financées par l'INPES, sont construits différemment dans les deux régions. Midi-Pyrénées a choisi d'axer ses activités sur la formation professionnelle, tandis que la Bourgogne a développé les trois fonctions supports.

### Effets engendrés par le Sreps et le pôle

S'il est trop tôt pour tenter de mesurer les effets du Sreps et du pôle au regard de leurs objectifs respectifs, on a en revanche sondé le ressenti de son impact immédiat, notamment sur les relations entre les différents acteurs du champ de l'éducation pour la santé.

La plupart des actions mises en œuvre dans le cadre du Sreps et du pôle semblent converger vers un des objectifs tenus pour important, à savoir la création d'une culture commune en éducation pour la santé.

Concernant la capacité du Sreps à étendre les partenariats, on fait état de bilans mitigés dans les deux régions. On estime néanmoins que le Sreps a suscité des travaux qui sont propices au développement ou à la consolidation de partenariats. La création ou le renforcement de nouveaux liens a été en partie facilitée par la dimension réflexive des travaux élaborés dans ce cadre. Cela s'est concrétisé par une réflexion partagée sur les grandes orientations et principes en matière d'éducation pour la santé qui s'est notamment traduite par la diffusion d'une charte. Les positionnements des acteurs ont également été questionnés et l'idée de la délimitation des territoires d'intervention discutée à partir d'une meilleure connaissance des actions, compétences et fonctions des uns et des autres.

Des activités rattachées au Sreps et aux pôles ont eu des effets positifs sur la qualité des projets.

On signale enfin que la formation a permis aux structures organisant et recevant cette activité de gagner en légitimité.

### Leviers et freins

Un certain nombre d'atouts et de contraintes relatifs à la fois à la mise en place du schéma et du pôle ainsi qu'à ses effets ont été relevés.

#### Leviers à la mise en place du pôle de compétences et du Sreps

Deux types de leviers ont joué de manière favorable sur la mise en place du Sreps et du pôle : quatre facteurs correspondant aux décisions et modes d'organisation des niveaux nationaux et régionaux et deux facteurs plus contingents, c'est-à-dire plus difficiles à modifier.

*Un schéma et un pôle correspondant aux besoins*

Le Sreps et le pôle sont identifiés comme correspondant

à de réels besoins en termes de structuration du champ et de reconnaissance de la promotion et de l'éducation pour la santé et de ses acteurs. La circulaire de mise en place du Sreps (voir « Annexe 1. Circulaire de mise en place du Sreps », page 9) est souvent considérée comme étant suffisamment lâche pour permettre aux régions de tenir compte de leurs spécificités.

Le pôle occupe une place plus ou moins importante dans les schémas. Des personnes interrogées considèrent que la réussite du Sreps passait certainement par son objectivation dans des outils comme ceux qui ont été proposés dans le cadre du pôle, d'autant que ces activités étaient cohérentes avec la façon dont le schéma avait été pensé au départ. Cela a pu contribuer à relancer le schéma qui pouvait être en latence.

#### *L'impulsion et le soutien des pouvoirs publics*

Il semble important que le Sreps ait été pensé au niveau national, dans une optique de coordination et d'harmonisation entre les régions.

Les modalités d'intervention de la direction générale de la Santé (DGS) et de l'INPES sont plutôt évaluées de manière positive, à la fois en amont de l'écriture du Sreps, dans le financement *via* l'appel à projets de l'INPES et dans le suivi. En même temps, le niveau d'intervention du national est jugé de manière variable : on apprécie parfois qu'il ne se soit pas immiscé outre mesure dans la mise en place du Sreps et on estime aussi à l'inverse et parfois que le cadrage du national a été plus prononcé au fil du temps.

#### *Des acteurs moteurs en région*

Les coordonnateurs et porteurs du pôle ont vraiment été mobilisateurs dans les phases de mise en place. L'entente cordiale entre institutions, en particulier les collaborations entre l'État et l'Assurance maladie, et leur niveau élevé d'implication, ont joué comme levier dans la mise en place du Sreps. Le choix des comités régionaux d'éducation pour la santé comme porteurs du pôle fait plutôt consensus, même si pour des acteurs il n'est pas apparu comme une évidence.

#### *Une démarche participative*

Tant l'écriture du schéma que la mise en place des activités ont fait l'objet d'une démarche participative qui a joué en faveur de l'implication des acteurs, ainsi que de la reconnaissance du schéma et de son utilité auprès de ceux qu'il avait mobilisés.

#### *Une démarche partenariale déjà engagée*

Un réseau d'acteurs préexistant et l'absence de conflits majeurs dans ces deux régions ont facilité le développement du partenariat autour de l'écriture et de la mise en œuvre du schéma.

#### *Structurer en « terrain vierge »*

La culture en santé publique considérée comme déficiente a été pensée comme un frein mais aussi comme un levier. En l'absence d'idées et de positions bien établies sur les questions d'éducation pour la santé, l'élaboration d'une culture commune n'a pas eu à s'affranchir de visions très cadrées et contradictoires.

### Obstacles et contraintes dans la mise en place et la réalisation des objectifs du pôle de compétences et du Sreps

Dans ces deux régions, la mise en œuvre du schéma a pâti d'une forme de démobilitation générale se traduisant par une animation parfois jugée déficiente et l'implication d'un nombre restreint d'acteurs institutionnels et associatifs qui se situent surtout au niveau régional. Les deux régions étudiées imputent globalement ce phénomène aux mêmes types d'obstacles.

#### *Le Sreps dans un dispositif régional émergent*

La mise en place de tout un dispositif régional et l'arrivée de la loi de santé publique du 9 août 2004 ont pu mettre en balance et rendre plus flou le positionnement des acteurs dans ce champ, voire ralentir la mise en place du Sreps. Les articulations n'apparaissent pas toujours évidentes entre le PRSP, le groupement régional de santé publique (GRSP), la Conférence régionale et le Sreps. Celui-ci apparaît parfois comme un dispositif supplémentaire qui vient « s'empiler » sans véritable cohérence avec les dispositifs existants. On parle de millefeuille, de télescopes qui se résolvent néanmoins à l'usage et qui paraissent parfois inévitables dans une phase de construction. Un certain attentisme lié à la mise en place du GRSP est également pointé dans les deux régions.

#### *Culture déficiente en éducation pour la santé des acteurs clés*

Une culture de santé publique jugée déficiente n'aurait pas facilité la mise en place du Sreps. Parfois, les acteurs comprennent difficilement l'intérêt d'améliorer les aspects méthodologiques. Faute de reconnaissance de l'utilité des formations, des structures institutionnelles et associatives s'avèrent réticentes à y participer. Pour des acteurs moteurs du schéma, les concepts et l'organisation de l'éducation pour la santé semblent complexes et flous. Enfin, le manque de personnes spécialisées, dans ces deux régions, en éducation pour la santé pour élaborer une formation universitaire est souligné.

#### *Désaccords sur le principe et les modalités du schéma*

On a aussi notifié des difficultés liées aux désaccords sur le principe du schéma et sur les activités à mettre en place.

La rédaction du schéma a été réalisée de manière très collégiale, en réunissant un grand nombre de structures. Les consensus étaient difficiles dans ces conditions et se sont parfois avérés relativement insatisfaisants. De manière générale, le nombre de départements dans les deux régions complique les accords.

Une certaine méfiance apparaît parfois à l'égard de l'idée de planification qui serait sous-jacente à tout schéma. Le concept de schéma est accepté quand il fait écho à la distribution des moyens en fonction des besoins, mais il renvoie aussi à une notion de contrainte forte si l'on construit le Sreps à l'instar du schéma régional d'organisation des soins (Sros) car les méthodes qui y prévalent ne sont pas adaptées au champ de l'éducation pour la santé.

L'existence d'un Sreps est en soit un progrès, mais on considère parfois dans les deux régions que cela cloisonne

l'éducation pour la santé. Autrement dit, le fait que le schéma soit centré sur la notion d'éducation pour la santé et n'inclue pas la prévention ou la promotion de la santé est vécu comme restrictif. On considère parfois aussi que l'éducation pour la santé devrait être transversale à d'autres domaines comme le soin ou l'éducation thérapeutique afin de pouvoir assurer une prise en compte globale des personnes.

#### *Le Sreps et le pôle, un énième dispositif mal compris ?*

Une forme de démobilitation des acteurs autour du schéma et du pôle est identifiée comme étant en partie issue d'une mauvaise connaissance et compréhension de ces dispositifs.

##### ■ Le Sreps

Les acteurs interrogés présentent des niveaux de connaissance très variables du Sreps. Un cercle très restreint d'acteurs semble capable d'en délivrer une vision claire et correspondant à la philosophie du schéma tel qu'il a été conçu, de savoir quelles activités lui sont rattachées. Parfois, le schéma n'engendre aucune évocation et des personnes interrogées (par exemple un agent d'un centre médico-social) ne voient pas vraiment ce à quoi il réfère. Le schéma est souvent mal identifié, mal compris et mal connu. Cela se traduit par des confusions entre le PRSP et le Sreps, des acteurs institutionnels ne percevant pas très bien la différence entre un schéma, un plan ou un programme. Il n'est donc pas étonnant que, dans ces conditions, le Sreps apparaisse comme un échelon supplémentaire, un cadre plaqué du national sur le local venant complexifier un système qui gagnerait au contraire à être simplifié (on le qualifie par exemple « d'usine à gaz »). Ce malentendu se conjugue à l'idée que ce texte est abstrait et flou. Des acteurs ont l'impression d'une coordination insuffisante des actions qui apparaissent dans le schéma.

##### ■ Le pôle

Le problème de notoriété du pôle de compétences est accentué en comparaison avec celui du Sreps. Des agents institutionnels qui avaient participé à l'élaboration du Sreps, à des activités « hors pôle » comme la rédaction de la charte ou du glossaire, mais qui sont plus éloignés de la vie du schéma aujourd'hui, n'ont jamais entendu parler du pôle ou juste très vaguement. Des agents associatifs n'établissent pas forcément de lien entre cette notion et les activités du Sreps. Parfois, des professionnels qui ont bénéficié des formations financées dans le cadre du pôle n'ont pas pour autant connaissance de l'existence de ce dispositif tandis que certains confondent le conseil pédagogique régional avec le pôle. La notoriété déficiente du pôle est en partie expliquée de la façon suivante : d'une part, ce dispositif n'existe pas sous forme d'entité physique et, d'autre part, le terme de pôle de compétences a été plaqué *a posteriori* sur des activités qui existaient déjà au sein du Sreps.

#### *Une participation facultative, des acteurs peu disponibles*

La mise en œuvre du Sreps semble trop dépendre du bon vouloir des individus qui peuvent choisir de se mobiliser ou non. Les mêmes acteurs, souvent polyvalents, sont sollicités sur plusieurs dispositifs et manquent donc de disponibilité.

### *Éloignement géographique*

Le travail de coordination, jugé très compliqué à l'échelle d'une région en considération du nombre d'acteurs, n'est pas facilité par des caractéristiques géographiques qui éloignent les agents en raison d'une accessibilité restreinte de Dijon et de Toulouse depuis les autres départements.

### *Investissement limité par manque d'engagement financier et politique en éducation pour la santé*

Des acteurs seraient restés en retrait du schéma en partie parce qu'à leurs yeux il n'était pas possible de s'y investir s'ils n'avaient pas de moyens financiers à mobiliser.

Globalement, la volonté des acteurs, y compris politique, de développer l'éducation pour la santé est jugée insuffisante en comparaison avec d'autres volets de la santé publique tels que le soin. Cela se traduit de la façon suivante : des institutions hésitent à permettre à leur personnel de suivre des formations, mettant ainsi en péril la mise en place d'un diplôme universitaire (DU) qui risque de ne pas être rentable en raison d'un nombre trop insuffisant de participants. Autre écueil possible, les formations de formateurs pourraient avoir une utilité limitée si les agents qui en bénéficient ne peuvent, faute de soutien de la part de leur structure, transmettre leurs acquis.

### *Les cultures partenariales et les identités territoriales*

Dans toutes les régions, les acteurs ne possèdent pas une culture de la coordination et du partenariat très développée. Des départements mettraient par exemple un frein à la logique de régionalisation et à la mise en place du Sreps car ils cherchent à conserver leur propre politique. Les structures régionales peuvent alors, malgré leur volonté, rencontrer des difficultés pour centraliser les compétences et porter une véritable politique de régionalisation qui peut être compliquée par le nombre de départements.

### **Freins limitant les effets du Sreps et du pôle**

Les effets du schéma et du pôle sont par ailleurs limités par le manque de moyens humains et financiers et parfois par une légitimité déficiente des acteurs du pôle.

### *Moyens humains et financiers*

Dans les deux régions, les acteurs de l'éducation pour la santé sont inégalement distribués au profit d'un département et au détriment des zones rurales. Aux yeux de nombreux acteurs interrogés, le manque de financements et de moyens humains, considéré comme une tendance structurelle et reflétant le faible développement de la promotion de la santé en France, peut venir entraver les effets de cet effort de structuration.

Les possibilités de coordination des projets en éducation pour la santé se voient aussi limitées par la mise en concurrence des acteurs associatifs entre eux et avec certaines institutions comme l'Assurance maladie et par l'énergie dépensée par les acteurs, notamment par les Cres/Codes, pour la recherche permanente de financements.

En l'absence d'une situation financière satisfaisante, qui se répercute en termes de précarité des statuts et des rémunérations, le milieu associatif connaît beaucoup de défections. Cela risque de contrecarrer l'objectif d'amélioration

de la qualité des actions en limitant d'une part le développement de l'évaluation qui nécessite un minimum de constance des personnels et d'autre part l'impact des formations. Des associations thématiques soulignent en effet l'incapacité pour un nombre restreint d'agents à se spécialiser sur différents sujets et à mener des actions en correspondance avec les formations qu'ils ont suivies. Dans ces conditions, il est également difficile de développer ensuite des projets en éducation pour la santé. En définitive, les moyens dédiés à la structuration semblent disproportionnés par rapport à ceux consacrés aux actions et à l'activité des associations. Dans ce contexte, l'appel à projets de l'INPES est jugé parcellaire et insuffisant.

### *Ressources symboliques : légitimité des acteurs du Sreps*

Si le réseau des comités d'éducation pour la santé est aujourd'hui considéré comme un acteur important dans le champ de l'éducation pour la santé, cette position n'a pas été évidente à asseoir et cette reconnaissance n'était pas unanimement partagée.

## **ATTENTES À L'ÉGARD DE L'ÉCHELON NATIONAL**

On attend que l'échelon national fixe un cadre, des priorités, et laisse ensuite beaucoup d'autonomie aux régions pour déterminer le contenu du Sreps et du pôle, tout en apportant un financement, une aide méthodologique, un suivi, une animation et une aide en termes d'évaluation. Le niveau national devrait être plus présent pour donner une impulsion en cas de flottement du dispositif. Il existe donc de fortes attentes vis-à-vis de l'INPES sur toutes ces dimensions. Les acteurs nationaux créent une zone d'échanges entre les porteurs des différents Sreps et pôles dans l'optique d'améliorer les projets de chacun. L'INPES devrait aussi fournir des outils de référence en méthodologie, une charte nationale et des chartes internationales, des référentiels sur lesquels la professionnalisation des acteurs pourrait s'appuyer. On souhaite aussi que les instances nationales donnent plus de visibilité et de lisibilité au Sreps, au pôle de compétences, à l'éducation pour la santé et au Cres/Codes.

Pour des agents, la répartition des rôles entre l'INPES et de la DGS par rapport au Sreps n'est pas clairement établie.

## **LEÇONS POUR L'ÉVALUATION GLOBALE DU DISPOSITIF**

Cette phase pré-évaluative pilote a, entre autres, permis d'apporter des éléments de réflexion à la question de savoir quels types d'acteurs il serait intéressant et pertinent d'interroger dans le cadre d'une évaluation plus globale. La connaissance approfondie du schéma et du pôle concerne un nombre restreint d'acteurs. Savoir s'il faut envisager d'interroger les acteurs associatifs, les agents des mairies, des PMI, les professionnels de santé ou les chefs d'établissement revient à se demander s'il est important que le schéma et le pôle acquièrent une forte notoriété à leur niveau. Des acteurs du pôle répondent par

la négative en arguant que des acteurs associatifs collaborent aux activités du pôle de compétences sans forcément en avoir une réelle connaissance. Il s'agira donc peut-être plus de veiller à ce que les acteurs de terrain participent d'une manière ou d'une autre aux activités du schéma et/ou du pôle et pas seulement à la connaissance générale qu'ils ont de ses concepts.

On imagine une évaluation qui interrogerait donc différemment les principaux acteurs du schéma, ceux qui se sont investis de manière plus occasionnelle et ceux qui n'ont pas du tout participé à la mise en place du schéma et du pôle. Il était jusqu'à présent encore trop tôt pour

mesurer l'impact des activités du Sreps. Il convient de réfléchir à la temporalité de la mesure de cet impact.

Les entretiens ont permis de relever à la fois les sujets de préoccupation des acteurs et de les interroger sur les indicateurs qui leur semblaient pertinents pour une évaluation plus globale.

En croisant ces deux types de données, il est possible de proposer un grand nombre de thématiques qui reprennent notamment les points abordés dans la synthèse et qui peuvent servir de base pour une évaluation globale des pôles.

---

## CONCLUSION

Les objectifs et la méthode de ce type d'étude visant à interroger les perceptions dans le cadre de l'évaluation d'un dispositif nécessitent un travail d'explicitation particulier auprès des acteurs interrogés et des destinataires. Du fait de son caractère inhabituel, la démarche risquerait d'être mal interprétée. Il est en effet nécessaire d'insister

sur le fait qu'il ne s'agit pas, à cette étape, de porter un jugement sur l'avancée du Sreps ou des pôles de compétences, ni sur les acteurs et leurs pratiques, mais bien d'explorer les représentations des acteurs à l'égard d'un dispositif.



## Annexe 1. Circulaire de mise en place du Sreps



REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le

**LE MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA  
SANTÉ**

à

**MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PRÉFETS DE RÉGION**

Direction régionale des affaires sanitaires et  
sociales  
(pour attribution)

**MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PRÉFETS DE DÉPARTEMENT**

Direction départementale des affaires  
sanitaires et sociales  
(pour attribution)

**MESDAMES ET MESSIEURS  
LES DIRECTEURS D'ARH**

(pour information)

**CIRCULAIRE DGS n°2001/504 du 22/10/2001** relative l'élaboration des schémas régionaux  
d'éducation pour la santé

Date d'application : immédiate

**Résumé** : La présente circulaire a pour objet de définir la méthodologie d'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé qui devront être mis en place en application du plan national d'éducation pour la santé, à partir de 2002.

**Mots clés** : éducation pour la santé, promotion de la santé, plan national d'éducation pour la santé (PNEPS), schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS), comité régional des politiques de santé, Charte d'Ottawa.

**Textes de référence** : Plan national d'éducation pour la santé (conseil des ministres, 28 février 2001), Charte d'Ottawa (OMS 1986), Expertise collective de l'INSERM "L'éducation pour la santé des jeunes" (juin 2001), "Éducation pour la santé, vers quel métiers," (La santé de l'Homme, n°353, juin 2001)

**Textes abrogés ou modifiés : néant**

PJ : Plan national d'éducation pour la santé (2001) - Charte d'Ottawa (1986)

Les différents travaux sur la morbidité et la mortalité prématurée évitables, les rapports du Haut Comité de la santé publique, les recommandations des Conférences nationales de santé successives ainsi que les attentes exprimées lors des Etats généraux de la santé confirment le rôle croissant qu'il convient de donner à la prévention et notamment à l'éducation pour la santé.

**I - L'éducation pour la santé, un enjeu de santé publique**

L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, dans la Charte d'Ottawa. Elle est une condition de réussite des autres mesures de santé publique : campagnes de dépistage, protection de l'environnement, amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins, etc.

Mission de service public intégrée au système de santé et au système éducatif, l'éducation pour la santé doit bénéficier de modalités d'organisation et de niveaux de financement appropriés.

Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que 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 tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent.

Un programme d'éducation pour la santé comporte des actions de trois natures différentes, articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :

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

Les actions de communication et d'information, même combinées entre elles, ne constituent pas à elles seules un programme éducatif. L'éducation pour la santé, comme toute autre forme d'éducation, se fonde sur des relations humaines : elle nécessite des actions de proximité qui permettent un travail d'accompagnement, de cheminement avec les personnes concernées.

En matière de communication médiatique, l'éducation pour la santé doit s'interroger sur les ressorts qu'elle utilise, les sentiments ou les réactions qu'elle provoque et vérifier leur adéquation avec les objectifs éducatifs du programme. Elle doit notamment éviter de recourir à des procédés tels que la stigmatisation, l'injonction, la culpabilisation ou l'infantilisation qui vont à l'encontre des buts qu'elle poursuit, ou de délivrer à la population des messages de bonne conduite sanitaire définis par les seuls experts.

L'éducation pour la santé aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie. En ce sens, la vulgarisation et la diffusion des connaissances scientifiques ne suffisent pas.

En matière d'actions de proximité, l'éducation pour la santé utilise des méthodes et des outils validés favorisant l'expression des personnes et leur permettant d'être associées à toutes les étapes des

programmes, du choix des priorités à l'évaluation. Elle est accessible à tous les citoyens et a le souci permanent de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

Comme toute démarche de santé, l'éducation pour la santé doit répondre à des normes de qualité et être soumise à évaluation. En effet le Haut Comité de la santé publique a attiré l'attention sur les risques iatrogènes d'actions de prévention et d'éducation pour la santé qui ne seraient pas mises en œuvre selon des critères de qualité validés.

Dans la même logique l'Inserm, dans son expertise collective sur l'éducation pour la santé des jeunes en juin 2001, recommande :

- d'installer la cohérence et la continuité des programmes d'éducation pour la santé,
- de mettre en place des formations dans ce domaine, définies par un cadre d'aptitudes et sanctionnées par un diplôme,
- d'adapter les modes d'évaluation des actions à l'évolution des méthodes d'éducation,
- de valoriser les résultats de la recherche et de capitaliser les expériences de terrain.

## **II - Le Plan national d'éducation pour la santé**

Le Plan national d'éducation pour la santé, que j'ai présenté en Conseil des Ministres le 28 février 2001, vient compléter la création de l'Institut de prévention et de promotion de la santé inscrite dans le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ce Plan a pour objectif général que chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité, quel que soit son statut social et professionnel, quel que soit l'endroit où il habite, quelle que soit l'école qu'il fréquente, quel que soit le professionnel de santé qu'il consulte. Il comporte trois axes :

- la mise en place d'un service public en éducation pour la santé, dont l'élaboration de schémas régionaux d'éducation pour la santé, objet de la présente circulaire,
- le développement de la formation et de la recherche,
- la valorisation de l'éducation thérapeutique.

## **III - Le Schéma régional d'éducation pour la santé**

Le Schéma régional d'éducation pour la santé a pour ambition d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé.

Les compétences et les dynamiques locales existent. Le Schéma doit donc :

- les aider à s'inscrire dans les politiques régionales de santé,
- leur permettre de se coordonner entre elles,
- leur donner les moyens politiques, institutionnels, organisationnels et financiers nécessaires au développement de leurs actions.

### **1. Les enjeux d'un schéma régional**

Dans une approche globale de la santé, l'enjeu est d'élargir la démarche de santé encore trop souvent exclusivement centrée sur le curatif.

L'éducation pour la santé, ses concepts, ses champs d'application, ses outils et ses modes d'évaluation restent encore trop ignorés de la plupart des acteurs et des décideurs en matière de santé alors même qu'ils s'y impliquent de plus en plus.

Comme toute action au service de la santé, l'éducation pour la santé, et donc les services qui la mettent en œuvre, doivent répondre à des critères de qualité. Dans ce sens, la professionnalisation du champ de l'éducation pour la santé doit être un des objectifs poursuivis.

Le SREPS doit non seulement développer dans chaque région une culture d'éducation pour la santé élaborée à partir de concepts validés et partagés, en faire reconnaître l'importance et la légitimité, mais

aussi consolider ce secteur d'activité en définissant mieux ses moyens d'action et en garantissant son financement.

A ce titre, le SREPS doit :

- organiser le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétences au service de tous les acteurs de la région dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et actions mis en place,
- optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre : il s'agit d'établir des priorités d'action qui orienteront les activités et les services pour une meilleure satisfaction des besoins de la population et une répartition équitable entre les différents bassins de vie.

## 2. Les principes d'élaboration du Schéma régional d'éducation pour la santé

Le Schéma régional d'éducation pour la santé doit se construire dans le respect de plusieurs principes d'où il tirera sa légitimité :

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

Il doit aussi :

- s'inscrire dans la politique régionale de santé,
- être cohérent avec le programme régional d'accès à la prévention et aux soins et les autres programmes régionaux de santé,
- faire partager et diffuser une culture commune en éducation pour la santé.

## 3. La conduite générale du projet

Le SREPS que je vous demande de mettre en place dans chaque région est un élément stratégique qui vient compléter l'organisation régionale. Les démarches régionales ou départementales (PRAPS, PRS, SROS...) comportent toutes un volet prévention et éducation pour la santé.

Sur la base des objectifs définis dans cette circulaire, il s'agit de capitaliser et de renforcer ce que vous avez déjà accompli dans le champ de l'éducation pour la santé afin de donner à l'ensemble la cohérence nécessaire tant sur le plan de la sémantique que dans la définition des objectifs, la construction des partenariats et les financements pérennes.

A ce titre, depuis plusieurs années un effort important a été consenti par l'Etat afin de soutenir la structuration et la professionnalisation du réseau du Comité français d'éducation pour la santé (CRES et CODES). Il est nécessaire de conforter cette démarche. Aussi, afin d'élaborer ce schéma, je vous demande de vous appuyer fortement sur celui-ci en y associant, au niveau régional et local, et en fonction de leur investissement dans ce champ, les services de l'assurance maladie, de la mutualité, les services des collectivités territoriales, les professionnels de l'éducation nationale (CESC), les structures dédiées à un public ou à un thème (CIRDD, CRIPS, CDPA...), et les bénéficiaires de ces services par l'intermédiaire des associations qui les représentent.

### 3.1 L'association des acteurs

Alors que l'organisation générale de la concertation est prévue explicitement par des textes législatifs et réglementaires dans le processus de planification sanitaire, il n'en est pas encore de même dans le cadre du

SREPS. Toutefois, l'expérience acquise au cours de l'élaboration des SROS, des PRS et PRAPS vous permet de vous en inspirer.

En effet, le domaine concerne un grand nombre de partenaires dont la motivation, le rôle et les capacités professionnelles sont très variables. Il est donc nécessaire d'associer une palette large d'organismes et de structures afin de permettre un débat productif, indispensable pour que dès le départ, une culture commune en éducation pour la santé émerge.

Plusieurs sphères d'acteurs peuvent être identifiées : celles des pouvoirs publics, des collectivités territoriales, celle des acteurs et professionnels du système de santé, du travail social et du système éducatif et celle de la société civile et du « grand public ».

Le résultat final du processus du SREPS doit apparaître à tous, à partir des constats validés, comme le produit d'un cheminement logique, repérable et partagé tant les enjeux de la promotion de la santé demeurent importants.

### 3.2 Les instances d'orientation et de pilotage

Pour que l'ensemble du processus se déroule avec succès, je vous demande de mobiliser dès à présent les principaux acteurs tels que définis ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- le comité régional des politiques de santé,
- le groupe technique régional, émanation de ce Comité
- le chef de projet.

Pour l'ensemble de la démarche, vous vous attacherez à établir un partenariat tout à fait privilégié avec l'Education nationale, particulièrement impliquée dans le champ de l'éducation pour la santé.

- Le Comité régional des politiques de santé : instance de conseil et d'orientation

C'est le Comité régional des politiques de santé, instauré par la loi du 29 juillet 1998, qui demeure l'instance de conseil et d'orientation du schéma régional d'éducation pour la santé.

S'il vous appartient de définir la stratégie et les orientations du futur schéma, il apparaît souhaitable que celles-ci soient soumises dès le départ pour avis à ce comité.

- Le groupe technique régional ou Comité de pilotage : instance d'exécution

Le comité de pilotage sera chargé, sous la conduite du DRASS, d'organiser les travaux d'élaboration du schéma. Animateur de la démarche, il déterminera la méthodologie, le calendrier, les contours de la mission des groupes techniques si nécessaires, examinera le résultat des différentes consultations. Ce comité de pilotage, dont la configuration doit rester compatible avec sa mission opérationnelle, devra être constitué de représentants des différentes sphères d'acteurs. Il a vocation à recueillir les points de vue de l'ensemble des institutions, disciplines, professionnels et usagers.

- Le chef de projet du SREPS

Il revient au DRASS de proposer au Préfet de région le nom du coordonnateur de ce groupe technique régional et d'en assurer le secrétariat. Le chef de projet peut être un cadre de la DRASS, d'une DDASS ou une personnalité n'appartenant pas aux services de l'Etat. Dans ce dernier cas, il est indispensable qu'il ait un correspondant clairement désigné à la DRASS. En tant que chef de projet, le coordonnateur anime les travaux du comité de pilotage. Il doit bénéficier d'une lettre de mission fixant un mandat clair et disposer du temps et du financement indispensables pour mener à bien le projet.

### 3.3 L'accompagnement et le suivi du SREPS

La direction générale de la santé organisera l'animation et le suivi de la mise en œuvre des SREPS, notamment en favorisant les échanges, en développant les comparaisons interrégionales et en proposant des démarches d'évaluation.

### **3.4 Les délais de réalisation**

Les travaux du SREPS doivent pouvoir éclairer et configurer autrement les choix budgétaires pour les prochaines années. Il est indispensable, pour ce faire, de lancer son élaboration dès l'année 2001 afin de pouvoir le mettre en œuvre à partir de 2002.

## **4. L'élaboration du schéma**

### **4.1 Un préalable indispensable**

L'un des principaux facteurs de réussite du schéma réside dans l'organisation préalable d'un « séminaire de travail », réunissant l'ensemble des acteurs et dont l'objet sera l'élaboration d'une « culture commune », d'un « consensus de départ », autour des concepts, enjeux, méthodes et outils de l'éducation pour la santé, afin de construire ensemble un schéma régional sur des bases communes. En effet, les différences d'approche, de concepts et d'objectifs empêchent encore trop souvent un débat serein autour de l'éducation pour la santé.

Pour organiser et mener ces débats, vous vous appuyerez particulièrement sur le réseau du Comité français d'éducation pour la santé, dont les productions dans ce domaine sont nombreuses et de qualité.

Ces débats, ces échanges devront déboucher sur un document préalable, sorte de charte commune précisant ce que les acteurs entendent par éducation pour la santé, les conditions de mise en œuvre, la coordination nécessaire... et la présentation des résultats.

Cette charte servira de socle conceptuel et d'engagement à l'élaboration du SREPS.

### **4.2 Le diagnostic initial partagé**

Les SREPS seront élaborés à partir d'un bilan qualitatif et quantitatif des structures, associations, dispositifs et formations qui existent : champs d'action, implantation avec mise en évidence des populations mal desservies, types de services assurés, compétences existantes et à développer, budgets, complémentarités, coopérations ou concurrences. Pour ce qui concerne les formations, vous vous référerez aux recommandations du PNEPS (voir en annexe)

### **4.3 la phase d'élaboration**

Sur la base de la charte et du diagnostic initial partagé, le DRASS soumettra au comité régional des politiques de santé un document de cadrage présentant les orientations et objectifs retenus ainsi que la stratégie proposée. Ce document sera ensuite diffusé à l'ensemble des acteurs du champ de l'éducation pour la santé ainsi qu'aux associations représentant les usagers.

Il importe qu'au terme de cette phase les principaux acteurs aient exprimé un avis sur les orientations et qu'une première information sur le lancement de la procédure soit largement diffusée.

### **4.4 Le schéma régional d'éducation pour la santé**

Le SREPS comportera les éléments suivants :

- les objectifs prioritaires retenus dans la région en terme :
  - o de nature et d'importance des activités,
  - o de savoir-faire et de services requis, notamment pour la constitution du pôle de compétences régional,
  - o et de formations.

- leur répartition géographique,
- les moyens nécessaires à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs, selon un calendrier précis,
- les modalités de complémentarité et de coopération, d'animation du réseau régional d'éducation et de promotion de la santé, ainsi que les relations de ce réseau avec l'Institut national de prévention et de promotion de la santé prévu par le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- la démarche d'évaluation et ses critères quantitatifs et qualitatifs.

Un document final présentera l'ensemble de ces éléments accompagné de la « charte de consensus ». Il précisera en outre les ressources financières ainsi que les conventions sur lesquelles s'engagent les différents partenaires.

### **5. L'approbation du SREPS**

Le SREPS fera l'objet d'une approbation par le comité régional des politiques de santé après avis de la conférence régionale de santé. Le document approuvé fera l'objet d'une large diffusion.

Le SREPS est arrêté pour une période de cinq ans par le Préfet de région. Il peut être révisé si besoin dans l'intervalle selon la même procédure.

### **6. Echancier**

A partir de la parution de la présente circulaire, il vous appartiendra de réaliser un bilan de l'existant et le séminaire de travail dans les quatre mois qui suivent, pour une présentation du SREPS devant le comité régional des politiques de santé six mois plus tard.

La Direction générale de la santé établira une synthèse des bilans des différentes régions et organisera au cours de cette année d'élaboration du SREPS des rencontres régulières des chefs de projets afin de favoriser les échanges sur la démarche et d'harmoniser les pratiques.

### **7. Financements**

Vous vous attacherez, au sein du CTRI, et en étroite concertation avec les autres financeurs, à ce que la mobilisation des différentes sources de financement – PRAPS, PRS, Politique de la ville, Assurance maladie, crédits de prévention de l'ARH, MILDT, collectivités locales, éducation nationale... - permette d'élaborer ce SREPS et de soutenir la mise en place de conventions pluriannuelles d'objectifs (réf : circulaire du Premier Ministre du 1<sup>er</sup> décembre 2000 relative aux conventions pluriannuelles d'objectifs entre l'Etat et les associations) afin que des programmes et des actions d'éducation pour la santé de qualité et de proximité puissent être menés dans la durée.

Vous voudrez bien rendre compte de vos travaux à la DGS (SD6) qui vous apportera toutes les informations et l'accompagnement nécessaires à la mise en place de ce schéma auquel j'attache la plus grande importance.

Bernard Kouchner  
Ministre délégué chargé de la Santé

