

Collection « Action santé »
sous la direction de
Jean-Jacques Romatet

La collection « Action santé » veut offrir un espace de dialogue entre professionnels et personnes soignées, croiser les regards juridique, sociologique, économique, philosophique.

Ouverte au débat, espace de créativité, elle se donne pour ambition de contribuer au décroisement de notre système de santé et d'ouvrir concrètement les pistes du monde encore nouveau de la santé publique.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Agir pour la promotion
de la santé

Ont participé à cet ouvrage :

Alexandra Auclair
Frédéric Bauduer
François Chobeaux
Martine Gayral-Taminh
Catherine Gerhart
Bernard Goudet
Valérie Hannon
Françoise Jabot
Michel Laforcade
Thierry Lang
Jean-Olivier Mallet
Raymond Massé
Lise Monneraud
Jean-Jacques Romatet
Martine Servat
Claude Sorbets

Sous la direction de
Bernard Cherubini

Agir pour la promotion de la santé

Une politique ouverte
à l'innovation ?

Action santé

 érès

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-3022-1
Première édition © Éditions érès 2011
33, avenue Marcel-Dassault, 31000 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70/ fax : 01 46 34 67 19.

Table des matières

AVANT-PROPOS

Jean-Jacques Romatet	7
----------------------------	---

INTRODUCTION

<i>Des évolutions attendues en promotion de la santé</i> Bernard Cherubini	9
---	---

ARTICULER LES POLITIQUES PUBLIQUES

<i>Des progrès en promotion de la santé en France ?</i> Françoise Jabot, Catherine Gerhart, Alexandra Auclair	31
--	----

<i>Ville et santé : vers une remobilisation progressive des acteurs et des usagers</i> Bernard Cherubini	51
---	----

<i>Pouvoirs locaux et santé : construction de compétence ou déconstruction des compétences ?</i> <i>Observation de l'intervention des collectivités et pays aquitains en matière de santé</i> Lise Monneraud	77
--	----

<i>La mise en cohérence de l'action publique : un horizon chimérique ?</i> Claude Sorbets	99
--	----

S'OUVRIR AUX EXPÉRIENCES EUROPÉENNES

Régionalisation des politiques de santé et prévention dans les pays d'Europe du Sud : l'exemple italien

Jean-Olivier Mallet, Martine Gayral-Taminh..... 113

Collaboration transfrontalière dans le domaine de la recherche et de la territorialisation des actions de santé : le paradigme basque

Frédéric Bauduer 129

S'OUVRIR AUX DÉMARCHES INNOVANTES

Les défis des modèles globaux en promotion de la santé mentale : le cas de la Martinique

Raymond Massé..... 149

La promotion de la santé a-t-elle sa place dans la stratégie d'un CHU ?

Martine Servat, Thierry Lang, Valérie Hannon 171

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES

Quelle approche possible de la santé dans les formations d'animateurs ?

L'expérience des CEMEA

François Chobeaux..... 185

La professionnalisation en promotion de la santé et développement social

Bernard Goudet 193

Agence régionale de santé et prévention : une révolution culturelle ?

Michel Laforcade..... 213

LISTE DES SIGLES 217

Avant-propos

Jean-Jacques Romatet

La définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé de la promotion de la santé date de la charte d'Ottawa en 1986. Elle est une politique publique, ou une combinaison de politiques, qui vise à donner aux individus une meilleure autonomie dans la gestion et l'amélioration de leur santé. C'est dire si cette définition large est idéaliste, imprécise mais évolutive. Elle donne un sens, une compréhension, une dynamique d'action. Elle intègre la personne au pluriel, « les individus » non comme des groupes constitués mais comme des additions de personnes pour lesquelles la maîtrise de leur propre santé est favorisée par des politiques, des actions venant de la puissance publique, par la création d'environnements favorables à la santé.

Longtemps la France n'a pas intégré le concept de promotion de la santé dans les textes qui régissaient sa politique de santé. Depuis la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients et notamment la loi du 29 juillet 2009 « Hôpital, patient, santé, territoire », cette expression est très présente dans les textes officiels. Elle semble signifier l'émergence d'un volontarisme nouveau, en réponse à la longue léthargie de notre pays et avant tout orienté vers l'amélioration de son système de soins. Il aura fallu quelques drames de santé publique, des rapports critiques, des constats de carence mettant en lumière la progression des inégalités

de santé pour que la promotion de la santé fasse ainsi une entrée en force dans les dispositifs de notre pays.

Malgré les lois à portée générale, en dépit de la volonté de donner une architecture à cette politique, l'ensemble du dispositif de santé est extrêmement émietté et nombreux sont les organismes et collectivités qui disposent d'une part ou d'une parcelle de compétence en matière de promotion de la santé. Cette compétence n'est pas toujours synonyme d'action et encore moins de conjugaison d'actions ou de partenariats efficaces. Si les résultats globaux de notre système de santé sont plutôt bons, de nombreux signaux sont au rouge et nécessitent une véritable mobilisation des acteurs, et pas seulement des acteurs publics. Comment cette mobilisation durable est-elle possible dans ce paysage français à la fois très centralisé mais aussi trop cloisonné et en quête de cohérence ?

Dans le présent ouvrage collectif, Bernard Cherubini va chercher les signes, les exemples, les tendances d'une mise en cohérence des actions en matière de promotion de la santé. Il décèle une évolution positive, des orientations favorables même s'il est trop tôt pour parler résultats, évolution significative des indicateurs de santé. Partant à la recherche d'exemples significatifs, proposant des expériences ou des expérimentations en capacité de faire « bouger les lignes », il montre que l'inscription territoriale des politiques publiques est une voie féconde, autour de laquelle peuvent se rassembler les acteurs, les bonnes volontés et la volonté d'agir. Il montre aussi que l'action naît de la construction progressive d'une culture commune, lit indispensable à l'efficacité de l'action. Mais la construction d'une culture commune est œuvre de longue haleine et de tâtonnements obligatoires. Espérons avec lui qu'à l'instar de Héraclite « le filet n'arrête pas le fleuve », que toutes les difficultés à s'accorder, à se mettre ensemble en mouvement dans les territoires avec ou sans la gouverne de l'État n'arrêteront pas l'évolution inéluctable d'une promotion de la santé en action.

Introduction

Des évolutions attendues en promotion de la santé

Bernard Cherubini

La santé publique s'est faite dans l'histoire et elle se fait au quotidien. Son territoire est à la fois vaste et incertain, multiple par ses significations et variable en termes d'utilisation (Fassin, 2005, p. 9-10). S'interrogeant en ces termes sur les définitions de la santé publique, en ouverture des journées de l'École nationale de santé publique (ENSP) de Rennes, en décembre 2004, Didier Fassin ne cherchait nullement à déstabiliser un public en majorité constitué de professionnels de la santé, médecins de santé publique et responsables d'institutions. Mais il est vrai que les définitions de la santé publique renvoient souvent à « un idéal, généreux, voire pléthorique par ses ambitions », héritage ancien d'une « idéologie hygiéniste dangereusement totalitaire (au regard de ses objectifs affichés) », régulièrement dénoncée par les spécialistes de ces questions sanitaires et sociales. Il s'agit aussi d'une utopie sanitaire que l'on retrouve, par exemple, dans la charte d'Ottawa promulguée en 1986 par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) qui est, toujours selon

Bernard CHERUBINI, maître de conférences d'ethnologie, université Bordeaux Segalen, ISPED, UMR 5185 ADES (aménagement, développement, environnement, santé et sociétés).

Didier Fassin (2005, p. 12), régulièrement accusée d'être inefficace. La promotion de la santé, directement concernée par cette vision utopique des perspectives de santé, serait-elle mal positionnée sur ce territoire incertain de la santé publique, et directement menacée par les nouveaux dispositifs qui se mettent en place depuis 2009 ?

Intervenir en promotion de la santé serait pour beaucoup faire au quotidien de la santé publique dans un contexte mal défini, aux savoirs incertains et aux supports institutionnels fluctuants. En nous interrogeant ici sur les nouvelles frontières de la promotion de la santé qui se dressent à l'horizon et que certaines institutions viennent de franchir, nous ne souscrivons bien entendu pas à nombre de discours alarmistes qui figent sur ces visions utopistes les orientations nouvelles définies à l'intérieur de ce champ disciplinaire, par essence interdisciplinaire. Même si la France souffre d'un retard certain en la matière, nous sommes plutôt prêts à considérer que les mutations en cours du système de santé, qui semblent favorables aux actions en promotion de la santé, permettront le renouvellement attendu en matière d'éducation pour la santé, de prévention, de démarches locales de santé. Toutefois, un tel diagnostic doit être effectué secteur d'intervention par secteur d'intervention, à partir d'une confrontation réelle entre champs disciplinaires, sans se voiler la face devant les difficultés rencontrées sur le terrain. Les textes qui sont proposés ici empruntent les voies de ce renouvellement en cours des politiques de santé ; ils illustrent chacun un point de vue professionnel et/ou disciplinaire sur les mutations en train de se faire, sur les savoirs nouveaux qui vont devenir opérants en promotion de la santé, et montrent les avantages et les limites de certaines perspectives du point de vue de la santé publique, de la science politique, des sciences humaines et sociales.

La promotion de la santé en France voit se dresser devant elle de nouvelles frontières qu'il s'agit de franchir au plus vite : celle d'une santé publique en pleine mutation (création des ARS, loi HPST) ; celle d'un multipartenariat renouvelé et professionnellement incertain ; celle d'une reterritorialisation non encore aboutie et budgétairement très fragile. Il est difficile d'apprécier en temps réel des transformations parfois à peine effleurées, encore en partie combattues, mal comprises et activées souvent à la hâte. Nous avons cependant un certain recul sur les avancées les plus récentes de ce champ en santé publique (F. Jabot, C. Gerhart, A. Auclair) ; sur les acquis d'une politique de la ville soucieuse de mieux prendre en charge les questions de santé (B. Cherubini) ; sur les besoins et les demandes en matière

de professionnalisation (B. Goudet) ; sur les effets de la régionalisation en Europe (J.-O. Mallet et M. Gayral-Taminh) ; sur quelques expériences transfrontalières franco-espagnoles (F. Bauduer) ; sur l'éthnoépidémiologie de la détresse psychique dans le contexte martiniquais ; et sur l'expérience nord-américaine dans le domaine de la santé mentale (R. Massé). Nous avons surtout une série de questionnements relatifs à l'entrée en scène de nouveaux partenaires, comme les collectivités locales (L. Monneraud), les ARS (M. Laforcade), les établissements hospitaliers – dont le CHU de Toulouse qui nous présente ici un projet novateur (M. Servat, T. Lang, V. Hannon) – ou de partenaires plus anciens, comme les CEMEA (F. Chobeaux), qui sont prêts à revoir leurs positionnements professionnels et institutionnels. L'ensemble de ces contributions constitue une base de réflexion pour les acteurs de la santé publique qui voient leur pratique évoluer sous l'emprise d'une ouverture européenne plus affirmée, d'une régionalisation plus concrète des compétences en santé, d'un rapprochement de certains acteurs engagés dans la lutte contre les exclusions sociales et économiques, dans l'action humanitaire locale.

Les contributions à cet ouvrage collectif explorent ainsi la dimension comparative, à l'échelle nationale, européenne, internationale, des perspectives nouvelles qui sont offertes à la promotion de la santé, à travers les thématiques de la territorialité, du multipartenariat, de l'intersectorialité, mais sans négliger le fait qu'il s'agit bien à la fois des évolutions de l'action publique et de la montée en puissance de nouveaux acteurs associatifs ou autres, qui entament chacun à leur niveau une réflexion propre à leurs pratiques traditionnelles, souvent héritées de décennies de travail menées selon des logiques propres à chacune de leurs professions. Il s'agit ainsi de croiser les points de vue sur la question : ceux des chercheurs en sciences politiques qui interrogent la perspective européenne du développement de la promotion de la santé, les niveaux nationaux, régionaux et territoriaux de l'action publique ; ceux des chercheurs en santé publique et en sciences sociales qui observent et analysent la mise en place de ces politiques ; ceux des professionnels qui sont spécialisés sur les politiques de santé, sur les ASV (Ateliers santé ville), sur les réseaux de santé, sur la prise en charge des publics en difficulté.

Ces contributions mettent également en évidence la nécessité de développer une recherche plus pluridisciplinaire en santé publique et plus spécifiquement orientée vers les problématiques de la promotion de la santé. Nous entendons ainsi, dans un premier temps, situer les

enjeux actuels des réformes en cours pour le secteur de la promotion de la santé, puis recadrer les perspectives de recherche en sciences humaines et sociales, et en santé publique, qui pourraient permettre une meilleure compréhension de ces politiques locales de santé.

LES ENJEUX D'UNE MUTATION PROFONDE DU SECTEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé, définie par l'OMS¹ comme le « processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci », conçoit ses stratégies d'interventions de manière synergique, sur la base d'une approche intersectorielle et d'une grande cohérence, autour des cinq champs d'action complémentaires qui sont identifiés dans la charte d'Ottawa adoptée le 21 novembre 1986 : « élaborer une politique de santé saine », « créer des milieux favorables », « renforcer l'action communautaire », « acquérir des aptitudes individuelles », « réorienter les services de santé ». Le problème majeur est que « la réalité des interventions est plus morcelée et de ce fait moins probante. Les modifications des pratiques professionnelles des acteurs demandent toujours plus de temps que les recommandations de conférences internationales », tandis que « l'éducation pour la santé reste le parent pauvre de la santé publique » dans le domaine de la recherche internationale (Expertise collective INSERM, 2001, p. 20 et 36). Un retard conséquent a vu le jour en France dans ce domaine, au profit de programmes de prévention bien ciblés sur certaines catégories de populations, mais aussi sur certains risques et certaines maladies. Les dernières lois de santé publique, de 2002 à 2009, ont toutefois réaffirmé ces principes de la promotion de la santé, sans pour autant bouleverser les grands principes de la prévention, ni générer de grands débats ou de grandes modifications sur le plan institutionnel (Goudet, 2004), sauf à l'approche du vote de la loi du 21 juillet 2009.

L'année 2009 a mobilisé ainsi beaucoup d'acteurs de la promotion de la santé en France, réunis au chevet de leurs pratiques et de leurs institutions, pour établir soit un état des lieux, soit un diagnostic possible de leur évolution. Il s'agissait le plus souvent d'une réflexion interne et collégiale, organisée devant la perspective de la mise en place des ARS (agences régionales de santé) dans le cadre de la loi

1. Lors de la Première conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa du 17 au 21 novembre 1986.

n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST »), mais qui a très vite nécessité d'élargir la discussion à l'ensemble des acteurs investis dans les champs de l'éducation pour la santé, de l'éducation thérapeutique, de la prévention en santé publique. Durant le premier semestre 2009, des initiatives ont été prises en région, sous l'impulsion de la SFPS (Société française de santé publique), pour organiser rapidement des consultations massives et un dialogue construit, sur le thème « Promotion de la santé et agences régionales de santé² ». De quoi se méfiait-on plus particulièrement ?

Les principaux acteurs de la santé publique en région n'aiment jamais être pris en défaut par la rapidité des mutations occasionnées par la réforme de l'action publique orchestrée au niveau national. Et on peut les comprendre, tant apparaissent parfois inconsiderées certaines réformes, en regard des budgets disponibles pour les mettre en œuvre et surtout les pérenniser. Les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (CODES et CRES), préoccupés au même moment par la nécessité de se transformer en IRESP (instances régionales de promotion de la santé), ont l'impression d'être sous-estimés et sous-utilisés dans le paysage en mutation des structures de prévention et de santé publique de proximité. Les plus anciens, héritiers des réseaux professionnels mis en place par le CFES (Comité français d'éducation pour la santé) à partir de 1972, ont beaucoup de difficultés à entrevoir certains inflexions idéologiques et les perspectives ouvertes par une certaine culture du résultat, quand ce n'est pas un « rôle d'exécutant docile des prescriptions biomédicales » (Goudet, 2009, p. 48). Faire reconnaître ses compétences et son action, se positionner rapidement pour faire évoluer celles-ci, mieux accompagner les mutations en cours, veiller aux exigences financières et structurelles indispensables pour toute réforme de ce type, semblent être les principales motivations des participants à ces forums et rencontres professionnelles.

Certains observateurs noteront pour l'occasion la montée de réflexes corporatistes, des stratégies de (re)positionnement d'acteurs, des inquiétudes de carrière et de mobilité. Pour nombre de professionnels qui œuvrent dans le domaine de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, cette étape paraît être décisive depuis l'époque des premières mutations générées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Beaucoup d'attentes non

2. Voir les contributions régionales de vingt-six régions sur le site Web de la SFPS.

satisfaites depuis huit ans pourraient venir d'une nouvelle loi de santé publique qui prône un rapprochement plus effectif du secteur de la prévention et du secteur du soin, même s'il faut également se garder de faire de la prévention un nouveau « culte de la santé » (Peretti-Watel et Moatti, 2009). Une meilleure reconnaissance de l'impact des actions en éducation pour la santé et en promotion de la santé peut insuffler une dynamique nouvelle dans un secteur fortement dépendant des subventions accordées au compte-gouttes, dans un rapport de concurrence avec un secteur des soins en déficit permanent en nombre de lits, de plateaux techniques, de personnels soignants, etc.

Faut-il se résigner à voir la promotion de la santé rester l'apanage d'autres pays européens plus en avance que la France dans ce registre de la prévention (Belgique, Espagne, Grande-Bretagne, Suisse, etc.), à voir nos collègues américains et canadiens venir éternellement nous faire la démonstration de l'efficacité de ces actions ? Ou bien peut-on considérer qu'il y a une réelle possibilité de voir émerger – enfin – ce secteur du magma probablement trop franco-français de la santé publique ? Notre contribution dans cet ouvrage se veut optimiste, positive, même si nous n'évacuons pas les obstacles dressés devant cet immense chantier, et les difficultés de la tâche.

Ces contributions rejoignent ainsi les préoccupations des chercheurs de notre équipe qui se sont penchés sur des dispositifs mis en place sur des territoires urbains (ASV de Pau, de Bordeaux-Lac, de villes de La Réunion) et ruraux (projets territoriaux de santé des pays Landes de Gascogne, Médoc) : la compréhension des difficultés rencontrées sur le terrain pour asseoir efficacement des actions de santé relevant de la promotion de la santé ; l'identification de freins éventuels qui proviendraient des cultures professionnelles mobilisées pour ces actions ; une meilleure compréhension des enjeux actuels en termes d'action publique, de coopération intra et interrégionale³.

REVOIR LE TERRITOIRE, REVOIR LE PILOTAGE

Les politiques de santé publique sont en effet de plus en plus pilotées localement avec des objectifs d'impulsion et de coordination

3. Projet IReSP-INPES « Cultures professionnelles et culture partagée en éducation et promotion de la santé : ajustements en cours dans le secteur sanitaire, social et éducatif », responsable B. Cherubini, UMR 5185 ADES (appel à projets de recherches 2007 « Prévention »), réalisé en partenariat avec les CEMEA Aquitaine et le CODES 64.

qui ont fait de certaines institutions comme la CRS (conférence régionale de santé), l'ARH (agence régionale de l'hospitalisation), l'URCAM (union régionale des caisses de l'assurance maladie), l'URML (union régionale de médecins libéraux), le GRSP (groupement régional de santé publique) et bientôt l'ARS (agence régionale de santé), de véritables outils d'élaboration de priorités et d'actions régionales. Le mouvement n'est pas toujours bien maîtrisé par certaines institutions et certains acteurs qui doivent faire des efforts conséquents d'organisation, de coordination et de programmation. Dans un premier temps, la mise en place de SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire), de conférences régionales ou territoriales de santé, de PRS (programmes régionaux de santé), d'un PRSP (Plan régional de santé publique), de schémas de services collectifs sanitaires (mis en place par la DATAR) avait contribué à activer cette dynamique. Toutefois, on a rapidement pris conscience du fait que les collectivités locales, les élus et les associations locales, les échelons décentralisés et déconcentrés des services de l'État devaient travailler en très étroite collaboration, pour asseoir dans la durée, et avec une certaine efficacité, toute une série de projets territoriaux de santé qui concernent des zones urbaines prioritaires de la politique de la ville, des zones rurales déficitaires en services et en équipements sanitaires et sociaux de proximité, des actions définies comme prioritaires au niveau des politiques régionales de santé (Jabot et Demeleneester, 2005 ; Jabot et Loncle, 2007 ; Monneraud, 2009).

Il faut voir dans ces modalités d'intervention une suite logique des principes induits par les lois de décentralisation, depuis la loi du 2 mars 1982 sur la décentralisation territoriale jusqu'aux textes de 1992 sur la déconcentration. Les relations entre l'État central et les collectivités locales sont de plus en plus intenses, mais avec de nombreuses limites, notamment le fait que l'assise territoriale de certains niveaux d'administration ne correspond à aucune réalité humaine. Le principe d'égalité, d'équité dans l'accès aux soins, aux structures de santé, avec un État déconcentré garant des solidarités sociales et territoriales, a été rapidement battu en brèche par la montée de nombreuses inégalités (Zmirou et coll., 1995). Dans l'ensemble, tous les partenaires s'entendent à considérer que la santé publique requiert une action globale et coordonnée ne se limitant pas à l'aspect curatif de la maladie pour englober le champ de la prévention ; la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (chapitre IV, « Prévention et promotion de la santé ») a bien mis l'accent sur la nécessité de développer des politiques de prévention et de promotion de la santé qui tendent, dans

l'esprit, à « créer des environnements favorables à la santé... » La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est venue confirmer l'idée selon laquelle « les objectifs et les plans stratégiques définis au niveau national sont déclinés au niveau régional ou au niveau territorial approprié en fonction des caractéristiques spécifiques du problème de santé concerné, de ses déterminants, ou des conditions de mise en œuvre des actions ».

Ces aspects sont fort complexes. Ils touchent à la refonte à la fois de l'assurance maladie, du système de soins, des politiques de santé publique, de la prévention et de la promotion de la santé, à travers des réformes qui viennent croiser et traverser d'autres chantiers qui concernent la décentralisation, la déconcentration des services de l'État, la politique de la ville, la politique d'aménagement du territoire, les politiques sociales, etc. Ils concernent des secteurs sur lesquels nous avons plus particulièrement travaillé, comme le développement local et les politiques de prévention (Cherubini, 2001, 2004), ou qui font l'objet de nos investigations les plus récentes (migration et protection sociale, développement de la promotion et de l'éducation de la santé, etc.). Ils relèvent d'approches nécessairement pluridisciplinaires, à l'image de l'investissement pédagogique qu'il est nécessaire de mettre en place pour développer des formations en santé publique dans ces domaines de la promotion de la santé et d'éducation pour la santé, si l'on veut qu'elles répondent aux besoins actuels des professionnels qui œuvrent dans ces différents secteurs (Institut Renaudot, 2001 ; Ferron, 2003). Mais l'examen de ces aspects de l'évolution de la législation en santé publique doit aussi se faire en fonction des mesures les plus récentes, notamment celles qui concernent les modalités de mise en œuvre de la territorialisation.

La loi HPST a créé, par exemple, un outil nouveau de coopération entre établissements publics de santé : la communauté hospitalière du territoire (CHT). C'est le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), lui-même issu de ces bouleversements législatifs, qui doit mettre en place la CHT. Les premières réflexions engagées au niveau des communautés médicales hospitalières visent à élaborer un projet médical commun dont on peut se demander ici s'il est apte à intégrer des partenariats extérieurs au cercle restreint des coopérations hospitalières. En Charente-Maritime, par exemple (Dieumegard et Michel, 2010, p. 48-49), on est passé en quelques mois de coopérations partielles et empiriques à une approche systémique et globale, fondée sur l'élaboration d'un projet médical commun qui est la première étape

d'une logique de construction et d'organisation nouvelle de l'offre de soins publique sur le territoire de santé de Charente-Maritime Nord. Celui-ci regroupe deux territoires sanitaires de proximité, celui du centre hospitalier de La Rochelle et de deux hôpitaux locaux, celui du centre hospitalier de Rochefort et de deux hôpitaux locaux. Les premières rencontres ont eu pour objectif de mettre en place un lieu d'échanges, et de mettre à plat les problématiques rencontrées. Les étapes ultérieures devraient permettre de définir comment et quand l'hôpital pourra ou devra sortir de ses murs, pour bâtir des projets de collaboration sanitaire/médico-sociale (prise en charge à domicile, accompagnement par des équipes médicales et paramédicales, participation à des pôles de santé pluridisciplinaires, etc.). Du côté du CHU de Toulouse en tout cas (T. Lang et M. Servat dans cet ouvrage), on s'est lancé dans ces démarches innovantes avec l'appui d'équipes de recherche en santé publique (IFERISS) rodées sur ces questions, de collectivités territoriales et de plusieurs équipes de professionnels, en médecine de ville comme hospitalière. Les professionnels de la prévention et de la promotion de la santé veulent rester optimistes devant ces nouvelles perspectives, parce que de nouvelles formes de coopération entre professionnels de la santé et du secteur paramédical sont amenées à être accompagnées par les ARS, même si le doute persiste encore dans certains secteurs médicaux et médicaux-sociaux (Bourdillon, 2009a, 2009b).

On sait que le système de soins est en difficulté depuis quelques années (Beraud, 2002) et que la promotion de la santé a bien du mal à s'imposer dans le paysage sanitaire et social, probablement parce que « la véritable éducation pour la santé, c'est bien celle qui cherche à se couler dans la dynamique sociale et culturelle, plutôt que de prétendre la réglementer et remonter le courant... » (Deschamps, 1984). On sait aussi que la santé est de plus en plus l'objet de politiques (Fassin, 1996, 1998, 2001) et que « l'espace de mobilisation » des acteurs, comme celui du sida (Dodier, 2003), est de plus en plus au centre de la dynamique des institutions et des formes politiques. Chacun vient s'exprimer au sein de différentes « arènes » (Dodier) qui peuvent aussi être définies comme « un espace social » permettant d'étudier la structure et la dynamique des relations qu'entretiennent des agents engagés dans des luttes de concurrence autour d'un objectif commun (Pinell, 2002).

Le concept de promotion de la santé sous-entend un décloisonnement interprofessionnel et interinstitutionnel des actions conçues pour améliorer la santé des populations, des actions mises en place au

nom des politiques de prévention, et des politiques d'amélioration des états de santé ; mais il se heurte, le plus souvent, aux pratiques réelles des différents acteurs sur le terrain qui ne disposent pas des moyens, ni des outils méthodologiques pour développer une telle politique. L'élargissement du champ de la prévention au-delà du système de soins demande à la fois des moyens supplémentaires et des personnels de plus en plus qualifiés pour mettre en place des programmes et des actions, qui vont concerner de nouveaux acteurs pas toujours impliqués depuis longtemps dans ces démarches ; celles-ci rejoignent le plus souvent des objectifs de promotion de la santé (au sens de la charte d'Ottawa de 1986) et passent par une maîtrise suffisante des concepts et des outils de l'éducation pour la santé, voire de l'éducation thérapeutique. Les professionnels demeurent toutefois actifs sur le plan de la production d'outils de développement de certains champs comme celui de l'éducation du patient (Foucaud et coll., 2010)⁴.

On va leur demander de s'impliquer dans un domaine qui n'est pas toujours celui de leur formation d'origine ou de leurs compétences professionnelles, acquises au fil des ans, sur la base d'autres registres d'intervention. Cette participation n'est pas toujours aisée. Les professionnels de santé libéraux qui sont sollicités pour participer à la définition des politiques locales de santé publique, ou pour participer à des réseaux de santé interdisciplinaires, voire les animer, doivent, par exemple, modifier leurs pratiques professionnelles, jusqu'alors essentiellement dévolues au curatif, afin d'intégrer une démarche de prévention, et même d'éducation pour la santé, tout en apprenant à travailler avec les acteurs du social, de l'éducation ou de l'insertion, qui voient eux aussi leur métier évoluer au fil des ans (Cresson et Schweyer, 2000 ; Chopart, 2002 ; Chauvière, 2004).

Une attention toute particulière a été accordée ces derniers temps à cette « progression ferme de la décentralisation des compétences et de la déconcentration des crédits publics » (Halley Des Fontaines et Jabot, 2005), à l'exemple de quelques expérimentations significatives dans le Nord-Pas-de-Calais (Institut Renaudot, 2001 ; Dubouix, 2004), ou en Bretagne (Petitjean, 2006). L'Europe est présente dans quelques actions de recherche initiées par la région Nord-Pas-de-Calais. Il y a en fait trois types de coopération faisant chacune l'objet d'un financement

4. Cet ouvrage abordera très peu la question de l'éducation du patient, de l'éducation thérapeutique. Nous renvoyons le lecteur à un état récent de la question effectué par l'INPES (Foucaud et coll., 2010).

spécifique : la coopération transfrontalière (INTERREG 3A), la coopération transnationale (INTERREG 3B) et la coopération transrégionale (INTERREG 3C). La santé relève essentiellement du champ d'INTERREG 3A. C'est dans ce contexte qu'a été créé, en 1999, l'Observatoire franco-belge de la santé (OFBS) qui est devenu en 2001 un GIEE (groupe d'intérêt économique européen). Il réunit, sous l'égide de la CRAM-Nord-Picardie, les organismes de l'assurance maladie français des régions frontalières (MSA, CMR, CRAM et CPAM frontalières de Lille, Tourcoing, Maubeuge, Valenciennes, Saint-Quentin, etc.), toutes les mutuelles belges, les observatoires de la santé des régions concernées, etc. Un sous-programme tripartite France-Wallonie-Flandre intitulé « Coordination d'études et de projets d'action dans le domaine de la santé » développe, en particulier, une action autour de la coordination de nouveaux projets en santé et prévention (Dubouix, 2004), à l'image de ceux que nous nous proposons d'examiner plus attentivement dans le cadre de cet ouvrage.

La question de la gouvernance des politiques de santé est posée également en Belgique par les professionnels qui sont confrontés en permanence au fameux dilemme de la promotion de la santé : appréhender globalement un problème de santé et agir localement. Les écueils de la gouvernance concernent les principaux principes de l'intervention : promouvoir la participation, promouvoir l'intersectorialité et développer des réseaux de proximité (Brunet et coll., 2008). Les chercheurs de nos équipes qui travaillent sur les populations précaires, sur les dispositifs d'insertion sociale, sur les projets régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), sur l'action publique et la participation des usagers à la production des politiques sanitaires, sur la médiation sociale et culturelle en milieu hospitalier et en population générale, sur différents programmes centrés sur la prévention et l'amélioration de la prise en charge des patients, sont confrontés chaque jour à ces réalités. Les exemples de la coopération transfrontalière franco-espagnole évoqués dans cet ouvrage nous permettent de mesurer le chemin qu'il reste à parcourir pour optimiser les liens entre équipes professionnelles, usagers, collectivités, de part et d'autre de la frontière, avec des cultures professionnelles et des pratiques qui ne doivent en aucun cas devenir des obstacles à la mutualisation des moyens et des perspectives, de Bilbao à Bayonne, de Pampelune à Pau, du Pays basque à la Navarre, et sans doute au-delà.

Cette question de la régionalisation concerne d'autres pays où les contributeurs de cet ouvrage travaillent, notamment le Canada, l'Italie