

Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé *Rapport intermédiaire*

Rapport

du Haut Conseil

de la santé publique

Collection

Avis et Rapports

Mars 2021

Avant propos

Les évaluations des dispositifs, programmes ou des plans de santé publique réalisées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ont pour objectif d’apprécier leur efficacité et leur impact.

L’évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d’en apprécier la valeur et d’aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l’efficacité, l’efficience, la cohérence et les impacts.

Il s’agit d’évaluations externes, indépendantes et impartiales menées après saisine des ministères concernés ou éventuellement après autosaisine du HCSP. Ces évaluations prennent en compte l’ensemble des parties prenantes.

Ces évaluations sont conduites conformément aux principes et aux procédures du HCSP et conformément aux recommandations internationales et ne donnent pas lieu à des procédures contradictoires.

Elles respectent les principes de la charte de la Société Française d’Evaluation.

En conséquence, les appréciations, observations et recommandations exprimées dans le présent rapport le sont sous la seule responsabilité du Haut Conseil de la santé publique.

TABLE DES MATIÈRES

I. Contexte de l'évaluation.....	6
A. <i>La saisine.....</i>	6
B. <i>Séquençage de l'évaluation.....</i>	6
C. <i>Lien avec l'évaluation du Plan National de Santé Publique</i>	7
II. Le service sanitaire des étudiants en santé	8
A. <i>Le rapport du Professeur Loïc Vaillant.....</i>	8
B. <i>Construction du dispositif.....</i>	9
C. <i>Cadre réglementaire.....</i>	10
D. <i>La gouvernance interministérielle</i>	13
1. <i>Le comité de pilotage national</i>	13
2. <i>Le groupe de travail opérationnel restreint.....</i>	13
3. <i>Les textes complémentaires de 2020</i>	14
E. <i>Un système d'information en construction.....</i>	14
F. <i>Marges de manœuvre offertes aux acteurs des régions.....</i>	15
III. Démarche d'évaluation	16
A. <i>Objectifs de la 1^o phase de l'évaluation.....</i>	16
B. <i>Questionnement évaluatif.....</i>	16
C. <i>Méthodes de travail et outils mobilisés.....</i>	16
D. <i>Revue de la littérature.....</i>	18
E. <i>Périmètre et limites de l'évaluation.....</i>	18
IV. Les constats	20
A. <i>Mise en œuvre nationale.....</i>	20
1. <i>Engagement des acteurs.....</i>	20
2. <i>Les données du système d'information</i>	23
3. <i>L'hétérogénéité interrégionale du dispositif.....</i>	25
4. <i>Les points de consensus</i>	26
5. <i>Les points qui font débat</i>	26
6. <i>Conclusion et recommandations</i>	27

B. Mise en œuvre régionale.....	29
1. Organisation du pilotage régional.....	29
2. Construction du dispositif en région et mobilisation des acteurs.....	30
3. Choix des lieux d'action et des publics.....	32
4. Choix des thématiques d'action.....	36
5. Articulation avec les enjeux de prévention et les dispositifs en région.....	38
6. Prérequis de l'efficacité des dispositifs de prévention-promotion de la santé.....	39
7. Conclusion et recommandations.....	40
C. Cadre pédagogique.....	41
1. Etablissements d'enseignement impliqués.....	41
2. Enseignants et formateurs mobilisés et organisation des enseignements.....	42
3. Ressources documentaires.....	44
4. Mise en œuvre de l'interprofessionnalité.....	46
5. Liens avec les enseignements préexistants.....	49
6. Formation à la prévention-promotion de la santé et à la communication en santé.....	51
7. Formation à la démarche projet.....	52
8. Modalités de validation du service sanitaire.....	53
9. Avis des étudiants sur la formation reçue.....	54
10. Conclusion et recommandations.....	55
D. Mise en œuvre des actions de service sanitaire.....	56
1. Cadre administratif.....	56
2. Prise en charge des frais des étudiants.....	57
3. Accompagnement pédagogique des étudiants.....	59
4. Rôle du référent de proximité.....	61
5. Choix des modalités d'action et des outils.....	63
6. Evaluation des actions : périmètre et finalité.....	65
7. Conclusion et recommandations.....	66
V. Perspectives et enjeux.....	68
A. Eclairage international.....	68
1. Le service sanitaire, une exception française.....	68

2.	Compétences en promotion de la santé des futurs professionnels de santé	68
B.	<i>Le service sanitaire et la crise de la COVID 19</i>	69
1.	Le besoin d’une meilleure organisation de l’action collective en prévention	69
2.	L’adaptation du service sanitaire en 2020	69
C.	<i>Les enjeux pédagogiques du service sanitaire</i>	70
1.	La légitimité des objectifs pédagogiques	70
2.	Les éléments de fragilité et les risques	70
D.	<i>Les enjeux de santé publique</i>	71
1.	Les points forts du service sanitaire.....	71
2.	Les éléments de fragilité et les risques	71
VI.	Conclusion et synthèse des recommandations	71
A.	<i>Recommandations à la coordination nationale</i>	71
B.	<i>Recommandations aux coordinations régionales</i>	72
C.	<i>Recommandations aux équipes de direction des UFR, écoles et instituts</i>	73
D.	<i>Recommandations aux responsables administratifs des établissements de formation et des organismes et collectivités contribuant au financement du service sanitaire</i>	73
E.	<i>Recommandations aux référents pédagogiques des établissements de formation et des structures d’accueil pour la préparation, la réalisation et l’évaluation des actions</i>	74
ANNEXES	76
Annexe 1 :	<i>Lettre de saisine</i>	76
Annexe 2 :	<i>Composition du groupe de travail du HCSP</i>	78
Annexe 3 :	<i>Personnes auditionnées</i>	79
Annexe 4 :	<i>Evaluation du SSES - questions évaluatives (1° phase d’évaluation)</i>	81
Annexe 5 :	<i>Revue de la littérature : le service sanitaire dans une perspective internationale</i>	84
I.	Objectifs de la revue	84
II.	Méthodes.....	84
III.	Résultats	85
IV.	Références	99

I. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

A. La saisine

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 30 juillet 2019 par Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé et Madame la Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation afin d'évaluer le Service Sanitaire des Etudiants en Santé (SSES). La lettre de saisine (annexe 1) rappelle le contexte de la mise en place du SSES et précise le périmètre de l'analyse attendue, qui devra concerner :

- les effets du SSES sur les formations et les enseignements en termes pédagogiques (dynamiques interdisciplinaires et interfilières, évolution des maquettes et des modalités d'enseignement, adhésion des enseignants),
- les effets sur les perceptions, les compétences acquises des étudiants et les pratiques professionnelles (adhésion des étudiants, adoption d'une culture de prévention, retombées à plus long terme),
- les effets et impacts sur la prévention et la promotion de la santé (actions répondant aux attentes, effets obtenus sur différents acteurs, couverture territoriale et impact sur inégalités sociales de santé),
- les freins à sa mise en œuvre et les facteurs de réussite.

Le calendrier de l'évaluation s'étend sur une période de deux ans, comprenant la remise d'un rapport d'étape en septembre 2020 et d'un rapport final en septembre 2022.

B. Séquençage de l'évaluation

Un groupe de travail ad hoc pluridisciplinaire et pluriprofessionnel a été constitué par le HCSP en septembre 2019 pour la réalisation de cette évaluation. Sa composition est détaillée en annexe 2.

Après avoir rencontré les représentants du comité de pilotage national, le HCSP a réalisé en 2020 une première séquence d'analyse portant sur :

- Les effets du SSES sur les formations et les enseignements en termes pédagogiques ;
- Les effets sur les perceptions et représentations des étudiants ;
- Les freins à sa mise en œuvre et les facteurs de réussite.

Issu de cette analyse, un premier avis relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé a été publié par le HCSP le 18 juin 2020¹. Le présent rapport d'étape, qui porte sur la première phase de l'évaluation conduite en 2020, complète cet avis.

La mission d'évaluation confiée au HCSP a été confirmée par l'article 2 du décret no 2020-1667 du 22 décembre 2020, qui indique qu'une évaluation du dispositif de service sanitaire, portant notamment sur son périmètre, son organisation, sa mise en œuvre et ses effets, sera réalisée au plus tard le 31 juillet 2022 par le Haut Conseil de la santé publique. Conformément à cette attente, le rapport final portant sur la seconde phase d'évaluation sera rendu en juillet 2022.

C. Lien avec l'évaluation du Plan National de Santé Publique

L'évaluation du SSES est réalisée en lien avec l'évaluation in itinere du Plan National de Santé Publique (PNSP) : la mesure 18 du plan renvoie au SSES. L'évaluation du SSES concerne le dispositif lui-même (impact sur les cursus de formation, les représentations et attitudes des étudiants et des enseignants etc.), et l'évaluation du PNSP, les effets de santé, mesurables auprès de bénéficiaires des actions de prévention (avec un point d'attention particulier sur les aspects de couverture territoriale et de prise en compte des inégalités sociales).

La démarche d'évaluation du SSES vise en premier lieu à permettre son adaptation au fil de l'eau (évaluation concomitante) : le présent rapport identifie les points forts et les points faibles du SSES à l'issue de sa 2e année, les opportunités d'amélioration et les menaces qui pèsent sur lui, ainsi que les préconisations du GT pour l'adaptation du dispositif.

¹ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=884>

II. LE SERVICE SANITAIRE DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

A. Le rapport du Professeur Loïc Vaillant

Par lettre du 12 septembre 2017, les ministres des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont chargé le Professeur Loïc Vaillant, ancien président de l'université François Rabelais de Tours et de la commission santé de la conférence des présidents d'université, d'une mission visant à définir les modalités de mise en œuvre d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé, qu'ils relèvent des filières médicales ou non médicales. L'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche sont intervenues en appui dans cette mission.

Pour mener à bien ses travaux, la mission a réalisé de nombreuses auditions, analysé des documents et contributions écrites et échangé sur des expériences existantes et les scénarios possibles de mise en œuvre, avec l'appui d'un comité de pilotage et de suivi installé en décembre 2017. Le rapport remis aux ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche en février 2018, indique les principaux éléments de cadrage du dispositif qui seront repris par les différents textes réglementaires publiés la même année.

Le rapport Vaillant² précise que le service sanitaire est rendu obligatoire dans tous les cursus des étudiants en santé (environ 50 000 étudiants). Pour la rentrée universitaire 2018-2019, seront concernés les étudiants infirmiers, les étudiants en médecine, en pharmacie, en odontologie, en maïeutique et en kinésithérapie.

Les objectifs visés par le dispositif sont ambitieux, avec une double portée pédagogique et de santé publique. Au niveau pédagogique, il s'agit de dispenser une formation à la pratique d'interventions en promotion de la santé et prévention primaire correspondant à un référentiel de formation, de développer l'inter-professionnalité et la pluridisciplinarité. En matière de santé publique, il est attendu que les actions conduites par les étudiants viennent en appui ou en complémentarité des actions probantes de prévention déjà mises en œuvre dans les territoires, sous l'égide de différents acteurs.

Pour les auteurs du rapport, la mise en œuvre du SSES constituera un atout majeur pour le développement de la prévention primaire, notamment compte tenu du nombre d'étudiants concernés, en réponse aux besoins de prévention en santé identifiés en particulier dans les Projets régionaux de santé (PRS). **Il est ainsi attendu que le SSES contribue au virage préventif préconisé par le HCSP et puisse être un vecteur de lutte contre les inégalités territoriales et sociales en santé.**

²https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_service_sanitaire_pr_vaillant.pdf

Le rapport indique que la réussite de cette réforme implique un changement culturel mettant la prévention au centre des pratiques des futurs professionnels de santé. Ce changement nécessite un accompagnement dans lequel les acteurs nationaux et les acteurs de terrain ont un rôle majeur à jouer.

B. Construction du dispositif

L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé constitue un engagement présidentiel. Il s'inscrit dans la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. Il s'agit de l'une des 27 mesures-phares du plan national Priorité Prévention³, dédié à la prévention et la promotion de la santé.

Le cadre réglementaire du SSES a été élaboré de façon interministérielle et partenariale. Sept ministères (éducation nationale, travail, justice, cohésion sociale, intérieur, défense, ville) sont associés au déploiement du SSES, en tant que chargés de domaines participant à la promotion de la santé et sont représentés au sein du comité de pilotage (COPIL) national. Une consultation des parties prenantes à l'échelle nationale a permis une co-construction du dispositif.

Le ministère de la Solidarité et la Santé et celui de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ont assuré la maîtrise d'ouvrage et travaillé de concert, le premier jouant le rôle de prescripteur et le second répondant à la demande, en étant l'opérateur des formations. Trois directions d'administration centrale ont particulièrement préparé le cadre réglementaire : la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) et la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), les arbitrages stratégiques étant rendus par les cabinets ministériels.

La DGS a proposé quatre thématiques identifiées comme prioritaires (alimentation et nutrition ; activité physique ; addictions ; santé sexuelle au sens large), veillant à assurer une cohérence avec les priorités inscrites dans la Stratégie Nationale de Santé et le plan priorité prévention. Elle assure l'interface avec Santé publique France. La DGOS réalise l'articulation des orientations du SSES avec la politique nationale d'organisation du système de santé et des conditions d'accès aux soins sur le territoire national. Son bureau de la Démographie et des Formations initiales s'est chargé des aspects réglementaires et logistiques pour adapter le dispositif au nombre d'étudiants concernés et évaluer le budget pour le financement des actions à mettre en œuvre. Le Département des formations de santé de la DGESIP a préparé le cadre pédagogique du SSES inscrit dans le Code de l'Éducation, en veillant à la cohérence avec les différentes maquettes de formation. La dimension interprofessionnelle du SSES

³<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/>

s'inscrit dans le mouvement « d'universitarisation » des formations de santé, qui œuvre au rapprochement entre instituts de formation des professions paramédicales et universités de santé.

L'appui du ministère de l'Éducation Nationale a été important. La direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), via son Bureau de la santé et de l'action sociale et son Médecin conseiller technique national, a contribué à la rédaction des textes réglementaires, au titre de sa responsabilité en matière de politique éducative et pédagogique auprès du principal public cible, puisque que 70% des actions du SSES sont conduites auprès d'enfants ou de jeunes scolarisés.

C. Cadre réglementaire

Le service sanitaire a été instauré par **un décret⁴ et un arrêté⁵ parus au Journal Officiel du 13 juin 2018**. En 2020 les textes d'origine ont été partiellement modifiés par **l'arrêté du 29 juin** et mis à jour par le **décret no 2020-166⁶ et l'arrêté du 22 décembre 2020⁷**.

Les décrets⁸ inscrivent la mise en œuvre du SSES dans les articles D. 4071-1 à D. 4071-7 du code de la santé publique et l'article D. 631-23 du code de l'éducation. L'article D. 4071-2 indique que « *le service sanitaire contribue à la promotion de la santé, notamment à la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. Il répond aux enjeux de santé publique de promotion des comportements et environnements favorables à la santé et contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé* ». L'article D. 4071-2 précise les objectifs du SSES, qui s'adresse aux étudiants inscrits dans une formation donnant accès aux professions de santé. « *Le service sanitaire vise à former ces étudiants aux enjeux de la prévention primaire et de la promotion de la santé, dans toutes ses composantes, dans tous les milieux et tout au long de la vie, par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires, notamment les élèves des établissements primaires, secondaires et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur. Il comprend la préparation de ces actions, l'acquisition de connaissances et compétences pédagogiques spécifiques, la réalisation encadrée des actions ainsi que leur évaluation tant auprès du public concerné qu'au sein de la formation suivie.* »

L'article D. 4071-3 indique que « les actions menées dans le cadre du service sanitaire privilégient les thématiques relevant d'enjeux prioritaires de promotion de la santé incluant

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037051024>

⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037051110/>

⁶ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/texte_jo/JORFTEXT000042731173

⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042731332>

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037051024/>

la prévention, définis et mis en œuvre dans le cadre de la stratégie nationale de santé, notamment l'alimentation, l'activité physique, les addictions, la santé sexuelle. »

Les objectifs pédagogiques (encadré), les compétences à acquérir, l'organisation générale et les modalités de mise en œuvre et de suivi du service sanitaire ont été définis par arrêtés.

Objectifs de formation du SSES inscrits dans l'article 1 de l'arrêté du 12 juin 2018 et complétés par l'arrêté du 22 décembre 2020 :

- Initier les étudiants aux enjeux de la promotion de la santé et de la prévention primaire, définie par l'Organisation mondiale de la santé comme l'ensemble des actes mis en œuvre dans l'objectif de réduire l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé par la diminution des causes et des facteurs de risque ;
- Permettre la réalisation d'actions concrètes de prévention primaire et de promotion de la santé participant à la politique de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé mise en place par la stratégie nationale de santé ; exceptionnellement, ces actions peuvent inclure, après formation spécifique préalable, la participation encadrée à des actions de dépistage ;
- Favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité lors des formations suivies et des actions réalisées ;
- Intégrer la prévention dans les pratiques des professionnels de santé.

L'arrêté du 12 juin 2018 inscrit le SSES dans la validation des cursus, précise les principaux contenus et modalités pédagogiques, liste les différents lieux d'action, en instaurant les principes suivants : signature d'une convention entre le responsable de la structure d'accueil et le responsable de l'établissement d'inscription de l'étudiant, désignation par la structure d'accueil d'un référent de proximité accompagnant la réalisation de l'action de prévention, désignation par l'établissement d'inscription de l'étudiant d'un référent pédagogique chargé de l'articulation des enseignements en lien avec les objectifs du service sanitaire.

L'arrêté instaure aussi la mise en place du comité national de pilotage et de comités régionaux stratégiques présidés par le directeur général de l'ARS et par le recteur. Il entérine le principe du versement aux étudiants par leur établissement de formation d'une indemnité forfaitaire de déplacement d'un montant de 130€. Cette dernière disposition a été modifiée par l'arrêté du 22 décembre 2020 qui instaure un remboursement par les établissements d'inscription ou par les centres hospitaliers universitaires de rattachement sur justificatif, les fonds nécessaires provenant en particulier de crédits d'assurance maladie

L'arrêté comporte 2 annexes, l'annexe I indiquant pour chaque cursus les unités d'enseignement pouvant s'articuler avec le SSES, les objectifs pédagogiques et les connaissances et compétences à acquérir et l'annexe II un modèle de convention entre les responsables des structures d'accueil et l'établissement de formation. **L'arrêté du 22**

décembre 2020 a réalisé une mise à jour de l'annexe I qui concerne en particulier les domaines d'actions prioritaires et les actions ciblées du SSES (encadré).

Annexe I de l'arrêté du 22 décembre 2020

Domaines d'actions prioritaires du SSES :

- la nutrition tout au long de la vie et ciblée selon le public concerné par l'action ;
- l'activité physique adaptée aux publics concernés ;
- les addictions : alcool, tabac, l'usage de cannabis, et autres drogues illicites ;
- l'éducation à la sexualité intégrant la prévention des IST et la contraception ;
- la prévention des infections et de l'antibiorésistance.

Actions ciblées selon les problématiques définies selon les territoires et publics cibles

par exemple :

- la vaccination ;
- l'hygiène et en particulier l'hygiène bucco-dentaire ;
- les troubles du sommeil aux différents âges de la vie ;
- les gestes d'urgence (gestes qui sauvent, qui permettent de porter secours).

Le SSES a été également l'objet de deux instructions interministérielles en 2018 et 2020. L'instruction interministérielle n° SG/DGOS/DGS/DGESCO/DGESIP/2018/260 du 27 novembre 2018⁹, a été adressée aux directeurs généraux d'ARS et aux recteurs, avec diffusion aux présidents d'Universités, directeurs d'UFR de médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique et d'Instituts en soins infirmiers et en masso-kinésithérapie. Elle apporte des précisions sur les données à recueillir pour le suivi du SSES au plan national, informe sur les ressources disponibles et la communication à mettre en place et précise les modalités de prise en charge financière pour les interventions et les frais de déplacement des étudiants. Son annexe 5 définit le rôle et les missions dans le SSES des différents acteurs nationaux, régionaux et locaux.

L'instruction interministérielle n° SG / Pôle Santé ARS / DGOS / RH1 / DGS / SP / DGESIP / 2020 / 216 du 27 novembre 2020¹⁰ a été adressée aux directeurs généraux d'ARS, aux directeurs d'instituts de formation, aux directeurs de centres hospitaliers universitaires, aux présidents d'universités, et aux directeurs d'UFR de médecine, pharmacie, odontologie et de structures de formation en maïeutique. Prenant en compte le retour d'expériences de la

⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44139>

¹⁰ https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2021-01/Instruction_SSES_2020_216.pdf

1^o année du SSES et les conclusions de l'avis du HCSP publié le 18 juin 2020, elle rappelle les grands principes applicables au dispositif et précise ses nouvelles modalités. Elle propose également des orientations pour adapter la mise en place du SSES à la situation liée à la progression de la pandémie de COVID-19. L'annexe 1 énonce les principes structurants du SSES et des recommandations qui reprennent plusieurs préconisations mentionnées dans l'avis du HCSP. Les annexes 2 et 3 indiquent les modalités permettant la prise en charge financière des frais de déplacement des étudiants pour la réalisation concrète des actions de service sanitaire.

D. La gouvernance interministérielle

1. Le comité de pilotage national

Il est chargé du suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation du service sanitaire, sa composition est précisée dans l'arrêté du 12 juin 2018. Présidé par le professeur Loïc Vaillant et coordonné par le Secrétariat général du ministère des affaires sociales (SGMAS), il réunit une quarantaine de membres, représentants des ministères en charge de l'éducation nationale, de la justice, du travail et des ministères sociaux, à l'échelon national et territorial et représentants du ministère des armées. Il associe également des représentants des établissements de formation et des enseignants de santé publique dans les UFR, des étudiants en santé, des associations concourant à la politique de prévention en santé et des représentants de l'agence Santé Publique France.

2. Le groupe de travail opérationnel restreint

Mis en place durant l'été 2018, il associe, outre la chargée de mission SSES au sein du SGMAS et le président du COPIL national, les représentants des 3 directions d'administration centrale DGS, DGOS et DGESIP et de la DGESCO, des représentants des ARS et rectorats, ainsi que des experts de Santé Publique France. Recevant et transmettant de l'information sur la mise en œuvre du SSES, le groupe restreint est coordonné par le SGMAS. Il a pour mission de définir les outils nécessaires à la mise en œuvre et à l'évaluation du SSES sur le territoire national et d'instruire les questions soulevées et les difficultés rencontrées.

Ce groupe a en particulier validé les documents d'information sur le SSES mis en ligne sur les sites des ministères et confié à Santé Publique France le soin de mettre à disposition un corpus de ressources pédagogiques sur la prévention, la promotion de la santé et les méthodes d'intervention recommandées pour chacune des thématiques prioritaires. Il a également établi les éléments de reporting devant être complétés par les référents SSES en région.

Les membres du groupe n'ont cependant pas pu établir une liste d'indicateurs de suivi, qui permettent de construire une évaluation des effets du dispositif et d'analyser la montée en compétences des étudiants. Lors des auditions, ont été rapportées des difficultés à dégager une unité de vue sur les critères d'évaluation à retenir (atteinte des objectifs pédagogiques versus qualité et pertinence des actions conduites par les étudiants), la diversité des regards

portés sur le dispositif au sein du groupe se traduisant par des attentes différentes vis-à-vis de l'évaluation.

3. Les textes complémentaires de 2020

L'arrêté du 29 juin 2020 modifie les règles de prise en charge des frais de transport des étudiants pour se rendre sur les lieux de réalisation de l'action de service sanitaire. Le décret et l'arrêté du 22 décembre 2020 ouvrent la possibilité d'adapter le SSES aux circonstances particulières induites par la pandémie de la COVID 19. L'instruction du 27 novembre rappelle plusieurs principes structurants visant à garantir la réussite de la mise en œuvre du SSES. Son annexe 1 comprend en particulier un argumentaire et des recommandations qui font référence à l'avis du HCSP publié le 18 juin 2020 et qui reprennent plusieurs constats et préconisations mentionnés dans le texte.

E. Un système d'information en construction

Les données à collecter pour le pilotage du SSES et les opérateurs en charge de leur analyse sont indiqués dans l'instruction de novembre 2018. Sont prévus 2 circuits ayant des sources différentes. Un premier dispositif s'adresse aux comités stratégiques régionaux, sous la forme d'une enquête SOLEN dont la périodicité, initialement trimestrielle, est devenue semestrielle. La grille de recueil figure dans l'annexe 1 de l'instruction ; les données analysées par le SGMAS sont destinées au COPIL national, elles font partie des données recueillies dans le cadre du reporting du Plan Priorité Prévention.

Le second dispositif correspond à une enquête nationale auprès des étudiants ayant effectué le SSES, les données étant recueillies par questionnaire en ligne dont le remplissage est obligatoire. Le Ministère de l'enseignement supérieur est responsable du traitement de cette base de données qui, pour la première année de mise en œuvre du SSES en 2018-2019, a été créée avec l'outil demarches-simplifiees.fr. Les données collectées pour l'action conduite concernent en particulier le lieu d'accueil, le thème et le type d'intervention, la durée, les modalités de préparation, le public rejoint, la dimension d'interprofessionnalité et le niveau de satisfaction des étudiants. Cette base de données a fait l'objet en 2019 d'une extraction par Santé Publique France, qui a permis d'alimenter la base OSCARS Service sanitaire, intégrée à la base de données cartographique des actions régionales de santé OSCARS gérée par le CRES PACA¹¹. Depuis 2020 la grille d'enquête et le dispositif de recueil de l'enquête nationale obligatoire font l'objet d'une refonte pilotée par le Ministère de l'enseignement supérieur.

¹¹ https://www.oscarsante.org/service_sanitaire/national

F. Marges de manœuvre offertes aux acteurs des régions

Les acteurs régionaux disposent d'assez nombreuses marges d'initiatives, l'échelon national se chargeant du seul cadrage nécessaire à la mise en œuvre du SSES sur l'ensemble du territoire et à l'organisation du reporting. Il leur est loisible de compléter selon les priorités régionales les domaines d'action prioritaires identifiés à l'échelon national et d'adapter les organisations pédagogiques aux particularités des dispositifs régionaux de formation des étudiants en santé. Invitant chaque comité stratégique régional à désigner un référent service sanitaire au sein des ARS et des rectorats, le SGMAS a proposé un accompagnement et organisé des échanges de pratiques au moment du lancement du dispositif. A cette fin il a mis en place un SharePoint pour faciliter le partage d'informations et de documents entre régions et avec le niveau national ainsi qu'une foire aux questions qui permet d'organiser les échanges entre régions et directions centrales.

III. DÉMARCHE D'ÉVALUATION

A. Objectifs de la 1^o phase de l'évaluation

Cette première phase (2019-2020) concerne l'évaluation du processus du SSES (ressources, qualité, cohérence, niveau et modalités de mise en œuvre), mais aussi de ses premiers effets. Sont notamment abordés l'articulation avec les politiques et dispositifs de prévention et promotion de la santé dans les territoires, les effets du dispositif sur les formations et les enseignements en termes pédagogiques, sur les dynamiques interdisciplinaires et interfilières, sur les perceptions et représentations des étudiants ainsi que les freins éventuels et facteurs de réussite.

B. Questionnement évaluatif

Le groupe a produit un projet d'évaluation comportant une proposition de phasage, une première série de questions évaluatives, un calendrier et un plan d'investigations. Ce projet a été présenté au COPIL National le 10/01/2020.

Huit thèmes, déclinés en 45 questions, ont été retenus pour la première phase d'évaluation :

- mise en œuvre et suivi du SSES en région,
- système d'information,
- pertinence et cohérence du dispositif,
- organisation pédagogique,
- qualité et retombées pédagogiques,
- organisation administrative,
- qualité des actions de prévention,
- opinion des parties prenantes sur le dispositif.

La liste des questions évaluatives est présentée en annexe.

C. Méthodes de travail et outils mobilisés

Les travaux d'évaluation ont fait appel à différents outils.

Une analyse documentaire a porté sur la synthèse nationale des bilans des comités stratégiques régionaux, les résultats d'enquêtes nationales réalisées par différentes parties prenantes et les deux études exploratoires sur la mise en œuvre du SSES en région, réalisées par la plateforme Cassiopée-ISPED à la demande des ARS de Nouvelle-Aquitaine et de Normandie (encadré).

Objectifs et méthodologie des études exploratoires conduites en région Nouvelle-Aquitaine (2019) et Normandie (2020) par la plateforme Cassiopée-ISPED

Dans les deux cas, il s'agit d'études qualitatives conduites avec la même méthodologie.

Objectifs

Les études visaient à 1) documenter l'intérêt, l'acceptabilité du SSES du point de vue des acteurs directement concernés (étudiants, référents de proximité, coordonnateurs territoriaux, coordonnateurs de mise en œuvre, référents pédagogiques et bénéficiaires) et les conditions de mise en œuvre du SSES dans la région; 2) évaluer la qualité des interventions menées par les étudiants, au regard des bonnes pratiques en prévention et promotion de la santé, 3) documenter les effets perçus du SSES par les parties prenantes.

Méthodes

Les données ont été recueillies par entretiens semi-directifs réalisés auprès de 4 groupes : étudiants, coordonnateurs-formateurs, référents de proximité, bénéficiaires des interventions. Le recueil s'est effectué sur la base de grilles conçues pour l'étude. En Nouvelle Aquitaine, 87 entretiens ont été conduits (22 coordonnateurs-formateurs, 21 référents de proximité, 21 étudiants, 23 bénéficiaires), en Normandie, 35 entretiens (15 coordonnateurs-formateurs, 5 référents de proximité, 9 étudiants, 6 bénéficiaires). Les données des entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique, à la recherche de récurrences et de spécificités selon les profils des personnes rencontrées.

L'évaluation de la qualité des interventions des étudiants a été réalisée par observation de séances : en Nouvelle Aquitaine, 18 observations ont été réalisées au cours de la 1^o année de mise en place du SSES (10 dans l'académie de Bordeaux, 8 dans l'académie de Poitiers), en Normandie, seules 3 observations ont pu être réalisées en 2020.

L'échantillonnage des personnes rencontrées et des séances observées a cherché à assurer la variété des établissements de formation et des filières, la variété des thèmes et des publics.

Des données chiffrées ont été extraites des bases de données constituées par la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion professionnelle (DGESIP), la Direction Générale de la santé (DGS) et par Santé Publique France (base OSCARS).

Une série d'auditions individuelles ou groupées avec vingt-six représentants des parties prenantes à l'échelle nationale ont été réalisées. Certaines auditions ont été complétées de contributions écrites. La liste des personnes auditionnées ou ayant fourni des contributions écrites est indiquée en annexe.

Le protocole d'évaluation de la première phase prévoyait également la diffusion de questionnaires d'enquête auprès des référents SSES des Agences Régionales de Santé (ARS) et des Rectorats ainsi que des entretiens avec les parties prenantes de quelques régions.

Ces investigations n'ont pas pu être réalisées en 2020 en raison de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19.

D. Revue de la littérature

Elle visait à situer l'initiative française du SSES dans une perspective internationale. Une recherche bibliographique a identifié des articles ou rapports décrivant des expériences d'approche pédagogique en formation initiale à l'éducation à la santé - promotion de la santé destinées aux futurs professionnels de santé de première ligne. Les éléments recherchés concernaient le type de compétences attendues des étudiants (concepts, capacités en communication, mise en œuvre d'une démarche projet...), les modalités pédagogiques (dimension pluri-professionnelle, mise en situation pratique, réalisation d'actions concrètes) et d'évaluation. La description de la méthode de recherche utilisée et les résultats obtenus sont présentés en annexe du présent rapport.

E. Périmètre et limites de l'évaluation

L'analyse produite pour cette première phase d'évaluation porte sur :

- les modes de déploiement du SSES dans les régions et l'articulation avec les politiques et dispositifs de prévention,
- le cadre pédagogique et administratif, avec une attention particulière pour la mise en œuvre de l'interprofessionnalité, le lien avec les enseignements préexistants, les ressources pédagogiques disponibles et les modalités de formation à prévention-promotion de la santé, la communication en santé et la démarche projet,
- la conduite des actions sur le terrain, l'accompagnement pédagogique des étudiants et la question de l'évaluation et de la qualité des actions,
- les retombées du SSES, ses principaux enjeux et ses éléments de fragilité avec un éclairage sur l'impact de la crise sanitaire et ses premières conséquences sur le déroulement du dispositif.

Les circonstances particulières de la pandémie de la COVID 19 ont eu des répercussions importantes sur le déroulement du SESS lors de l'année universitaire 2019-2020 et sur la conduite de la première phase d'évaluation projetée par le groupe de travail du HCSP.

A la date de rédaction de ce rapport, les seules données de reporting disponibles sont celles de l'année 2018-2019, première année de fonctionnement et de montée en charge, aucune donnée sur la deuxième année n'ayant été collectée, à la suite de l'interruption du dispositif au printemps 2020. Le bouleversement des agendas des agences régionales de santé et des rectorats induit par la crise n'a pas permis la réalisation des investigations prévues par le groupe de travail à l'échelon régional.

Ainsi les constats et recommandations inclus dans ce rapport intermédiaire s'appuient principalement sur les retours exprimés ou synthétisés au niveau national, retours qui n'ont

pas pu être enrichis de l'analyse de la diversité des réalisations et expériences conduites dans les régions. L'analyse produite porte essentiellement sur la première année de fonctionnement du SSES, très peu de données étant disponibles, au moment de la rédaction du rapport, pour analyser son déroulé au cours des 2 années universitaires suivantes.

IV. LES CONSTATS

A. Mise en œuvre nationale

1. Engagement des acteurs

Une forte mobilisation des acteurs de l'enseignement supérieur

Malgré un calendrier très contraint, une concertation nationale s'est organisée entre représentants des UFR et Instituts et avec les enseignants de santé publique et les associations d'étudiants. La mise en œuvre du dispositif a pu être l'occasion d'initier une réflexion pédagogique partagée entre filières et établissements de formation, d'établir un état des lieux sur les modalités de formation à la prévention, d'identifier les dispositifs expérimentaux préexistants et prometteurs, d'interroger l'articulation avec les enseignements de santé publique et les démarches d'inter-professionnalité et de pluridisciplinarité. Ainsi le collège universitaire des enseignants de santé publique (CUESP) a organisé un groupe de travail inter-universités pour établir un contenu d'enseignement théorique, partager des outils sur une plateforme numérique et préparer un ouvrage pédagogique. Les 16 UFR d'Odontologie ont mis en place des binômes étudiant – enseignant référent, l'étudiant étant en lien avec ses pairs de façon à recueillir leurs questions et difficultés, l'enseignant répondant aux interrogations, nombreuses au moment de la mise en place du dispositif.

Un rôle très actif des associations étudiantes

Elles ont permis un échange d'informations entre échelons national et régional. La Fédération des Associations Générales Étudiantes (FAGE) a joué un rôle important pour la concertation entre filières, en organisant en particulier des rencontres entre les représentants de ses associations adhérentes d'étudiants en santé avant chaque réunion du COPIL national. Un débat très riche a pu s'instaurer sur l'intérêt et les difficultés de l'intégration du SSES dans les différents cursus. La valeur ajoutée du SSES paraît en effet inégale entre filières : elle est considérée comme moins importante pour les étudiants infirmiers et en kinésithérapie, dont les cursus de formation comportent déjà une réalisation pratique d'actions de santé publique. Ces échanges ont également mis en lumière des inégalités entre filières et entre régions pour la disponibilité des enseignements à distance et le financement des frais de déplacement des étudiants sur les lieux d'action.

De façon générale, les associations ont joué un rôle important dans la présentation du dispositif aux étudiants, dans l'accompagnement de leurs représentants au sein des comités régionaux et dans l'organisation de retours d'information du terrain. Elles ont ainsi conduit diverses enquêtes au sein de leurs réseaux, au moment de la mise en place du SSES et des bilans après la 1^{ère} année de fonctionnement. Cette mobilisation leur a permis de développer et d'étayer un plaidoyer auprès des ministères de tutelle et auprès d'interlocuteurs universitaires, au niveau national ou local.

Le COPIL national : le seul point organisé de rencontre et d'échanges entre parties prenantes et entre filières

Le COPIL national est ressenti comme un lieu d'expression et d'information important, particulièrement par les associations d'étudiants, qui apprécient que des représentants de chacune des filières concernées par le SSES y soient présents. L'équilibre entre filières au sein du COPIL n'est en revanche pas parfaitement respecté pour la représentation des établissements de formation : lors de son audition par le HCSP, la conférence des doyens de Pharmacie a signalé avec regret ne pas y être représentée, considérant que cette carence nuit à la prise en compte de la diversité des cursus et des organisations mises en place au plan national.

Pour les acteurs des universités et instituts qui y sont représentés, la participation aux réunions du COPIL offre l'occasion d'échanger au sein de leur réseau national respectif, de façon à obtenir des retours du terrain sur les organisations mises en place en région et les difficultés rencontrées.

Il n'y a pas de communication nationale commune au décours des réunions du COPIL. La diffusion de la teneur des débats, des informations communiquées et des relevés de décision reste spécifique à chaque filière et à chaque type de parties prenantes.

L'appui technique de l'agence Santé Publique France

L'agence a été chargée de réunir et de mettre à disposition un corpus documentaire destiné aux étudiants et aux responsables pédagogiques dans les établissements de formation. Cette mission, inscrite dans l'instruction de novembre 2018, s'est effectuée à moyens constants, sans ressources supplémentaires pour l'agence.

Celle-ci a rédigé un guide d'une quarantaine de pages¹², dédié au dispositif, contenant des repères synthétiques théoriques et pratiques en prévention et promotion de la santé pour les étudiants, les organismes d'accueil et les formateurs. Ce guide, mis en ligne en septembre 2018 et mis à jour en septembre 2019, visait à être accessible à toutes les filières de formation. A cet égard, il a bénéficié de la relecture d'une quinzaine de personnes, doyens d'UFR, formateurs en IFSI, professionnels en ARS, sociétés savantes, étudiants et représentants d'associations.

L'agence a également opéré une sélection de ressources pertinentes pour le SSES au sein de son corpus interne de documents et supports de communication. En septembre 2018, un espace dédié au service sanitaire a été ouvert sur son site internet¹³. Régulièrement mis à jour, il offre un large éventail de ressources supplémentaires, généralement non spécifiques

¹²<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/reperes-theoriques-et-pratiques-pour-les-actions-du-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>

¹³ <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/service-sanitaire>

au SSES : guide de communication, référentiel d'intervention, glossaires, dossiers de ressources pour l'action différenciés selon les publics, fiches méthodologiques synthétiques, dossiers pour les thématiques d'actions prioritaires pour le SSES et dossiers populationnels destinés aux formateurs... Entre septembre et décembre 2018, cet espace a enregistré 9 034 visites, pour 8 517 visiteurs et plus de 12 000 téléchargements, ce qui le situe au vingtième rang des pages les plus consultées du site de l'agence. Cette activité s'est poursuivie en 2019, avec 9 569 visites et 12 486 pages vues entre janvier et novembre.

Lors de ses Rencontres annuelles de Santé en 2019, l'agence a organisé une session dédiée au SSES¹⁴ qui a rassemblé 120 participants. Plusieurs expériences locales y ont été présentées, suscitant un débat animé sur la qualité de l'accompagnement pédagogique des étudiants et sur celle des actions réalisées. La nouvelle session sur ce thème prévue lors des rencontres 2020 a dû être annulée en raison de la crise sanitaire.

Enfin, conformément aux attentes inscrites dans l'instruction de novembre 2018, l'agence a apporté son concours à la valorisation des données collectées par le MESRI dans le cadre de l'enquête nationale obligatoire auprès des étudiants. Elle a constitué une base de données recensant les caractéristiques des actions menées en 2018-2019 au titre du service sanitaire en agrégeant par groupes d'étudiants et par actions les données individuelles renseignées par les étudiants grâce au questionnaire mis en ligne avec l'outil demarches-simplifiees.fr. Cette base de données, qui permet une analyse du dispositif par type et lieux d'action, a été intégrée à la base de données cartographique des actions régionales de santé OSCARS gérée par le CRES PACA.

L'implication des opérateurs nationaux de prévention-promotion de la santé

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), la Fédération nationale d'éducation et promotion de la santé (FNES) et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) ont été auditionnées lors de la phase de préfiguration conduite en 2017 par la mission du Professeur Vaillant. La FNES, qui fait partie du COPIL national, a été en particulier interrogée sur la capacité du réseau des Instances régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) à fournir un accompagnement pédagogique en région.

Cependant, les modalités du SSES (objectifs pédagogiques, thématiques prioritaires des actions de prévention, modalités d'évaluation...) n'ont pas fait l'objet d'échanges approfondis au niveau national entre grands opérateurs de prévention, ni de réflexion partagée entre ces acteurs, les directions d'administration centrale et Santé Publique France.

¹⁴<https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/sessions/service-sanitaire-des-etudiants-en-sante-premiers-retours-dans-le-champ-de-la-prevention/>

Certains opérateurs nationaux auditionnés par le HCSP ont regretté l'absence de concertation et la trop grande rapidité du déploiement du dispositif. Des courriers, faisant part de leurs préoccupations, ont été notamment adressés aux ARS. Ils attiraient l'attention sur la nécessité d'éviter la possible superposition entre actions conduites au titre du SSES et actions préexistantes, en particulier dans les établissements scolaires. Des craintes se sont exprimées sur le risque que le SSES puisse susciter une forme de concurrence délétère avec les opérateurs associatifs de prévention en région, en créant une offre d'actions « low cost » mais peu pertinentes et de faible qualité, pouvant fragiliser les financements d'actions probantes mises en place par les associations sur les territoires.

2. Les données du système d'information

Le reporting prévu par les textes reste en construction et ne permet pas à ce jour d'avoir une vision exhaustive de la mise en œuvre du SSES sur le territoire national.

Données transmises par les comités stratégiques régionaux et centralisées par le SGMAS

Le suivi national du déploiement du SSES devait être l'objet d'une enquête SOLEN, avec une dizaine d'items à compléter, précisés dans l'instruction de novembre 2018. De fait ces données semblent peu disponibles et le HCSP n'a pas eu accès aux éléments chiffrés quantifiant au niveau national le nombre de personnels formés, le nombre d'actions, d'outils ou modules interfilières réalisés et le montant des surcoûts liés à la prise en charge des frais de déplacement des étudiants pour la réalisation des actions.

Par ailleurs, l'article 11 de l'arrêté du 12 juin 2018 prévoyait la remise chaque année par les comités stratégiques régionaux d'un rapport relatif à l'état de réalisation du service sanitaire. De fait cette disposition n'a été qu'imparfaitement mise en œuvre, suite à l'imprécision existant sur l'échéance de remise des rapports et sur leur contenu attendu. A l'issue de la première année de fonctionnement du SSES, le SGMAS a cependant centralisé une série quasi-exhaustive de bilans régionaux, établis selon des modalités variées. Il a ainsi produit en janvier 2020, à l'intention du COPIL national, une note de synthèse détaillée qui a été également transmise au HCSP, dans le cadre de sa mission d'évaluation.

D'après cette note, 40600 étudiants ont été engagés dans le SSES en 2018-2019 dans les 16 régions ayant participé à ces retours. Certains invariants sont mis en évidence en région : l'existence systématique d'un binôme de référents du dispositif, issus respectivement de l'ARS et du rectorat, et le constat, qui paraît unanime, d'une forte mobilisation des acteurs concernés (universités, instituts et éducation nationale). La synthèse indique également que toutes les régions ont connu les mêmes difficultés pour l'harmonisation entre les filières des plannings de formation des étudiants et de réalisation des actions et pour l'accueil et l'encadrement des étudiants dans certains lieux d'action.

D'une façon générale, la note illustre la grande hétérogénéité de mise en œuvre et d'évaluation du SSES entre les régions. Outre les variations observées dans les thématiques d'action retenues par les régions, sont mises en évidence des différences dans la

construction et les modalités de formation et de validation proposées aux étudiants, une implication variable des organismes et professionnels expérimentés en prévention-promotion de la santé et des disparités dans l'accompagnement des étudiants et des référents de proximité sur les lieux d'action. La note signale également plusieurs démarches d'évaluation du dispositif initiées au niveau régional et l'organisation dans quelques régions de retours d'expérience destinés aux acteurs et/ou aux référents de proximité.

A l'issue de la 1^o année de fonctionnement, la note relève une série de points positifs et de points négatifs concernant le SSES. Parmi les points positifs sont notés l'implication des acteurs, l'intérêt partagé pour la prévention et le travail en équipe entre parties prenantes. Parmi les points négatifs apparaissent l'écart qui semble important entre l'ambition globale du projet et les moyens disponibles, avec une insuffisance de l'enseignement et de l'encadrement des étudiants ainsi qu'une faible capacité et un manque de préparation des structures pour l'accueil des étudiants.

Données chiffrées issues de la base de données du MESRI et de la base OSCARS Santé SSES

La base de données du Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) concerne la 1^o année du SSES. Alors que le dispositif ciblait environ 47000 étudiants, **25 975 étudiants (81% de femmes) ont complété le questionnaire**, près de 60% des répondants étaient âgés de 20 à 22 ans ; 12% avaient plus de 30 ans.

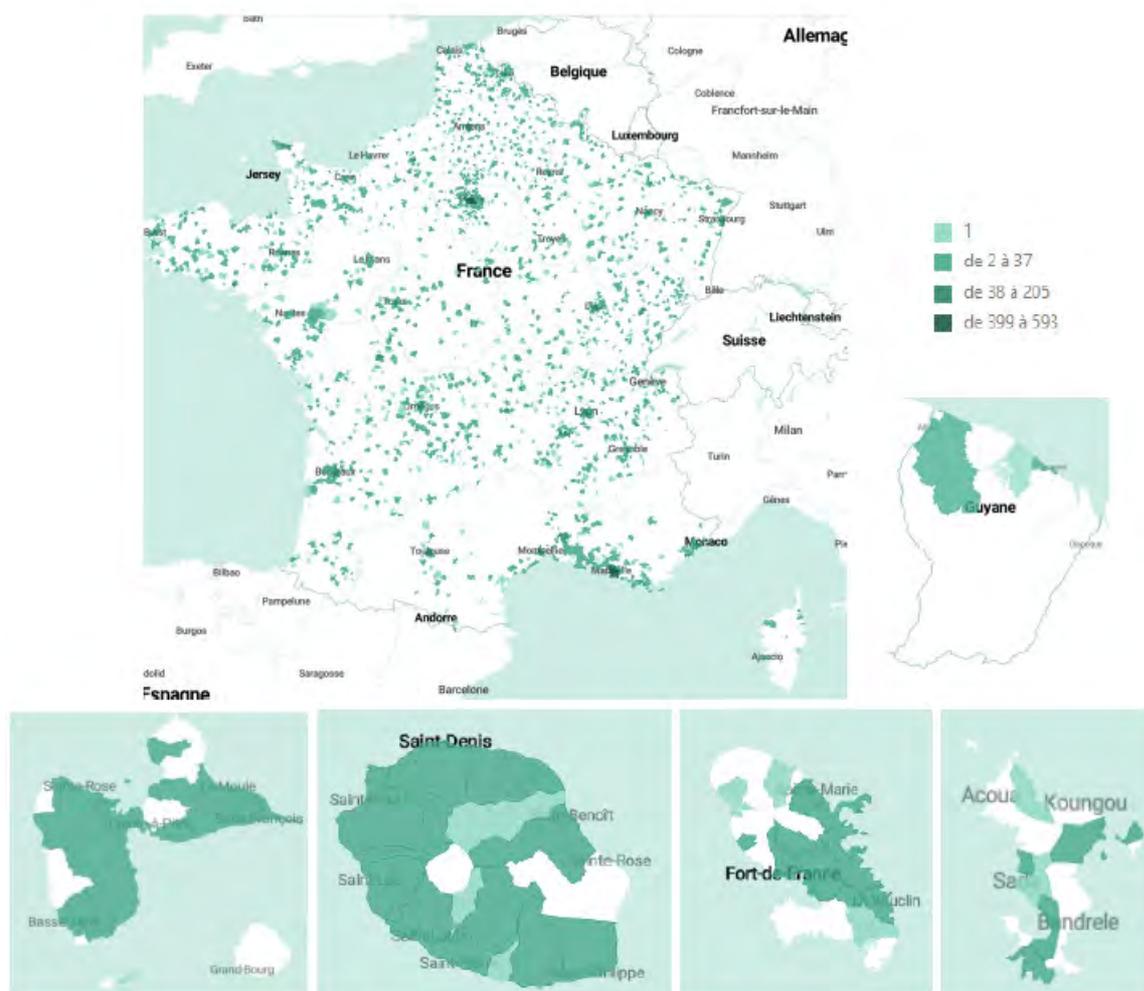
L'analyse de la base MESRI permet d'identifier les effectifs, très inégaux, d'étudiants par filière et les années d'étude des répondants :

- Sciences infirmières : 19955 étudiants (77% des répondants), dont 97% en 2^{ème} année et une minorité en 1^{ère} ou 3^{ème} année ;
- Médecine : 2696 étudiants (10%) , dont 97% en 3^{ème} année et une minorité en 2^{ème} ou 4^{ème} année ;
- Kinésithérapie : 1524 étudiants (6%), dont 53% en 2^{ème} année, 38% en 3^{ème} année et 9% en 4^{ème} année ;
- Pharmacie : 739 étudiants (6%), dont 98% en 5^{ème} année et une minorité en 2^{ème} ou 4^{ème} année ;
- Odontologie 546 étudiants (2%), dont 56% en 3^{ème} année, 37% en 4^{ème} année et 13% en 5^{ème} année ;
- Maïeutique 515 étudiants (2%), dont 72% en 4^{ème} année ; 15% en 3^{ème} année et quelques étudiants de 2^{ème} année.

La base OSCARS Service sanitaire a recensé **13 567 actions en 2018-2019**, réalisées dans toutes les régions de métropole et des territoires d'outre-mer (Figure 1). La région Auvergne-Rhône-Alpes comptabilise le plus grand nombre d'étudiants. On observe quelques

zones blanches, principalement rurales : aucune action n’a été réalisée dans les départements de l’Aveyron, des Hautes-Alpes, du Tarn et du Tarn et Garonne, de la Mayenne et dans le nord du département des Deux-Sèvres.

Figure 1 Représentation cartographique des actions réalisées en France - OSCARS



Seul un tiers des actions étaient pluriprofessionnelles, c’est-à-dire associait des étudiants de filières différentes impliqués dans la même action sur le même lieu. Compte tenu du déséquilibre des effectifs, la proportion d’équipes pluriprofessionnelles renseignées par les étudiants varie entre filières : la proportion d’actions pluriprofessionnelles était de 87% pour les étudiants de pharmacie et de kinésithérapie, de 84% pour les étudiants de maïeutique, de 80% pour les étudiants en médecine, de 62% pour les étudiants d’odontologie contre 1/3 seulement des actions renseignées par les étudiants en sciences infirmières.

3. L’hétérogénéité interrégionale du dispositif

La volonté de ses concepteurs était de proposer un cadrage national souple laissant des marges d’initiative aux acteurs en charge de la mise en place du SSES en région. S’ils apprécient cette adaptabilité du dispositif, les acteurs auditionnés par le HCSP ont

conscience de sa forte hétérogénéité interrégionale, fruit de l'inégalité dans les ressources mobilisées et de la diversité des organisations et réalisations en région. Cette hétérogénéité est aussi bien soulignée dans la note de synthèse du SGMAS. Les disparités peuvent être liées aux choix opérés par les acteurs impliqués mais aussi aux caractéristiques de la région. En particulier, le nombre de lieux d'accueil pour les étudiants du service sanitaire varie entre région : le choix est plus vaste en Ile-de France qu'en région Centre.

L'instruction interministérielle du 27 novembre 2020 devrait permettre de renforcer le cadrage national du dispositif, car elle rappelle et précise plusieurs principes structurants, assortis de recommandations pour la poursuite de la montée en charge du SSES.

Le HCSP note que plusieurs interlocuteurs auditionnés ont regretté le peu d'occasions nationales d'échanges et de retours d'expérience entre acteurs et filières depuis la mise en place du SSES. De ces constats se dégage le besoin d'améliorer la coordination interrégionale et d'approfondir la réflexion pédagogique entre filières de formation. A cet égard, l'organisation régulière de forums nationaux de présentation des innovations pédagogiques et des réalisations pratiques faciliterait l'identification et la diffusion des démarches prometteuses et rendrait possible leur évaluation rigoureuse.

4. Les points de consensus

L'intérêt d'une formation interprofessionnelle à la prévention et la promotion de la santé des futurs professionnels de santé fait consensus parmi les personnes rencontrées.

Les représentants des parties prenantes de la formation initiale des professionnels de santé sont convaincus de l'importance de la formation à la prévention et de l'utilité pédagogique potentielle du SSES. La nécessité du renforcement de la formation initiale en prévention est particulièrement ressentie par les responsables de la formation initiale des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des kinésithérapeutes, eu égard aux nouveaux enjeux de leurs professions.

Les représentants nationaux des opérateurs de prévention (FNES, Fédération Addiction) reconnaissent également la nécessité de sensibiliser aux démarches de promotion de la santé les étudiants en santé, dont la formation académique dominante relève principalement d'une approche biomédicale prescriptive. Le SSES peut ainsi constituer l'occasion d'une initiation aux grands principes de l'intervention en promotion de la santé, aux pratiques à privilégier, aux postures à adopter dans l'accompagnement par les professionnels d'un parcours de changement de comportement.

5. Les points qui font débat

Selon le cadre réglementaire qui l'a défini, le SSES relève à la fois d'objectifs de santé publique (réalisation d'actions concrètes de prévention primaire auprès de territoires et de publics prioritaires, lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé) et d'objectifs pédagogiques (initier les étudiants aux enjeux de la prévention primaire,

favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité, intégrer la prévention dans les pratiques des professionnels de santé).

Cette double portée exprime la diversité des attentes des concepteurs du SSES, qui a pu être source de difficultés pour dégager un consensus sur les critères à retenir pour l'évaluation du dispositif (atteinte des objectifs pédagogiques versus qualité et pertinence des actions conduites par les étudiants).

De plus, pour de nombreuses personnes auditionnées par le HCSP, cette double attente suscite une interrogation sur une forme d'ambiguïté du dispositif. Si la plupart des parties prenantes s'approprient les objectifs pédagogiques, la portée du SSES en tant qu'«outil de prévention» dans les territoires leur paraît plus incertaine. Ce doute est aussi renforcé par le manque de données probantes validant la plus-value du dispositif, ou même la simple absence d'effet délétère, en matière de prévention ou de réduction des inégalités de santé.

Lors des auditions, le cadre logique du dispositif a paru poser question, en termes de temporalité et de nature des effets de santé publique recherchés : s'agit-il d'obtenir un effet à court terme par les actions ponctuelles des étudiants, en particulier dans des zones « sous denses » ou auprès de publics peu desservis ou d'induire un effet plus diffus et à moyen long terme par une meilleure sensibilisation des professionnels de santé aux enjeux de santé publique, à la prévention et à la promotion de la santé ?

La plupart des personnes auditionnées conviennent que l'essentiel des bénéfices de santé publique se limitera à une meilleure sensibilisation à la prévention des futurs professionnels et une plus grande capacité à s'approprier et à relayer les programmes de prévention-promotion de la santé sur le terrain.

L'étude exploratoire en Nouvelle Aquitaine met aussi en lumière différents points faibles du SSES : il est souligné que le dispositif a fait l'objet d'une généralisation en l'espace d'un an, après expérimentation sur un groupe d'étudiants. Ses auteurs font le constat d'un important décalage entre les attentes inscrites dans les textes et la mise en œuvre sur le terrain. Les acteurs observés dans cette étude ont, par pragmatisme, implicitement révisés les objectifs du SSES. L'acquisition de compétences par les étudiants s'est limitée à une simple sensibilisation, tandis que la promotion de comportements favorables n'a consisté qu'en une seule transmission de connaissances et de messages de prévention. Les auteurs s'appuient sur ce constat pour préconiser une révision des objectifs du SSES avec un resserrement de ses objectifs pédagogiques, pour en particulier mieux les adapter à la future pratique professionnelle des étudiants.

6. Conclusion et recommandations

Le SSES est un dispositif volontariste et innovant co-construit par les différentes parties prenantes au niveau national. Inscrit dans le Code de l'Éducation, il induit une dynamique pédagogique forte et des initiatives nombreuses de la part des enseignants, étudiants et responsables des établissements de l'Enseignement Supérieur en santé. Le reporting prévu

par les textes reste en construction et ne permet pas à ce jour d'avoir une vision précise de la mise en œuvre du SSES sur le territoire national. D'une région à l'autre les organisations et dispositifs adoptés apparaissent hétérogènes, fruit d'une marge de manœuvre permise par les textes réglementaires et qui semble appréciée des acteurs concernés. Ceux-ci regrettent cependant le peu d'occasions nationales d'échanges et de retours d'expérience entre acteurs et filières depuis la mise en place du SSES.

L'intérêt d'une formation interprofessionnelle à la prévention et la promotion de la santé des futurs professionnels de santé paraît faire l'objet d'un large consensus. Cependant la double portée du SSES, qui juxtapose objectifs pédagogiques et objectifs de santé publique, requiert un effort de clarification, de priorisation et de mise en cohérence entre buts visés et actions menées par les étudiants sur le terrain.

Recommandations à la coordination nationale :

- A1** Améliorer la diffusion des comptes-rendus du COPIL national et harmoniser la communication institutionnelle autour du SSES.
-
- A2** Clarifier la responsabilité des acteurs en charge du reporting national, en mandatant le cas échéant un organisme pour assurer un rapport national annuel de mise en œuvre du SSES.
-
- A3** Confier à Santé Publique France la mission de conduire un groupe de travail national pour harmoniser et simplifier les ressources documentaires, de façon à faciliter l'accès des étudiants et des équipes pédagogiques à des ressources adaptées au service sanitaire.
-
- A4** Organiser des forums réguliers d'échange et de retour d'expériences au niveau national, pour encourager l'évaluation des réalisations régionales et faciliter la mutualisation des initiatives prometteuses.
-
- A5** Elaborer avec les parties prenantes concernées des recommandations nationales pour la formation des intervenants, la mise en œuvre et l'évaluation du SSES dans les territoires.
-
- A6** Promouvoir les travaux de recherche et d'évaluation portant sur la capacité du service sanitaire à renforcer les politiques de prévention-promotion de la santé dans les territoires.
-
- A7** Promouvoir les travaux de recherche pédagogique sur le service sanitaire, en facilitant la participation à ces travaux des étudiants en santé et des enseignants et formateurs.

B. Mise en œuvre régionale

1. Organisation du pilotage régional

Conformément au décret du 12 juin 2018, un comité stratégique régional a été installé dans chaque région dès l'été 2018. Réunissant des représentants des acteurs concourant à la réalisation du service sanitaire, il est co-présidé par le Directeur général de l'ARS et le Recteur de la région académique. La composition du comité est définie par ces derniers, qui sont chargés de veiller à la représentation des administrations, des collectivités, des directeurs d'UFR et des structures de formation ainsi que des étudiants concernés.

Le décret précise les missions du comité, qui concernent notamment le choix des thématiques d'actions de prévention, l'identification des publics cible, la répartition des actions sur le territoire, la mise en œuvre de l'interprofessionnalité et de la pluridisciplinarité, le suivi et l'évaluation chaque année des actions réalisées.

N'ayant pu conduire d'investigations à l'échelon régional, le HCSP n'est pas en mesure d'analyser le fonctionnement et les stratégies des comités régionaux. Selon la note de synthèse rédigée par le SGMAS en janvier 2020, la mise en œuvre s'est appuyée sur un bureau ou une équipe en charge du projet, comportant en particulier un binôme de référents régionaux du SSES, issus respectivement de l'ARS et du rectorat. Quelques régions se sont dotées d'une charte, signée par l'ARS, le rectorat et les organismes de formation, précisant les principes communs, les contenus pédagogiques et compétences socles, les règles éthiques¹⁵.

La place des collectivités dans les choix stratégiques n'a pas pu être documentée par le HCSP, le conseil régional étant censé contribuer à l'identification des publics prioritaires.

Pour la construction des parcours, l'harmonisation des plannings et l'organisation des actions, des groupes de travail ou comités techniques ont été mis en place, avec un découpage infrarégional par académie ou subdivision universitaire fréquent dans de nombreuses régions.

La composition de ces comités et groupes de travail s'avère très variable d'une région à l'autre et évolutive au fil du temps. La participation des enseignants de santé publique de médecine, de pharmacie, d'odontologie et des instituts paramédicaux ainsi que celle des IREPS est fréquente mais pas systématique. D'après les personnes auditionnées par le HCSP, la représentation de toutes les filières de formation n'y est pas constante, ce qui peut induire un sentiment de sous-représentation parmi les équipes enseignantes ou les étudiants concernés. A cet égard la nécessité d'assurer une représentation systématique

¹⁵[https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-10/Charte%20dengagement Service%20sanitaire 20191008%20vdef 1.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-10/Charte%20dengagement%20Service%20sanitaire%2020191008%20vdef%201.pdf)

des étudiants dans le comité régional stratégique et dans les comités techniques locaux est rappelée par l'instruction interministérielle de novembre 2020.

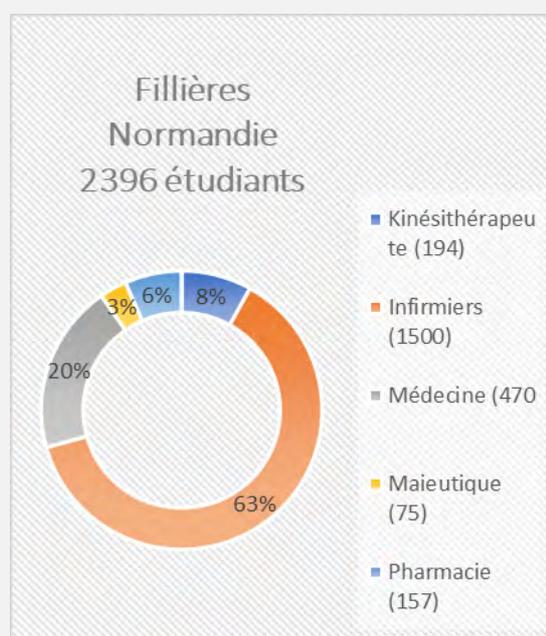
2. Construction du dispositif en région et mobilisation des acteurs

En septembre 2018, 47 000 étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie et soins infirmiers étaient concernés par le dispositif, considéré comme en cours de montée en charge pour l'année universitaire 2018-2019.

L'étude exploratoire réalisée en Normandie au cours de l'année 2019-2020 permet d'illustrer l'envergure du dispositif à mettre en place et le nombre des acteurs mobilisés à l'échelle d'une région (encadré).

Mise en place du service sanitaire en région Normandie. Source : Plateforme Cassiopée et ARS Normandie. Etude qualitative exploratoire sur le SSES en région Normande 2019-2020.

La pratique du service sanitaire 2019-2020 Normand, concerne environ 2400 étudiants, répartis en cinq filières. Les étudiants en soins infirmiers (2ème année), kinésithérapie (2ème année), médecine (3ème année), maïeutique (3ème et 4ème année), et pharmacie (5ème année). Ils sont repartis entre deux subdivisions. La subdivision caennaise (département de l'Orne, Calvados, Manche) avec 1125 étudiants et la subdivision rouennaise (Seine maritime et Eure) avec 1271 étudiants, répartis sur 17 IFSI, 3 IFMK, 2 UFR médecine, 2 UFR pharmacie, 2 écoles de sages-femmes. L'inter professionnalité a été respectée à hauteur de 88.5%.



Un comité régional stratégique décisionnel a été mis en place, co-piloté par l'ARS et le rectorat, ainsi qu'une commission pédagogique régionale co-pilotée par les UFR et Promotion Santé Normandie. Enfin un comité technique a été créé par subdivision afin de répartir les étudiants au sein des structures d'accueil. L'ARS, en lien avec le rectorat, s'est chargée du recrutement des structures d'accueil qui se portaient volontaires pour accueillir les étudiants. Au printemps 2020, environ 470 actions auraient dû être mises en place dans la région dans 420 structures d'accueil, réparties de façon égale entre les établissements de l'éducation nationale et hors éducation nationale. Elles n'ont pas pu être réalisées en raison de la crise sanitaire.

La mobilisation des parties prenantes a dû s'effectuer en un temps record, les textes réglementaires ayant été publiés entre juin et novembre 2018, pour une mise en place dès la rentrée universitaire 2018-2019.

L'annexe 5 de l'instruction de novembre 2018 détaille précisément les rôles et missions des différents acteurs régionaux et locaux impliqués dans le SSES. La mobilisation de nombreuses institutions et acteurs concernés a été considérable :

- Les ARS ont assuré l'organisation du dispositif et accompagné les acteurs dans la mise en place du SSES dans les territoires, avec le soutien technique du SGMAS.
- Les Rectorats ont mobilisé les établissements scolaires pour l'accueil des étudiants au sein des écoles, collèges et lycées avec un soutien technique de la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO). Les services de l'Éducation Nationale ont déployé efforts et vigilance pour permettre l'accueil des étudiants dans les établissements, 70% des actions du SSES ayant lieu dans les établissements scolaires.
- Les Universités et Instituts de formation des étudiants en santé se sont très rapidement organisés pour intégrer le SSES dans les cursus et mettre en place les modalités pédagogiques pour les étudiants concernés.
- Les représentants étudiants se sont impliqués et ont aidé à construire le dispositif.

La mise en œuvre du SSES requiert une collaboration entre administrations régionales, organismes de formation, opérateurs de prévention. Ces partenariats nouveaux ou renforcés entre organisations de cultures différentes représentent une des plus-values du dispositif à l'échelon régional. Cependant, compte tenu du nombre de parties prenantes, le travail d'organisation en région du dispositif est complexe, avec des difficultés de coordination, notamment pour :

- Le cadrage pédagogique de la formation (fixation d'un planning commun entre filières, élaboration de contenus pédagogiques théoriques et pratiques partagés et mise en œuvre d'une interprofessionnalité) ;
- L'identification des lieux d'actions et terrains d'accueil des étudiants (voir infra).

Les organisations adoptées et les difficultés rencontrées en région paraissent diverses, variant en particulier selon le nombre d'organismes de formation implantés et la superficie des territoires. Des portails et/ou plateformes mutualisant des ressources pédagogiques et les lieux d'actions ont facilité l'organisation dans certaines régions.

Le SSES étant mis en place « à moyens constants », chaque service et institution a dû effectuer une réaffectation de ressources, notamment humaines pour réaliser ces différentes tâches. L'absence de budget dédié et l'importante charge de travail induite reposant sur un petit nombre d'intervenants sont apparues comme des éléments de fragilité du dispositif.

L'étude exploratoire conduite en Nouvelle Aquitaine fournit différents éléments d'illustration de la mobilisation et du ressenti des acteurs lors de la première année de mise en œuvre du SSES. Elle rapporte la très forte mobilisation de l'ensemble des parties prenantes et leur volonté d'intégrer le virage préventif annoncé par les pouvoirs publics. Elle constate que tous les acteurs, coordonnateurs, formateurs, référents et étudiants ont déployé une énergie considérable, qui a permis d'offrir une formation conforme aux textes réglementaires et un lieu d'action à l'ensemble des étudiants des 2 académies étudiées. Un véritable réseau de professionnels s'est ainsi mis en place afin d'assurer l'effectivité du service sanitaire. L'étude souligne le ressenti des acteurs et les difficultés rencontrées : un sentiment de précipitation, d'absence de concertation et de faible marge de manœuvre, une insuffisance de moyens en termes de supports administratifs, logistiques et de communication.

Dans l'étude exploratoire conduite en Normandie au cours de la 2^e année de fonctionnement, il est intéressant, et encourageant, que soit rapportée une amélioration dans la mise en œuvre du dispositif ressentie par l'ensemble des coordonnateurs et référents de proximité, grâce notamment aux temps d'échanges entre référents pédagogiques organisés par l'ARS et à l'accompagnement des référents de proximité et des coordinateurs territoriaux par des professionnels de promotion de la santé en région Normandie.

3. Choix des lieux d'action et des publics

Une large liste de lieux d'accueil possible mais pas de dispositifs formels d'agrément

L'arrêté de juin 2018 fixe une liste non limitative de lieux où se déroulent les actions de prévention (encadré), en précisant que les actions doivent prioritairement être réalisées auprès de publics relevant de dispositifs d'éducation prioritaire et dans les territoires où l'amélioration de l'accès aux soins est une nécessité. Contrairement aux règles pouvant s'appliquer à d'autres lieux de formation offerts aux futurs professionnels de santé, les textes ne prévoient pas de dispositif d'agrément des lieux d'accueil.

Lieux d'action cités dans l'article 7 de l'arrêté du 12 juin 2018

- établissements d'enseignement primaire, secondaire et supérieur, ainsi que centres de formation militaire ;
- établissements de santé et médico-sociaux, notamment établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, maisons de santé et centres de santé ;
- structures d'accompagnement social notamment crèches, centres de protection maternelle et infantile, centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
- structures associatives ;
- entreprises ;
- administrations ;
- organismes du ministère de la défense ;
- lieux de prise en charge judiciaire et de privation de liberté.

Les actions de prévention sont réalisées prioritairement auprès de publics relevant de dispositifs d'éducation prioritaire et dans les territoires où l'amélioration de l'accès aux soins est une nécessité.

Dans la base OSCARS Service sanitaire, 75% des actions renseignées en 2018-2019 ont eu lieu dans des établissements d'enseignement, dont 28% en collège, 27% en école élémentaire, 16% en lycée comme en organisme de formation professionnelle (CAP, BEP), 7% à l'université et 6% en école maternelle. Viennent ensuite les actions effectuées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les associations du secteur de la santé qui représentent respectivement 3% des lieux et d'autres structures variées, qui représentent ensemble 19% des lieux d'action (Figure 2).

Figure 2 Distribution des lieux d'action renseignés dans la base OSCARS service sanitaire – année 2018-2019



Une capacité du dispositif à prendre en compte les inégalités territoriales et sociales peu documentée

Par construction la base OSCARS ne contient pas de données permettant de quantifier la proportion des actions ayant pu être conduites auprès de publics relevant de l'éducation prioritaire ou au sein de territoires où l'amélioration de l'accès aux soins est une nécessité. La note de synthèse réalisée par le SGMAS signale, sans l'assortir de données chiffrées, que certaines régions ont effectué un ciblage des établissements appartenant aux réseaux d'éducation prioritaire (REP, REP+) et, hors milieu scolaire, un choix prioritaire d'organismes ou de structures d'accueil et de soutien de publics en situation de fragilité sociale. Selon les praticiens de prévention-promotion de la santé auditionnés, l'abord de publics vivant dans un contexte social difficile ou subissant une forme de marginalisation sociale impose une préparation et un accompagnement soutenu des étudiants par des professionnels formés.

Un mécanisme d'affectation complexe et une difficulté de faire coïncider priorités territoriales et offre de lieux d'action

Evoquée dans l'annexe 5 de l'instruction de novembre 2018, la désignation des lieux d'action et l'affectation des équipes d'étudiants sur ces lieux s'opèrent selon un mécanisme complexe avec plusieurs étapes mettant en jeu différents acteurs. Le comité stratégique régional liste les publics prioritaires sur le territoire régional, il revient à un comité ou groupe technique de recenser des lieux d'action pouvant accueillir les étudiants, en veillant à la répartition adéquate sur le territoire et à la prise en compte des inégalité sociales et territoriales. Le rectorat suscite, propose, puis valide des lieux d'actions en milieu scolaire en lien avec les établissements concernés, l'ARS veille à l'équilibre territorial.

En charge de valider l'affectation des étudiants, les universités et les instituts de formation contribuent également à la détermination des organismes d'accueil ou à l'identification des lieux d'actions. Il revient parfois aux référents pédagogiques d'établir ou de compléter une liste de lieux, qui peut aussi être alimentée par des propositions émanant des étudiants eux-mêmes.

Présents dans les comités techniques régionaux ou sollicités par les responsables pédagogiques, les opérateurs régionaux de prévention peuvent aussi indiquer des lieux d'accueil possibles pouvant offrir un encadrement de qualité aux étudiants.

De cette complexité résulte une forte hétérogénéité des modes de désignation des lieux d'actions selon les régions et filières, que le HCSP n'a pas été en mesure de documenter avec précision. Pour gérer ces opérations au cours des 2 premières années du SSES, les responsables pédagogiques en région ont utilisé des outils numériques plus ou moins sophistiqués, allant du simple tableau Excel listant les lieux à des plateformes permettant une saisie du lieu par les offreurs, avec possibilité de choix par les étudiants intéressés par l'offre.

Des étudiants attachés à leur liberté de choix mais aussi sensibilisés aux besoins des territoires

Les étudiants aspirent à une certaine autonomie dans le choix des thématiques et lieux d'action. Les données du MESRI indiquent que la majorité des étudiants ont déclaré ne pas avoir eu le choix du lieu de l'action. Seuls 29% des étudiants déclarent avoir choisi le lieu de leur structure d'accueil contre 71% qui n'ont pas eu ce choix. Pour autant, 92% des répondants se déclarent « plutôt ou « tout à fait satisfait » de leur structure d'accueil.

D'après leurs représentants auditionnés par le HCSP, le choix de certains étudiants peut être guidé par la seule proximité géographique du lieu d'action choisi, suscitant un attrait particulier pour les lieux d'action proches des centres villes universitaires. D'autres établissent un compromis entre thématique proposée, proximité ou encore qualité perçue de l'accompagnement sur le lieu d'action. La capacité des étudiants à choisir ou accepter une affectation dans un lieu éloigné peut varier en fonction de critères personnels relevant de l'origine des étudiants (établissement scolaire fréquenté pendant l'enfance, point d'attache familial ou amical) et aussi selon la possibilité d'obtenir une prise en charge des frais de déplacement. Elle pourrait également varier entre filières : les représentants des enseignants de maïeutique ont déclaré être particulièrement attachés à ce que la distance du lieu d'action ne représente pas une contrainte inacceptable pour les étudiants, déjà soumis dans cette filière à des multiples impératifs. Cependant, globalement, les associations étudiantes auditionnées ont souligné que la sensibilisation à la nécessité de répondre aux besoins et priorités identifiés sur les territoires leur semblait avoir progressé dans toutes les filières.

La perspective d'un portail national des offres de lieux et d'actions de service sanitaire

L'instruction de novembre 2020 incite à l'utilisation d'un portail numérique national¹⁶ mis à disposition des ARS volontaires, qui devrait progressivement concerner 16 régions. S'appuyant sur le portail proposé par l'ARS Ile de France, cet outil permet l'identification des lieux d'accueil possibles et facilite le choix des étudiants et organismes de formation. Les offreurs saisissent sur le portail les actions proposées dans leur structure (période, description de l'action, nombre d'étudiants...), les étudiants et organismes de formation les identifient, avant de faire un choix et de passer convention. Faute de retour de terrain, le HCSP n'a pas été en mesure de documenter le fonctionnement et l'utilité d'un tel outil en région.

4. Choix des thématiques d'action

Une priorité donnée aux thématiques ciblées à l'échelon national, avec de possibles spécificités régionales

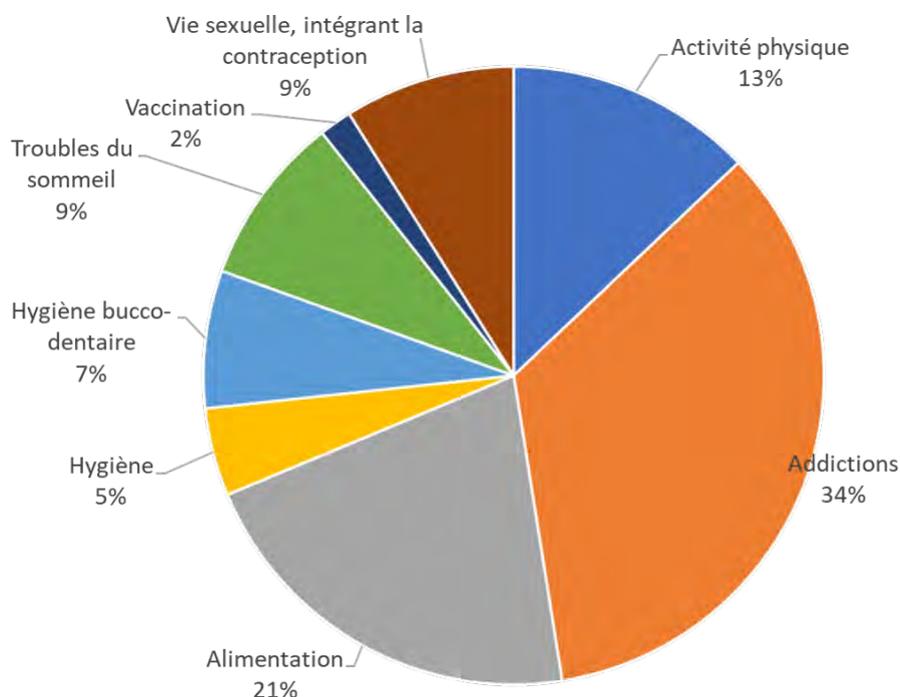
Le décret de juin 2018 a précisé la liste des thématiques devant être abordées, conformément aux enjeux prioritaires de prévention inscrits dans les politiques de santé. Les arrêtés de 2018 et 2020 indiquent la liste des domaines d'actions prioritaires, qu'ils assortissent d'une liste d'actions ciblées, visant à répondre aux problématiques de territoires et publics particuliers (cf supra, cadre réglementaire du SSES). L'instruction de novembre 2018 ouvre la possibilité d'aborder d'autres thématiques d'éducation à la santé qui relèveraient de priorités régionales, en particulier lorsque les actions s'appuient sur le développement des compétences psychosociales. L'instruction de novembre 2020 confirme cette possibilité, notamment lorsque les priorités de santé publique sont identifiées dans le projet régional de santé (PRS).

L'analyse de la base OSCARS Santé illustre la prépondérance effective des thématiques prioritaires au niveau national et confirme que les régions ont aussi utilisé la possibilité de choisir d'autres thématiques (figure 3). La thématique la plus citée est les addictions (34%) suivies par l'alimentation (21%), l'activité physique (13%) et la santé sexuelle (9%). Les autres thèmes représentent 23% des thématiques citées, au premier rang desquelles figurent les troubles du sommeil (9%) suivis par l'hygiène bucco-dentaire (7%). Dans 42 % des cas, plus d'une thématique est abordée au cours de l'action conduite par les étudiants.

¹⁶ <https://www.service-sanitaire.fr/>

Figure 3 - Proportion des citations de thèmes parmi l'ensemble des thèmes cités dans les actions

N = Nombre de citations de thématiques ; N = 18679 Base OSCARS 2018-2019



Un attrait préférentiel des étudiants pour les thématiques qu'ils considèrent comme situées dans le périmètre de compétences de leur filière mais qui peut aussi être dépassé par l'interprofessionnalité

Parmi les étudiants ayant complété le questionnaire MESRI, seuls 41% ont déclaré avoir choisi la thématique de leur action. Ont pu être rapportés au cours des auditions: l'intérêt des étudiants de pharmacie pour les thématiques en lien avec l'environnement, l'hygiène, la vaccination, l'antibiorésistance et le bon usage des antibiotiques, le bon usage du médicament, le dopage ; un choix préférentiel des étudiants en odontologie pour l'hygiène buccodentaire mais aussi un intérêt manifesté pour l'alimentation ou la prévention des addictions ; un intérêt des étudiants de kinésithérapie pour les thématiques activités physiques, alimentation et santé sexuelle, et enfin l'intérêt des étudiants de maïeutique pour la santé sexuelle mais aussi l'alimentation et les addictions.

De façon intéressante, il semble que l'interprofessionnalité, lorsqu'elle est mise en œuvre, rende possible et attractive le choix de thématiques peu familières et situées hors du « périmètre de confort » des étudiants d'une filière particulière. L'abord d'une thématique nouvelle peut alors représenter une occasion d'ouverture et d'enrichissement rendue possible par les échanges au sein du groupe d'étudiants.

5. Articulation avec les enjeux de prévention et les dispositifs en région

Le risque de conduire des actions déconnectées des besoins des publics cibles et des programmes déjà mis en œuvre

Cette embûche préoccupe particulièrement la DGESCO, qui plaide pour la réalisation plus systématique d'un diagnostic des besoins par les étudiants du service sanitaire. En effet, si les thématiques prioritaires visent à réduire le fardeau des maladies chroniques prévalentes au plan national, elles peuvent dans un certain nombre de cas ne pas correspondre aux besoins prioritaires d'un public particulier ciblé par le SSES.

Il semble que la possibilité de conduire un diagnostic soit de fait peu saisie par les étudiants, qui en comprennent mal l'intérêt et qui privilégient la conduite d'actions sur le terrain. L'étude exploratoire conduite en Nouvelle Aquitaine en 2019 semble le confirmer : les étudiants observés en séance ne recueillent que très rarement les besoins et les représentations des publics auprès desquels ils interviennent.

Un besoin d'articulation fortement exprimé par l'éducation nationale et des dysfonctionnements rapportés

De même, il est indispensable de veiller et de sensibiliser les étudiants à la cohérence et à la complémentarité entre actions du SSES et programmes de prévention déjà mis en œuvre auprès des publics visés.

L'éducation nationale et la DGESCO expriment une forte attente d'articulation et de mise en cohérence du SSES avec les dispositifs existant au sein de l'institution. Cette exigence est indiquée dans les documents diffusés en interne par l'éducation nationale : guide « Le Service Sanitaire »¹⁷ rédigé à l'intention des chefs d'établissements et inspecteurs de l'Éducation Nationale et Vademecum 2020 « L'école promotrice de santé », qui représente une des mesures du plan Priorité Prévention. Ces documents évoquent le lien à construire avec les projets d'école et d'établissement portés par les Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) mais les modalités de mise en œuvre ne sont pas précisées.

Malgré cet effort de cadrage, quelques dysfonctionnements ont été signalés lors de la 1^o édition du service sanitaire, les actions conduites par les étudiants ayant pu par endroit dupliquer certaines interventions proposées par d'autres opérateurs ou provoquer leur annulation.

Une articulation encore peu lisible et qui doit être assurée pour espérer un impact de santé publique

Si le SSES s'inscrit dans les politiques nationales, son articulation avec les politiques mises en place en région et les programmes existants reste peu lisible pour les parties prenantes

¹⁷https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/85/7/Guide_service_sanitaire_1043857.pdf

rencontrées. Compte tenu de la rapidité de la mise en place, la première année du SSES n'a généralement permis qu'une simple prise de contact entre acteurs, avec peu de temps disponible pour identifier et prendre en compte les priorités régionales. Dans la note de synthèse du SGMAS, seules quelques régions ont rapporté avoir veillé à ce que les actions du SSES s'intègrent dans un cadre structuré, venant en complément et non pas en substitution des programmes existants.

Le HCSP considère que beaucoup reste à faire pour construire des liens entre le SSES et les actions et programmes inscrits dans les PRS ou mis en place dans le cadre de contrats locaux de santé, pour relier les actions du SSES avec les dynamiques locales construites autour de la santé des jeunes, de la nutrition, de la précarité ou avec les projets de prévention et promotion de la santé portés par les offreurs de soins, maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Une articulation avec certaines campagnes nationales de prévention, telles que la semaine de la vaccination ou la semaine de la santé mentale, pourrait aussi être envisagée, en particulier lorsque la campagne porte sur une thématique jugée prioritaire au niveau régional et sous réserve que le calendrier de déploiement du SSES le permette.

Une articulation encouragée par l'instruction interministérielle de novembre 2020

S'appuyant sur les recommandations formulées par le HCSP dans son avis de juin 2020, l'instruction souligne l'importance d'insérer le SSES dans les dispositifs de prévention existants et de mobiliser les acteurs régionaux de prévention et promotion de la santé.

L'insertion du SSES dans les dispositifs de prévention existants représente dans ce texte le second grand principe faisant l'objet de recommandations détaillées en annexe. Une première recommandation stipule que « la formation dans le cadre du service sanitaire doit s'inscrire dans les dispositifs, les programmes et les travaux des organismes et professionnels œuvrant dans la prévention et la promotion de la santé au plan local et régional. » Une seconde recommandation indique que « les offreurs de soins peuvent d'avantage participer au développement d'actions de prévention en SSES. », en précisant que les MSP et les CPTS sont déjà sensibilisés pour se mobiliser dans une telle perspective. Il est également demandé de veiller autant que possible à l'articulation des projets et actions de SSES avec le calendrier des événements ou campagnes de prévention-promotion de la santé prévus au cours de l'année.

6. Prérequis de l'efficacité des dispositifs de prévention-promotion de la santé

En matière de promotion des comportements favorables ou de prévention des addictions, il existe un corpus de données scientifiques qui définissent les conditions de l'efficacité et de la non-nocivité des interventions : mise en œuvre de programmes validés, respect des bonnes pratiques, cohérence des messages, continuité des actions. Pour les experts de Santé publique France, ces impératifs constituent une problématique centrale de la promotion de la santé en France.

L'obtention d'un impact sur la santé de la population impose d'appliquer des interventions validées par des données probantes, même s'il est indispensable de prendre en compte les éléments clés de transférabilité de ces actions sur le terrain et de laisser une forme d'initiative et d'autonomie aux acteurs locaux. C'est un travail de longue haleine qui nécessite de capitaliser les expériences de terrain. Si le SSES devait être considéré comme un outil de prévention-promotion de la santé en région, il ne pourrait pas échapper à cette nécessité.

L'articulation et la complémentarité entre actions du SSES et programmes ou dispositifs existant sur les territoires participent à la cohérence et la continuité des actions. Elles requièrent une large concertation entre les différentes parties prenantes des projets territoriaux de promotion de la santé. A cet égard, la contribution des structures régionales d'appui et des professionnels compétents en prévention-promotion de la santé est essentielle. Des rencontres régionales annuelles permettraient de dresser un état des lieux des avancées et des réalisations et de partager des retours d'expérience. Cette mise en cohérence doit en effet être pensée dans la durée, car la continuité des actions est un gage d'efficacité en santé publique.

Pour le HCSP, l'absence de données disponibles sur ces questions requiert le soutien au niveau national de travaux de recherche et d'évaluation portant sur la capacité du SSES à renforcer les politiques de prévention-promotion de la santé dans les territoires.

7. Conclusion et recommandations

Le SSES renforce les liens entre administrations régionales, organismes de formation et opérateurs de prévention, ce qui représente une des plus-values du dispositif en région. Son organisation nécessite dans chaque institution un travail complexe de coordination et des réaffectations de ressources pour assurer la dimension d'interprofessionnalité des formations et pour identifier les lieux d'action.

Les modalités de désignation des lieux et des thématiques d'actions résultent d'arbitrages entre critères institutionnels et préférences des étudiants. Pour ces derniers, la préservation de marges de manœuvre et d'une possibilité de choix conditionne l'acceptabilité du service sanitaire.

D'après la base OSCARS, 75% des actions du SSES réalisées en 2019 ont eu lieu au sein d'établissements d'enseignement relevant de l'Éducation Nationale. Face au risque d'actions déconnectées des besoins, l'articulation du SSES avec les dispositifs de prévention existant au sein de l'institution est une attente forte et légitime des services de Santé Scolaire.

D'une façon générale, l'articulation du SSES avec les politiques mises en place en région et les programmes existants reste peu lisible. La place du SSES au sein des dispositifs de prévention-promotion de la santé en région a besoin d'être clarifiée. La sensibilisation des référents pédagogiques et des étudiants à la nécessité de répondre à des besoins identifiés

et d'articuler les actions conduites avec les programmes existants mérite aussi d'être renforcée.

Recommandations aux coordinations régionales

- B1** Assurer la représentation des enseignants et des étudiants de toutes les filières au sein des comités techniques en charge de l'organisation du SSES en région, en veillant particulièrement à associer les Instituts éloignés des villes universitaires.
-
- B2** Faciliter l'accès à l'information partagée et l'organisation logistique régionale du SSES en implantant un outil numérique convivial pour l'interfaçage entre l'offre de lieux et thèmes d'action, les établissements de formation et les étudiants.
-
- B3** Charger les référents régionaux des ARS et rectorats de veiller à la cohérence des actions de service sanitaire avec les programmes locaux de prévention primaire et de promotion de la santé, de façon à éclairer la place du dispositif au sein des politiques régionales.
-
- B4** Dans le cadre de la lutte contre les inégalités, documenter les modalités de ciblage des territoires et publics prioritaires en région, établir un bilan annuel des actions réalisées dans ces territoires et pour ces publics.
-
- B5** Proposer, lorsque les conditions s'y prêtent, une articulation des actions du SSES avec les campagnes nationales de prévention-promotion de la santé.
-
- B6** Renforcer la sensibilisation des référents pédagogiques et des étudiants à la nécessité de répondre à des besoins identifiés et d'articuler les actions conduites avec les programmes existants, en particulier au sein de l'Education Nationale.
-
- B7** Organiser des rencontres régionales régulières avec les représentants des parties prenantes et des organismes d'accueil pour établir un bilan des réalisations, identifier les avancées et difficultés et partager des retours d'expérience.

C. Cadre pédagogique

1. Etablissements d'enseignement impliqués

Les six filières d'enseignement médicales et paramédicales se sont concertées, parfois dans le cadre de commissions ou de « collégiums », pour organiser au mieux les périodes d'enseignement et les actions en interprofessionnalité. Cependant, cette construction a imposé un difficile alignement des plannings de formations théoriques et des périodes de stage, parfois impossible à réaliser. L'hétérogénéité de statuts des établissements de formations (UFR, département d'UFR, écoles, instituts publics ou privés) n'a pas causé de

difficultés, grâce aux conventions préexistantes entre écoles ou instituts de formation et universités.

La majorité des personnes rencontrées en audition ont souligné la capacité d'adaptation, la souplesse et la réactivité des établissements, qui a permis une mise en place dans des délais très courts et sans moyens supplémentaires. Cette forte mobilisation semble en lien avec un accueil généralement très favorable d'une meilleure initiation des étudiants à la prévention, avec réalisation d'actions concrètes.

Pour les personnes rencontrées, le statut des établissements ne semble pas modifier le mode de déploiement du dispositif. La mise en œuvre est plus liée à l'investissement de l'équipe enseignante qu'au statut de l'établissement de rattachement. En revanche, un nombre insuffisant d'enseignants rapporté au nombre d'étudiants est source de difficultés, pour assurer une présence aux réunions et suivre la mise en œuvre des actions. **Ainsi les ressources humaines en enseignants représentent un élément crucial de faisabilité et de qualité du SSES.** Le temps de travail nécessaire à la mise en œuvre du SSES s'élèverait à un personnel à mi-temps pour 100 étudiants selon certaines évaluations.

2. Enseignants et formateurs mobilisés et organisation des enseignements

L'article 4 de l'arrêté du 12 juin 2018 indique que le SSES est d'une durée totale de 6 semaines à temps plein, dont la moitié est consacrée à la réalisation de l'action concrète (encadré).

Durée et modalités du SSES, article 4 de l'arrêté du 12 juin 2018 –

Le service sanitaire tel que défini à l'article D. 4071-2 du code de la santé publique, est d'une durée totale de six semaines à temps plein, sans nécessité de continuité entre celles-ci dont la moitié est consacrée à la réalisation de l'action concrète. Cette durée comprend la durée de la formation théorique des étudiants à la prévention, celle du travail personnel de l'étudiant, celle de la préparation de l'action de prévention, ainsi que celle de la réalisation de l'action et de son évaluation en fonction des spécificités de chaque cursus et des terrains où est effectuée l'action.

Les temps composant le service sanitaire peuvent être répartis sur deux années consécutives de chacune des formations décrites par les arrêtés susvisés, sans toutefois excéder la fin du deuxième cycle pour les étudiants en médecine, pharmacie, maïeutique, odontologie. Des dérogations à cette continuité peuvent être mises en œuvre par les établissements organisant le service sanitaire dans le cadre d'un projet pédagogique particulier qui le nécessite.

L'analyse de la base de données du MESRI pour l'année universitaire 2018-2019 fait apparaître une hétérogénéité de la durée des actions déclarée par les étudiants selon la filière de formation : la moitié des étudiants en sciences infirmières ont déclaré une durée de plus de 20 demi-journées alors que près des 2/3 des étudiants en odontologie ont

déclaré réaliser leur action en moins d'une semaine. Bien qu'elles puissent refléter un biais de déclaration, ces différences, qui pourraient susciter un sentiment d'inégalités entre étudiants si elles étaient avérées, plaident en faveur du bien fondé de renforcer la dimension interprofessionnelle de la conduite des actions.

L'article 9 de l'arrêté de 2018 stipule que l'établissement d'inscription de l'étudiant désigne un référent pédagogique chargé de l'articulation des enseignements en lien avec les objectifs du service sanitaire et de l'organisation de l'action de prévention pour le suivi de la préparation, du déroulement de l'action et de son évaluation.

De fait, les enseignants responsables sont désignés par la direction de chaque établissement, il s'agit généralement d'enseignants de santé publique, de prévention ou en charge de l'éducation thérapeutique, parfois d'enseignants de nutrition ou d'addictologie. Plusieurs UFR ont fait appel à des professionnels de la prévention de la santé (IREPS, CREPS...) et parfois à des enseignants de sciences humaines et sociales. Cependant, les six filières ne semblent pas toutes disposer d'enseignants référents en santé publique.

La nécessité de mobiliser dans chaque région un important pool de formateurs

Elle est liée au nombre important d'étudiants concernés chaque année dans les six filières et au besoin d'organiser des enseignements par petits groupes pour la préparation des actions. Pour y parvenir et ce à « moyens constants », les UFR et instituts ont dû recourir au redéploiement d'un certain nombre de leurs personnels enseignants mais aussi faire appel à des non-enseignants disposant d'une certaine expérience en santé publique. A cet égard, la note du SGMAS renseigne sur les profils assez disparates de ces formateurs, tel qu'indiqués par les référents SSES des ARS : internes de santé publique, étudiants ressources ou ayant fait leur SSES l'année précédente, assistants spécialistes ou universitaires, enseignants d'IFSI formés en santé publique, intervenants extérieurs exerçant dans diverses structures : service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), planning familial, associations de prévention.

Si les disparités interrégionales d'organisation et d'offre pédagogique dans chaque filière sont avérées, elles ne semblent pas à même de menacer la pérennité du dispositif, qui est assurée par le Code de l'éducation, lequel a rendu la validation du SSES obligatoire pour l'obtention des diplômes concernés.

L'indispensable recours à des intervenants experts du champ de la prévention-promotion de la santé

Dans ce contexte, l'appui d'intervenants experts disposant à la fois d'un bagage solide en sciences sociales et/ou sciences de l'éducation et d'une expérience de terrain est indispensable. Les IREPS et les structures régionales d'appui à la prévention-promotion de la santé en région comptent dans leurs équipes des professionnels qui remplissent ces conditions. Il peut aussi s'agir d'enseignants-chercheurs en sciences humaines et sociales ou en sciences de l'éducation, membre d'une UFR ou d'un institut national supérieur du

professorat et de l'éducation (Inspe). Dans tous les cas, ces collaborations nouvelles ou renforcées constituent un enrichissement pour les équipes enseignantes et les étudiants du service sanitaire, les ouvrant sur une meilleure compréhension du champ de la promotion de la santé.

Les représentants de la FNES et de la fédération Addiction confirment que les personnels de leurs réseaux en région sont fréquemment sollicités dans le cadre du SSES. Leurs compétences en matière de prévention-promotion de la santé sont largement reconnues et leur sollicitation permet le cas échéant de consolider des partenariats universitaires préexistants. Dans certains cas, les responsables d'IREPS ont pu coanimer des commissions pédagogiques ou fournir un appui à la coordination.

La sensibilisation aux éléments de contexte des actions

Il est nécessaire de renforcer la sensibilisation des référents pédagogiques et des étudiants à l'importance de prendre en compte les éléments de contexte dans lequel s'inscrivent les actions du SSES. Lors de leur audition, les représentants de la DGESCO ont souligné le besoin de veiller à la cohérence entre les actions des étudiants en milieu scolaire et les dispositifs déjà en place dans les établissements scolaires. Dans quelques régions, des référents SSES au sein des rectorats ont réalisé à cet effet une présentation des dispositifs existant au sein de l'éducation nationale, au cours de temps de formation théorique ou de préparation de l'action.

3. Ressources documentaires

Des ressources multiples et disparates

Le Comité de pilotage national a souhaité laisser une totale autonomie aux organismes de formation pour le choix des ressources documentaires. Il en existe deux types : les ressources ayant trait aux concepts et connaissances théoriques et celles correspondant à des outils pouvant être utilisés dans la conduite des actions de prévention.

Santé publique France a ainsi mis à disposition des ressources sur un espace en ligne dédié¹⁸ ouvert en septembre 2018. Celui-ci comporte 3 rubriques :

- La première présente des repères théoriques et méthodologiques,
- La seconde propose des ressources pour les actions, outils susceptibles d'être utilisés par les étudiants,
- La troisième propose diverses ressources de référence, principalement destinées aux formateurs.

Plusieurs collèges nationaux d'enseignants de santé publique ont produit et partagé des ressources pédagogiques. Le collège national des chirurgiens-dentistes universitaires en

¹⁸ <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/service-sanitaire>

santé publique (CNCDUSP) a coordonné la rédaction par les UFR d'odontologie d'une quinzaine de fiches pédagogiques, accessibles sur son site et sur celui de Santé publique France. Soucieux d'assurer la cohérence avec les autres enseignements en santé publique du cursus, le collège universitaire des enseignants de santé publique en médecine (CUESP) a préparé un ouvrage portant sur les différents thèmes de l'éducation et la promotion de la santé, qu'il prévoit de mettre à disposition sur une plateforme informatique type SIDES (Système Inter-universitaire Dématérialisé d'Evaluation en Santé).

Certaines UFR et quelques instituts ont également créé leurs propres documents à destination des enseignants et étudiants. De même, certaines ARS ont élaboré des référentiels pour quelques actions de prévention. C'est le cas en Bourgogne Franche Comté et Normandie où il existe des référentiels concernant les addictions.

Les structures régionales du réseau de la FNES ont mis à disposition de nombreuses ressources en mobilisant leur centre de documentation et/ou en créant des espaces dédiés au SSES sur leur site internet¹⁹. A cet effet, plusieurs d'entre elles ont sélectionné dans leurs fonds documentaires certains outils, adaptés aux thèmes prioritaires du service sanitaire et aux publics rencontrés durant les actions, choisis pour leur facilité d'utilisation par les étudiants et ne nécessitant qu'une courte durée d'appropriation. Certaines structures ont élaboré en région des ressources spécifiques pour le SSES, sous forme de référentiels, guides pratiques²⁰, dossier documentaire²¹. La Fédération Addiction et ses membres ont également participé à l'élaboration de nouvelles fiches thématiques ou générales.

Des difficultés d'appropriation et une utilisation réelle non évaluée

L'abondance des ressources crée des difficultés de repérage, de choix et d'appropriation pour les étudiants et les équipes enseignantes concernées. Leur utilisation effective s'avère difficile à évaluer. Les étudiants se déclarent insuffisamment informés sur les plateformes et outils disponibles et sur leur intérêt respectif. Le temps de formation théorique ne semble réserver que peu de temps à la présentation de ces ressources. Ce manque d'information et de lisibilité concerne également l'espace créé sur la plateforme nationale Santé Publique France.

Si la diversité des ressources documentaires semble appréciée des étudiants, elle s'accompagne de difficultés d'extraction des informations pertinentes et de repérage des outils adaptés à l'action à mener et au public rencontré. Les documents semblent nécessiter un travail d'appropriation conséquent, fréquemment hors de portée des étudiants s'ils ne bénéficient pas d'un accompagnement à cette fin. L'abondant corpus documentaire proposé par Santé Publique France paraît en particulier poser ce genre de difficultés. Les

¹⁹ <http://www.cres-paca.org/r/182/service-sanitaire/>

²⁰ « Guide pratique SESS Service sanitaire des étudiants en santé », « Mon service sanitaire » ;

²¹ « Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes (ou presque) »

ressources mises à disposition en région par les IREPS et structures similaires sont ressenties comme plus adaptées à la transmission, à l'éducation et à la promotion de la santé et seraient à ce titre d'avantage utilisées par les étudiants.

Le besoin d'approfondir la réflexion pédagogique pour une meilleure sélection et adaptation des ressources

Selon l'opinion des parties prenantes auditionnées, le corpus documentaire actuellement disponible est à la fois trop abondant et insuffisamment adapté aux particularités du SSES. Face à la multiplicité de ressources et supports, se pose la question d'une meilleure organisation des plateformes de documentation, d'une indexation et d'une hiérarchisation des nombreuses ressources. Quelques personnes auditionnées ont souligné l'intérêt d'une mutualisation et de la création d'une « **banque commune d'outils** », permettant une forme d'uniformisation des ressources au niveau national. Cet avis n'est cependant pas consensuel, certains enseignants soulignant que la diversité des sources est aussi une richesse et plaidant pour une autonomie pédagogique dans la création de supports et pour la liberté de choix et d'utilisation par les étudiants.

Il est également noté que la plupart des ressources n'ont pas été conçues spécifiquement pour le SSES et que certaines d'entre elles ne sont que peu adaptées ou adaptables aux particularités du dispositif.

Au total il ressort le besoin d'organiser au niveau national une réflexion pédagogique collégiale sur cette question, associant en particulier les collèges d'enseignants des différentes filières, Santé Publique France, la FNES et son réseau. Les enjeux ici sont de revisiter la pertinence et l'adaptation des ressources proposées, de définir et de proposer des modalités d'accompagnement des formateurs et étudiants pour leur usage.

4. Mise en œuvre de l'interprofessionnalité

Une démarche qui s'inscrit dans les évolutions en cours dans le système de soins et l'enseignement supérieur en santé

L'interprofessionnalité est un enjeu important du dispositif. Elle permet en effet de valoriser les savoirs et compétences spécifiques de chaque filière de formation, de donner du sens à la démarche projet en contribuant à réduire les stéréotypes de représentation professionnelle au sein des différentes filières. En plus d'un socle commun de formation, l'objectif est aussi de faire apprendre ensemble des étudiants dont l'avenir professionnel sera de travailler de plus en plus conjointement dans le système de soins.

Du point de vue de l'organisation de l'enseignement supérieur, le SSES s'inscrit dans le mouvement d'universitarisation des formations de santé, qui rapproche les formations paramédicales de l'université pour constituer de grands pôles de formations thématiques. On peut citer par exemple l'émergence de pôles universitaires de rééducation, regroupant autour de formations communes les futurs professionnels de ce champ, qu'ils soient infirmiers, kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes etc..

Une montée en charge progressive qui nécessite un important travail de coordination pédagogique

Faciliter la mise en œuvre de l'interprofessionnalité et de la pluridisciplinarité du SSES est une des missions assignées aux comités stratégiques régionaux et en particulier aux ARS. A cet égard, la note de synthèse du SGMAS indique que la montée en charge de l'interprofessionnalité lors de la 1^o année du SSES a été assez modérée et s'est concrétisée à des degrés variables en région, sous forme d'enseignements communs et par la constitution d'équipes pluriprofessionnelles d'étudiants pour les actions de terrain. Selon cette note, peu de régions ont atteint la 1^o année un taux de réalisation élevée et des variations ont été rapportées à l'intérieur des grandes régions entre subdivisions ou académies : 100% de réalisation en Franche-Comté versus 65% en Bourgogne ; en Normandie, 100% de réalisation pour la formation théorique et 91 et 75% de réalisation pour la composition des groupes d'étudiants, respectivement dans les académies de Rouen et Caen.

Dans les faits, l'interprofessionnalité peut se décliner de façon variable : cours réunissant plusieurs filières dans un même amphithéâtre, plateforme commune de cours enregistrés, réalisation de visioconférences pour des cours ou des échanges entre étudiants, sanctuarisation d'une semaine commune à différentes filières pour la réalisation des actions sur le terrain. Pour les parties prenantes rencontrées, l'interprofessionnalité ne doit pas se limiter à la simple mutualisation de supports ou d'outils pédagogiques (plateformes documentaires ou diaporamas en ligne, e-learning) ou au seul regroupement d'étudiants dans un même amphithéâtre. Elle ne représente une plus-value pédagogique réelle que si certaines conditions sont remplies, à savoir un travail pédagogique inter-filière permettant une véritable co-construction des formations et des temps communs d'apprentissage et de préparation des actions entre étudiants de différentes filières.

La dynamique incitant les étudiants à prendre contact avec leurs homologues d'autres filières doit être amorcée. L'engagement des étudiants dans cette dynamique pourrait dépendre du niveau des contraintes imposées par leur propre cursus et de la priorité accordée au SSES. Cette problématique semble concerner particulièrement les enseignants et étudiants de la filière maïeutique.

Des difficultés d'organisation pratique et de mise en œuvre, en particulier pour certains étudiants en Soins Infirmiers

L'organisation pratique des enseignements et activités en interprofessionnalité représente la principale difficulté signalée par les parties prenantes auditionnées. Elle peut être source de complexités parfois insurmontables dans l'alignement des plannings et la gestion d'emplois du temps déjà très chargés pour dégager des temps de formation communs aux étudiants de filières différentes. De même beaucoup de souplesse et d'adaptabilité sont nécessaires pour réserver des temps en équipe pluriprofessionnelle pour la préparation, la réalisation et l'évaluation des actions.

Dans la base OSCARS service sanitaire, seul un tiers des 13567 actions renseignées étaient pluriprofessionnelles, c'est-à-dire associaient des étudiants provenant d'au moins 2 filières différentes et s'impliquant dans une même action. Compte tenu du déséquilibre des effectifs, la proportion d'équipes pluriprofessionnelles varie entre filières : sur les 10649 actions recensées pour la filière sciences infirmières, 30% étaient pluriprofessionnelles. En revanche, la proportion d'actions pluriprofessionnelles renseignées par les étudiants était de 87% pour les étudiants de pharmacie et de kinésithérapie, de 84% pour les étudiants de maïeutique, de 80% pour les étudiants en médecine et de 62% pour les étudiants d'odontologie. Plusieurs représentants nationaux de filières rencontrés par le HCSP, se basant sur les retours de leurs réseaux respectifs, ont confirmé l'inégalité entre filières de la mise en œuvre de l'interprofessionnalité.

Le poids des configurations territoriales et l'importance du positionnement des acteurs

La superficie de la région et le lieu d'implantation des organismes de formation conditionnent aussi la plus ou moins grande facilité à assurer l'interprofessionnalité des formations et des actions. Le maillage de collaborations entre Universités et Instituts de formation et entre équipes enseignantes semble à géométrie variable selon les territoires. Le maillage observé semble relever de différents facteurs tels que la taille de la région, le nombre d'Universités et d'Instituts de formation. Dans sa note de synthèse, le SGMAS signale que la mise en œuvre de l'interprofessionnalité s'avère parfois impossible ou très difficile dans quelques régions de petite taille, qui ne disposent pas de toutes les filières de formation.

L'aménagement territorial en termes d'offre en UFR de santé et de répartition des instituts de formation en soins infirmiers et en kinésithérapie conditionne ainsi les possibilités d'assurer une formation interprofessionnelle pour tous les étudiants. Pour leurs représentants auditionnés, l'isolement géographique de certains instituts représente un obstacle certain pour leur participation aux formations et aux équipes pluriprofessionnelles et les contraint à organiser un service sanitaire « mono-filière ». A contrario, l'affiliation des instituts à des départements universitaires facilite cette participation.

Le positionnement de certains acteurs et équipes peut aussi être ambivalent, entre situation de coopération et/ou de concurrence ressentie entre filières. Selon le degré d'avancement et les modalités envisagées pour l'universitarisation des formations en santé, la mise en œuvre de l'interprofessionnalité peut susciter craintes et résistance au changement et induire des situations de concurrence entre organismes de formation. Dans certaines UFR, l'interprofessionnalité ne fait l'unanimité en raison d'un sentiment encore présent de supériorité des professions médicales par rapport aux formations paramédicales. Ce ressenti peut aussi être partagé dans certains cas par les étudiants eux-mêmes.

Une démarche cependant soutenue par la grande majorité des étudiants

D'après leurs représentants auditionnés, l'interprofessionnalité est fortement plébiscitée par les étudiants. Ils ressentent de façon très positive la possibilité de mutualiser les

connaissances et expériences acquises au sein de leurs différents cursus. De plus le SSES permet aux étudiants de prendre conscience de la complémentarité des compétences chaque filière et de découvrir le travail en mode projet, expériences considérées comme importantes pour leur futur exercice professionnel. Les étudiants témoignent d'un enrichissement mutuel, par la découverte de la qualité et du niveau de connaissances et compétences acquises par les étudiants des autres formations, qui les amène à considérer chaque filière de façon plus équilibrée et moins hiérarchique.

5. Liens avec les enseignements préexistants

Le SSES semble s'articuler de façon assez variable avec les enseignements de prévention préexistants dans les cursus. La plupart des cursus proposaient déjà des enseignements de santé publique ou de prévention, qui pouvaient cependant porter sur d'autres priorités et thématiques que celles incluses dans le SSES. Les référents et les équipes pédagogiques semblent généralement peu familiarisés avec la formation à la démarche projet et à la pratique d'actions de prévention sur le terrain.

Formation en sciences infirmières

Le programme de formation des IFSI comprenait déjà des actions de santé publique dans des unités d'enseignement (UE Santé Publique et UE d'éducation à la santé) et des modules optionnels assez proches des contenus du SSES. Dans ce cadre, les étudiants travaillaient sur la méthodologie et la planification de projets de santé publique, conduisant à une réalisation sur le terrain, incluse si possible dans l'emploi du temps des étudiants, ou à défaut menée en tant que bénévoles. Ce précédent a contribué à faciliter la mise en place du SSES dans la plupart des IFSI, qui disposaient ainsi de ressources pédagogiques préexistantes, qu'il a fallu néanmoins adapter au nouveau dispositif. D'autres actions menées précédemment, telles que la participation à des journées mondiales SIDA, ont dû être interrompues au profit d'actions correspondant aux thématiques du SSES. Des difficultés ont pu aussi exister dans l'esprit de certains étudiants pour distinguer les démarches de prévention primaire visées par le SSES de celles de l'éducation thérapeutique, associées aux soins.

Formation en sciences maïeutiques

Dans la plupart des départements ou écoles, existaient déjà dans le cursus de 2^o cycle des actions de santé publique et prévention primaire intégrées au cursus, portant généralement sur la vie affective et sexuelle et destinées à des publics scolaires de collèges et lycées. Les écoles et départements de maïeutique disposaient ainsi de partenariats préexistants avec certains établissements, les étudiants intervenant sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la sexualité adolescente et le bon usage de la contraception, sous la responsabilité d'enseignants formés à l'éducation à la santé. L'organisation du SSES a pu être facilitée par ces collaborations préexistantes

L'arrivée du SSES a généralement conduit les écoles et départements de maïeutique à collaborer avec les UFR de médecine, pour partager l'organisation de la formation et des actions, qui ont été placées soit en dernière année de premier cycle, soit en deuxième cycle.

Formation en masso-kinésithérapie

Si les programmes de formation comportaient déjà la conduite de projets par les étudiants, avec parfois une réalisation d'actions de prévention primaire ou secondaire, il n'existait généralement pas d'enseignements de santé publique adaptés. La mise en place du SSES a induit un travail collaboratif avec les autres filières.

Formation en sciences pharmaceutiques

La maquette de formation comportait déjà des unités d'enseignement de santé publique et système de santé. Cela a facilité la labellisation d'une partie de la formation théorique du SSES dans le cadre des unités d'enseignement existantes. La formation à la démarche projet existait également dans les études de pharmacie, en particulier dans les parcours professionnalisants du 2ème cycle. La dimension d'interprofessionnalité représente quant à elle une innovation appréciable et une plus-value du SSES, en particulier pour la conduite des actions.

La filière a choisi de placer la plage dédiée aux actions du SSES en 5ème année, au cours de la période de stage hospitalo-universitaire, pour ne pas induire la suppression de certains enseignements dans la maquette de formation. Ce choix a paru cohérent avec le mouvement qui s'opère dans de nombreux CHU pour développer des missions de prévention.

Formation en sciences odontologiques

En odontologie, l'enseignement en santé publique est présent dans l'ensemble du cursus, de la 2ème à la 6ème année, mais la progression pédagogique n'était pas adaptée aux objectifs du SSES. Une refonte de l'enseignement de santé publique a été nécessaire pour que les notions théoriques utiles pour la mise en œuvre du SSES soit dispensées avant que les étudiants conduisent les actions sur le terrain. La conduite d'actions de prévention faisait déjà partie du cursus et ces actions ont été généralement maintenues. Elles concernent principalement des étudiants de 5ème et 6ème année. En dernière année d'odontologie, un stage de prévention est organisé avec une dimension communautaire intégrant une réflexion sur la façon de répondre aux besoins d'un collectif de personnes. Dans ce cadre, les enseignements en santé publique abordent les outils de prévention collective en odontologie, comme la question des fluorures. Le SSES a permis d'anticiper la conduite d'actions de prévention par des étudiants moins avancés dans leur cursus.

Formation en sciences médicales

Dans les études médicales de 1° et 2° cycles, la place dédiée à l'enseignement de la santé publique et de la prévention reste succincte. Face aux nombreuses disciplines

fondamentales et cliniques et à l'étendue des programmes, il est difficile aux enseignants de santé publique de convaincre les instances universitaires de l'importance du champ de la prévention et de promotion de la santé et d'obtenir suffisamment d'heures pour former les étudiants dans ces domaines. Dans plusieurs UFR une part des enseignements de santé publique ou de prévention existants ont été intégrés dans la formation théorique du SSES. La mise en œuvre d'une démarche projet et la conduite d'actions de prévention primaire n'existaient pas dans le tronc commun de formation des étudiants en médecine et représentent à ce titre des innovations pédagogiques intéressantes.

6. Formation à la prévention-promotion de la santé et à la communication en santé

Un enjeu crucial du SSES

La conduite d'actions de prévention nécessite une formation adaptée qui ne se résume pas aux seules connaissances physiopathologiques concernant les déterminants individuels de la santé, souvent assez bien connues des étudiants du SSES. Les cursus d'enseignement dispensés au cours des premières années d'étude ne préparent pas ou très peu les étudiants à aborder la complexité de la problématique de la promotion des comportements favorables et des modes pertinents d'intervention.

Le HCSP tient à rappeler que l'adoption de comportements favorables à la santé ne relève pas d'une approche naïve, consistant à se contenter de transférer des informations sur des pratiques recommandées ou sur les risques. L'action en prévention et promotion de la santé requiert des compétences professionnelles spécifiques, qui nécessitent en particulier l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être.

Des notions jusque-là peu abordées dans la plupart des cursus

Avant le démarrage du SSES, les formations à la prévention-promotion de la santé et à la communication en santé étaient généralement absentes ou succinctes dans les enseignements de tronc commun de la plupart des filières. Seuls certains cursus de kinésithérapie et de pharmacie proposaient des séances d'exercices de simulation dans ce champ.

De fait, la plupart des Universités et des Instituts ne disposent pas ou très peu en interne d'enseignants ayant une expertise dans ces champs et manquent de ressources pédagogiques en matière de conduite d'actions de prévention sur le terrain.

Le recours nécessaire à des intervenants extérieurs aux UFR de santé et aux instituts

A ce titre, de nombreuses équipes pédagogiques ont été amenées à faire appel à des universitaires en sciences humaines et sociales ou en sciences de l'éducation ou à des praticiens de la prévention-promotion de la santé en région, en particulier aux professionnels des IREPS. Dans d'assez nombreuses régions, ces professionnels interviennent dans le cadre du SSES, au cours de la formation théorique et/ou en animant des sessions de formation de formateurs, destinés aux référents pédagogiques du SSES

et/ou référents de proximité. Ces interventions sont généralement très appréciées par les responsables pédagogiques du SSES. Reste cependant posée la question du financement de ces intervenants extérieurs et l'absence de financement fléché a pu compromettre la pérennisation de leur précieuse contribution.

Un point faible du SSES qui devra être amélioré

Selon l'avis des parties prenantes rencontrées, la formation à la prévention-promotion de la santé et à la communication en santé restent lacunaires dans les contenus proposés dans le cadre du SSES. Il n'y a en particulier pas ou peu de travaux dirigés proposés aux étudiants sur le thème de la communication et la posture éducative. En conséquence, faute de formation suffisante dans ce domaine, les étudiants ne se considèrent pas suffisamment préparés pour transmettre un discours adapté au public concerné.

Ce point est particulièrement ressorti des 2 études qualitatives exploratoires réalisées par la plateforme Cassiopée-ISPED. Au cours des entretiens menés en Nouvelle Aquitaine, plusieurs formateurs ont reconnu que la formation proposée ne pouvait pas correspondre aux objectifs pédagogiques du programme officiel ni répondre aux objectifs du SSES. Pour les auteurs de ces études, ces objectifs pédagogiques sont trop ambitieux, ils font référence à des niveaux de formation supérieurs à ce qu'il est possible d'atteindre dans les conditions du SSES. Ils s'inspirent en effet de référentiels internationaux sur la prévention et la promotion de la santé, tel le référentiel européen CompHP²² produit par l'Union Internationale d'éducation et de promotion de la santé, qui s'appliquent à des formations de niveau master, correspondant à environ 1200 heures d'enseignement.

Le renforcement des capacités de formation des étudiants aux démarches de promotion de la santé et de communication paraît indispensable pour assurer un niveau de qualité suffisant aux interventions qu'ils conduisent auprès des publics.

7. Formation à la démarche projet

Le travail « en mode projet » : une innovation pédagogique appréciée des étudiants

La formation à la démarche projet était également absente de la plupart des cursus. Pour les étudiants en soins infirmiers et en kinésithérapie déjà familiarisés avec ce type de démarche, le SSES offre la plus-value d'une approche en équipe pluriprofessionnelle. D'une façon générale, les étudiants apprécient le travail en mode projet, qui leur confère une capacité d'initiative et leur offre une occasion valorisante d'autonomie et de travail en

²²https://www.promosante-idf.fr/sites/default/files/le_manuel_comphp_des_references_professionnelles_pour_la_promotion_de_la_sante_0.pdf

équipe. Ils se déclarent globalement convaincus de l'utilité de cette formation pour leur future pratique professionnelle

De la même manière, les ressources pédagogiques à l'intérieur des UFR santé s'avèrent restreintes pour former les étudiants dans ce domaine et la contribution des IREPS est également déterminante. Quelques ARS ont pu organiser des accompagnements et mettre à disposition des référentiels pour renforcer les ressources régionales. Dans une région, deux jours de formation consacrés à la démarche projet et à la communication ont été organisés pour l'ensemble des étudiants en médecine, pharmacie et soins infirmiers, avec des temps de travail par groupe d'une vingtaine de personnes. Le renouvellement de ces interventions extérieures est incertain, en l'absence d'assurance de financement pérenne.

L'étude de Nouvelle Aquitaine considère que le programme pédagogique qui a été proposé dans la région sur ce thème est très précis mais s'avère inadapté aux profils des étudiants et à la capacité qui leur est donnée de pouvoir le mettre en pratique : dans un certain nombre de cas, les notions abordées relèvent des fonctions de chef de projet, alors que les fonctions mises en œuvre au cours des actions relèvent d'une simple animation d'intervention.

8. Modalités de validation du service sanitaire

Un cadre réglementaire qui laisse une marge de manœuvre importante aux établissements d'enseignement

Ces modalités relèvent de règles fixées par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, comme l'indique le décret de 2018 : « le service sanitaire est organisé au sein de chaque formation sous la forme d'une ou plusieurs unités d'enseignement composées de temps de formation théorique et pratique et donne lieu à validation et à attribution de crédits européens ». L'article 5 de l'arrêté de 2018 précise que des crédits d'enseignement sont acquis lors de la réalisation de chacune des phases du service sanitaire (formation théorique, préparation, réalisation et évaluation de l'action) et sont inclus dans les unités d'enseignement existantes de chaque formation, sans en augmenter le nombre. L'annexe I de l'arrêté liste pour chaque filière les différentes unités d'enseignement qui peuvent contribuer à la validation du service sanitaire.

L'article 6 de l'arrêté fixe le principe général de la validation du SSES (encadré). Le texte précise que cette validation nécessite que l'étudiant ait acquis les crédits d'enseignement et ait validé l'action concrète de prévention, la validation de cette action nécessitant l'avis du responsable de la structure d'accueil et un justificatif délivré par ce responsable.

Article 6 de l'arrêté de juin 2018 : Principe général de validation du SSES

La validation du service sanitaire est obtenue par l'étudiant lorsque celui-ci a acquis et capitalisé l'ensemble des crédits d'enseignement issus des différentes unités d'enseignement concernées conformément à l'annexe I et validé l'action concrète de prévention, l'ensemble constituant le service sanitaire. Elle donne lieu à la délivrance d'une attestation.

La validation de l'action de prévention est effectuée par l'établissement d'inscription de l'étudiant après avis du responsable de la structure d'accueil dans laquelle l'action a été réalisée. Un justificatif qui précise le lieu où l'action concrète de prévention a été effectuée ainsi que sa date de réalisation, la thématique développée et les publics rencontrés lors de cette action, est délivré par le responsable de la structure d'accueil.

Il résulte de ces dispositions d'importantes disparités entre régions et filières dans les modes de validation du SSES par les étudiants, disparités qui ont été soulignées par de nombreux acteurs rencontrés. Chaque filière et, à l'intérieur de chaque filière, chaque établissement dispose d'une marge de manœuvre importante dans le choix de l'unité d'enseignement et dans le nombre de crédits attribués au SSES. De même, les modalités d'obtention des crédits varient selon les établissements : la partie théorique peut être validée par un contrôle des connaissances ou par la simple présence et la partie pratique peut l'être par un seul justificatif de la structure d'accueil, par un exposé oral ou par une remise de différents livrables ou d'un mémoire.

D'après les témoignages exprimés lors des auditions, il ne semble pas y avoir de règles claires en cas de non-validation du SSES, aucun dispositif structuré de rattrapage ou de seconde session ne semble avoir été observé au cours de la 1^o année du SSES.

Des disparités de modalités de validation entre filières mal comprises des étudiants

Des modalités de validation différentes selon la filière peuvent s'appliquer aux étudiants d'une même équipe interprofessionnelle ayant suivi les mêmes sessions d'enseignement. Cela représente une source d'incompréhension pour certains enseignants ou accompagnateurs référents et pour les étudiants, avec un sentiment d'injustice et une impression d'être soumis à des règles inéquitables.

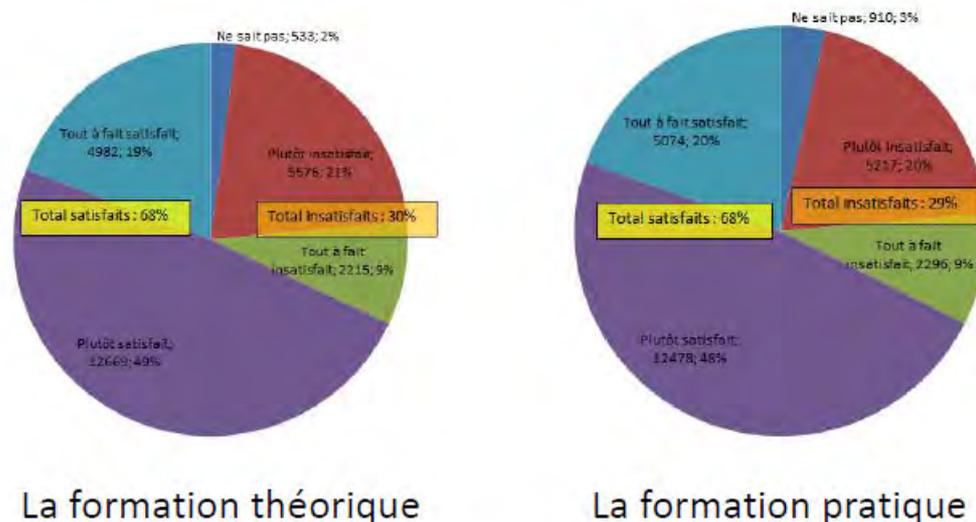
Pour surmonter ces difficultés, plusieurs acteurs rencontrés plaident pour qu'une démarche d'harmonisation et de mise en cohérence des modalités de validation du SSES soit conduite au sein des comités régionaux en charge de la pédagogie.

9. Avis des étudiants sur la formation reçue

En 2019, plus des 2 tiers des étudiants ayant complété le questionnaire du MESRI se sont déclarés satisfaits des formations théorique et pratique dispensées (Figure 4). Le pourcentage d'étudiants satisfait varie légèrement selon la filière, il paraît un plus élevé

chez les étudiants en soins infirmiers et en odontologie et un plus faible chez les étudiants en médecine, en kinésithérapie et en pharmacie.

Figure 4 Satisfaction des étudiants des étudiants vis-à-vis de la formation dispensée au cours du SSES (données MESRI 2018-2019)



10. Conclusion et recommandations

Le SSES a suscité une forte mobilisation des Universités, Ecoles et Instituts de formation des étudiants en santé, avec une demande de souplesse dans les modalités de mise en œuvre.

L'ingénierie pédagogique s'est avérée chronophage et complexe. La complexité est liée à la dimension interprofessionnelle, aux contraintes pédagogiques et de planning de chaque cursus, à la nécessité d'aménager les emplois du temps et les programmes déjà très chargés. La mise en place du SSES dans les structures étant réalisée à moyens constants, elle a nécessité d'affecter des missions supplémentaires à des personnels enseignants et administratifs.

L'interprofessionnalité est un des enjeux du dispositif, elle est fortement plébiscitée par les étudiants. L'aménagement territorial en termes de répartition des UFR de santé et instituts de formation en soins infirmiers et en kinésithérapie conditionne les possibilités d'assurer une formation interprofessionnelle pour tous les étudiants. L'interprofessionnalité peut s'avérer hors de portée pour certains instituts éloignés des villes universitaires, les contraignant à organiser un service sanitaire « mono-filière ».

L'abondance des ressources documentaires disponibles crée des difficultés de repérage et d'appropriation pour les étudiants et les équipes enseignantes. Il existe un besoin de coordination, de simplification et de mutualisation des ressources, qui relève d'un travail intra et inter-filières, à conduire également avec les opérateurs nationaux de prévention-promotion de la santé.

La capacité de formation aux méthodes d'intervention et de communication en prévention-promotion de la santé est ressentie généralement comme insuffisante et cette carence semble handicaper les étudiants pour la mise en œuvre de leurs actions. Le renforcement de cette capacité est indispensable pour assurer un niveau de qualité suffisant aux actions conduites auprès des publics. Il nécessite une stratégie de mise en œuvre et des ressources dédiées pour financer des prestations d'intervenants extérieurs aux établissements d'enseignements.

Recommandations aux équipes de direction des UFR, écoles et instituts

- C1** Assurer dans chaque établissement un effectif suffisant d'enseignants et de personnels administratifs pour la formation et le suivi des étudiants du service sanitaire.
-
- C2** Soutenir l'engagement des équipes pédagogiques, en encourageant l'interprofessionnalité, la co-construction de la formation, l'apprentissage en commun et le partage entre équipes enseignantes de retours d'expériences et de solutions pédagogiques innovantes.
-
- C3** Promouvoir une organisation permettant d'éviter l'isolement pédagogique des Instituts éloignés des villes universitaires.
-
- C4** Renforcer les capacités des équipes à former les étudiants aux méthodes d'intervention et de communication en prévention-promotion de la santé, en s'appuyant sur les ressources et le savoir-faire des praticiens de la prévention-promotion de la santé et/ou des équipes universitaires de sciences humaines ou sciences de l'éducation en région.
-
- C5** Faciliter l'usage de règles et d'outils communs aux différentes filières pour l'évaluation des connaissances et compétences et le recueil de la satisfaction des étudiants.

D. Mise en œuvre des actions de service sanitaire

1. Cadre administratif

Des conventions personnalisées à établir par les établissements de formation

L'article 8 de l'arrêté du 12 juin 2018 précise que les lieux où sont réalisées les actions du service sanitaire sont identifiés par la signature d'une convention entre le responsable de l'organisme où l'action de prévention est réalisée, le responsable de l'établissement d'inscription de l'étudiant et l'étudiant lui-même. Un modèle de convention est joint en annexe de l'arrêté. L'instruction interministérielle de novembre 2020 indique qu'une convention commune peut être établie pour les étudiants intervenant ensemble pour

réaliser l'action. Elle précise également que la responsabilité de réunir les trois signatures incombe aux établissements et qu'il faut veiller à ne pas faire la faire porter sur les étudiants.

Une organisation doit ainsi exister dans chaque établissement pour identifier les lieux d'action attribués et leurs représentants et pour préparer des conventions personnalisées. Le circuit administratif à mettre en place à cette fin est décrit comme complexe, en particulier en raison du caractère pluriprofessionnel du SSES. Les tâches des services administratifs et de scolarité s'en trouvent alourdies, sans que les établissements disposent de moyens supplémentaires. Pour réduire ces contraintes administratives, certains IFSI ont mis en place un système de convention par groupes d'étudiants, en déléguant la signature de ces conventions à un groupement de coopération sanitaire.

La question de la soutenabilité de ce circuit administratif se pose, en particulier dans les UFR Santé, dont les services administratifs sont très sollicités par la mise en place de nombreuses réformes concernant la première année d'étude, le second cycle et l'accès à l'internat des étudiants de 3^e cycle et par le mouvement en cours d'universitarisation des formations paramédicales.

La lourdeur administrative du circuit des conventions est ressentie par les étudiants, qui rapportent devoir fréquemment s'y impliquer pour le faire aboutir. De leur point de vue, l'existence d'une personne référente identifiable dans l'équipe administrative de l'établissement est un élément facilitateur.

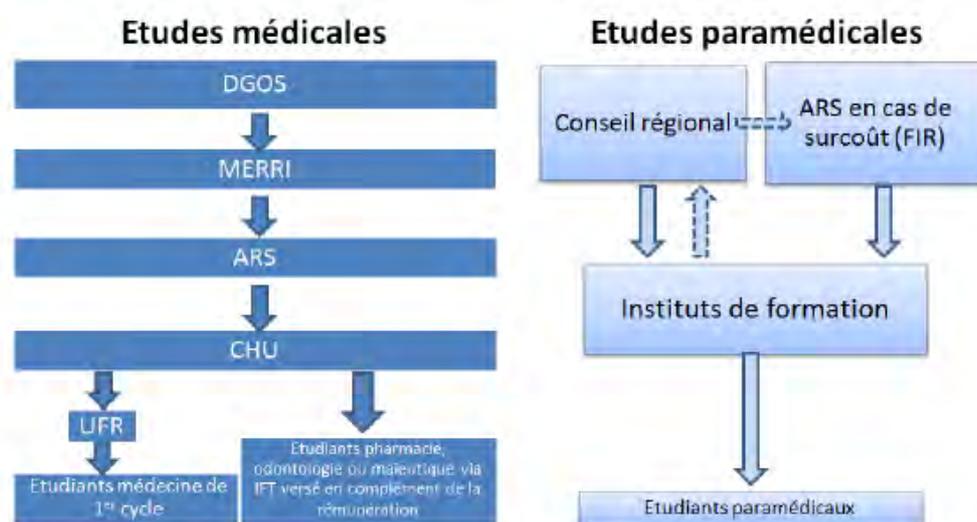
2. Prise en charge des frais des étudiants

Financement des frais de déplacement

Du point de vue réglementaire, le décret de 2018 pose le principe de l'attribution d'une indemnité pour les étudiants en santé, dans les conditions et modalités prévues par les dispositions réglementaires relatives à l'accomplissement de leurs actions de formation. Pour les étudiants inscrits en 1^e cycle des études médicales était prévu le versement par l'université d'une indemnité forfaitaire de transport dont le montant (130€ bruts) et le mode de financement (crédits d'assurance maladie sur justificatif de versement) ont été précisés par l'arrêté de 2018.

L'annexe 4 de l'instruction de 2018 a détaillé les circuits de financement s'appliquant aux différentes filières (figure), avec les financeurs (Conseil Régional et/ou ARS) et les sources de crédits (MERRI, FIR). L'annexe indique différents éléments restrictifs : pour les filières paramédicales, financement par le FIR des seuls surcoûts liés aux frais de déplacement engagés dans le cadre des actions réalisées en zone difficile d'accès ou éloignée, ces surcoûts devant être justifiés dans un document administratif idoine ; pour les étudiants des filières médicales, l'indemnité est accordée si le lieu de l'action est à plus de 15 kms de l'UFR, les sommes avancées par les UFR leur étant remboursées sur présentation de justificatifs.

Figure 5 Circuit de financement des frais de déplacement (annexe 4 de l'instruction de 2018)



La complexité de ce circuit, la diversité des financeurs et des fonds à mobiliser, le nombre d'organismes à informer et solliciter (ARS, Conseil régional, CHU, Instituts, UFR), les différentes pièces justificatives à fournir ont généré lors de la première année de SSES des difficultés nombreuses, un surcroît de travail administratif et in fine de très fréquents retards de remboursement des frais engagés par les étudiants.

Des restes à charge fréquents et qui peuvent être importants

La note de synthèse du SGMAS rapporte différents exemples des difficultés induites par le dispositif initial de financement des frais de déplacement du SSES : indécision concernant les circuits, avec un risque élevé de blocage dans les régions où le conseil régional refuse de passer convention avec l'ARS, rigidité du système pouvant conduire dans certains cas à la non réalisation de actions sur le terrain suite à l'absence de prise en charge des frais par le CHU, lourdeur du traitement administratif des justificatifs correspondant dans certaines UFR à un équivalent temps plein de secrétariat. Parmi les difficultés liées aux questions de financement, la note évoque le problème de la non prise en compte des frais pédagogiques engendrés par le SSES. La question du possible reste à charge des étudiants est également abordée dans la note : une ARS a estimé son montant à 65000€ pour l'ensemble des étudiants de la région.

Le constat dressé dans la note du SGMAS est largement corroboré par les témoignages des parties prenantes rencontrées en audition par le HCSP. Outre la lourdeur administrative imposée aux services de scolarité sont rapportés : la difficulté à chiffrer les coûts réels induits par les déplacements, selon le mode de transport, la pratique d'un covoiturage ; les retards importants, pouvant atteindre un an, subis par les étudiants pour recevoir

l'indemnité qui les contraignent à une avance de frais. Le réseau du comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) a répertorié les différents « coûts cachés » du service sanitaire, dont certains peuvent peser sur les étudiants, comme l'achat de petit matériel ou la location de mallettes pédagogiques. La différence des règles et circuits de remboursement entre filières est aussi considérée comme génératrice d'inégalités de traitement qui sont mal comprises des étudiants, en particulier lorsqu'elles affectent les membres de la même équipe interprofessionnelle sur le terrain.

Des règles d'indemnisation modifiées par les textes réglementaires parus en 2020

Les arrêtés de juin et décembre 2020 ont supprimé l'indemnité forfaitaire des frais de déplacement, la remplaçant par un remboursement aux frais réels sur justificatif, le principe étant applicable à partir de la rentrée 2020.

L'instruction interministérielle de 2020 souligne que la réussite du service sanitaire impose qu'aucun frais ne reste à charge des étudiants. Elle invite les établissements de formation à inciter les établissements et organismes d'accueil à prendre en charge a minima les frais de restauration et le cas échéant les frais d'hébergement des étudiants, dans le cadre des avantages sociaux inscrits dans la convention entre les parties. Elle indique également que le matériel pédagogique doit être fourni à titre gracieux à l'étudiant par l'établissement de formation ou par l'établissement d'accueil, la répartition étant mentionnée dans la convention. Plusieurs précisions sur la prise en charge des frais de transport sont indiquées en annexe, concernant la nature des justificatifs à fournir par l'étudiant, les modalités de mise en œuvre et le délai maximal de 2 mois à respecter pour le remboursement de ces frais.

3. Accompagnement pédagogique des étudiants

La nécessité d'une formation et d'un accompagnement adapté des étudiants

La formation nécessaire à la conduite d'actions de prévention-promotion de la santé ne se résume pas à la seule acquisition de connaissances physiopathologiques concernant les déterminants individuels de la santé, qui peuvent être assez bien connus des étudiants du service sanitaire. Ainsi les cursus d'enseignement dispensés au cours des premières années d'étude ne préparent pas ou très peu les étudiants à aborder la complexité de la problématique de la promotion des comportements favorables et des modes pertinents d'intervention.

Le temps de formation théorique inclus dans le service sanitaire doit impérativement aborder ces questions. Ce temps de formation, s'il existe, ne dispense pas d'exercer une supervision des étudiants lors de la phase de préparation et sur les lieux d'actions, car les compétences à mobiliser pour induire un changement de comportement sont trop nombreuses et complexes pour qu'ils les maîtrisent pleinement. Le caractère sensible et intime de certaines thématiques, comme la santé sexuelle ou les addictions par exemple, nécessitent une formation et une prise de recul qui paraît hors de portée de la plupart des

étudiants. Cette prise de conscience a amené certaines régions à différer les actions abordant ces thématiques.

Un accompagnement difficile à assurer en pratique

Le grand nombre d'équipes d'étudiants constituées en région, lié aux effectifs des promotions concernées par le SSES, provoque de réelles difficultés logistiques et d'encadrement.

Selon les personnes auditionnées, la qualité de l'accompagnement des étudiants s'avère hétérogène selon les établissements de formation ou les lieux d'accueil. Dans certaines UFR l'accompagnement ne repose que sur des enseignants de santé publique, qui sont peu nombreux. Selon la conférence des directeurs d'UFR d'odontologie, le temps nécessaire représenterait 170 heures par an et par enseignant, en considérant la recherche du terrain, les contacts et échanges avec les organismes d'accueil et les référents de proximité et l'accompagnement spécifique de chaque groupe.

Que les équipes d'étudiants soient ou non pluriprofessionnelles, il est nécessaire qu'elles aient chacune un référent pédagogique. Ces derniers doivent être en mesure de s'assurer que les actions sont pertinentes et adaptées et que les étudiants maîtrisent suffisamment les techniques d'interventions.

Comme déjà souligné, le nombre d'enseignants disposant de compétences en prévention-promotion de la santé au sein des UFR et instituts est peu élevé. Pour l'accompagnement des équipes, les établissements de formation ont dû redéployer certains de leurs personnels enseignants mais aussi faire appel à divers types d'encadrants-tuteurs disposant de certaines compétences en santé publique : internes de santé publique, étudiants ressources ou ayant fait leur SSES l'année précédente, assistants spécialistes ou universitaires, enseignants d'IFSI formés en santé publique, intervenants extérieurs exerçant dans diverses structures de prévention. Pour un nombre important d'accompagnateurs et de référents pédagogiques désignés par les établissements, se pose le problème de leur formation et de leur compétence en prévention-promotion de la santé.

L'appel nécessaire à des intervenants extérieurs aux UFR de santé et aux instituts, qui pose le problème de leur rémunération

Dans la plupart des régions, l'appui d'associations de prévention promotion type IREPS ou Fédération régionale des acteurs en promotion de la Santé a été sollicité. Les professionnels de ces organismes assurent généralement des séances collectives de formation destinées aux référents pédagogiques et aux accompagnateurs pressentis, car leur nombre et leur disponibilité ne leur permettent pas d'assurer un accompagnement individuel de chaque équipe d'étudiants. Ce soutien pédagogique indispensable requiert la rémunération de ces intervenants extérieurs. Si des financements ont été dégagés dans certaines régions par les ARS, les représentants des directeurs d'UFR et des enseignants rencontrés ont souligné les difficultés de les pérenniser. En effet compte tenu de leurs profils, les encadrants-tuteurs du

SSES, qui ne s'engagent généralement que pour une durée limitée, sont en partie renouvelés à chaque rentrée universitaire. Il convient ainsi de répéter les formations de formateurs chaque année, ce qui n'a pas été possible faute de financements alloués lors de la 2^e année du SSES dans certaines régions.

4. Rôle du référent de proximité

Un encadrement et une supervision indispensables, prévus par les textes réglementaires

L'article 9 de l'arrêté de juin 2018 prévoit la désignation par la structure d'accueil d'un référent de proximité pour accompagner l'étudiant lors de la réalisation de l'action de prévention. L'article précise aussi qu'un travail conjoint entre l'établissement d'inscription de l'étudiant et le responsable de la structure d'accueil doit être effectué préalablement à la réalisation de l'action concrète de prévention, en particulier pour établir un projet adapté aux besoins de la formation et de la structure d'accueil.

La supervision des étudiants s'avère particulièrement importante aux yeux de l'Education Nationale, qui accueille une grande majorité des équipes. Le guide Service Sanitaire²³ rédigé par le ministère précise en effet que « l'étudiant doit intervenir en coanimation avec un personnel de l'école/établissement (l'enseignant de la classe, le professeur documentaliste, le conseiller principal d'éducation, l'infirmier)... »

L'appropriation du contexte d'action par les étudiants et l'engagement des institutions d'accueil représentent des conditions indispensables à la qualité des actions. Le rôle du référent de proximité est déterminant : sa disponibilité, son niveau de compétence et sa connaissance du terrain sont essentiels. L'étude réalisée en Région Normandie indique le dispositif de formation et d'accompagnement qui a été proposé dans cette région aux référents de proximité du service sanitaire (encadré).

²³https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/85/7/Guide_service_sanitaire_1043857.pdf

La formation des référents de proximité en région Normandie. Source : Plateforme Cassiopée et ARS Normandie. Etude qualitative exploratoire sur le SSES en région normande 2019-2020.

Une formation facultative de deux jours élaborée et animée par Promotion Santé Normandie a été proposée aux référents des établissements de l'éducation nationale. La formation proposée était d'une journée pour les référents de proximité des structures hors éducation nationale. Les référents de proximité avaient également la possibilité de se faire accompagner par des coordinateurs de territoire en promotion de la santé, experts en méthodologie de projet et en prévention-promotion de la santé. Il s'agit de coordinateurs qui maillent l'ensemble du territoire normand. Selon les cas, il peut s'agir de coordonnateurs de contrats locaux de santé, d'ateliers santé ville, du pôle de prévention en Addictologie ou de conseillers méthodologiques de territoire. Ils offrent un soutien méthodologique aux référents de proximité et les aident à accompagner les étudiants dans la mise en œuvre des actions. Ces accompagnements étaient facultatifs pour les structures.

Le référent de proximité est une personne-ressource pour les étudiants en matière d'approche pertinente des publics, il est important qu'il soit impliqué dans la préparation et l'évaluation de l'action. Il intervient notamment pour documenter les besoins du public cible et faciliter l'appropriation par le groupe d'étudiants de ces besoins et des demandes particulières des institutions d'accueil. Il doit être en mesure d'assurer une supervision des interventions en étant en capacité le cas échéant de corriger un éventuel impact négatif induit par une intervention inappropriée ou maladroite des étudiants.

Il ne faut pas perdre de vue que l'action conduite par les étudiants dans le cadre du service sanitaire est un apprentissage. A ce titre et comme pour tout apprentissage d'une pratique professionnelle en santé, il est indispensable de prévoir un accompagnement de type tutorat pour la préparation, une supervision au moment de l'action et un temps de débriefing et de retour critique après

Un accompagnement qui peut faire défaut en pratique

Dans la base de données du MESRI, un peu moins des 2 tiers des répondants ont déclaré avoir préparé l'action en équipe avec le personnel du lieu d'accueil et un plus de la moitié seulement ont déclaré avoir été accompagnés par un personnel de la structure d'accueil au moment de l'intervention. Les défauts d'encadrement surviennent en particulier lorsque le référent est affecté dans plusieurs structures ou est en charge simultanément de plusieurs équipes, ce qui réduit sa disponibilité et empêche sa présence lors de l'intervention. Les infirmières scolaires, fréquemment désignées comme référents de proximité des étudiants affectés en établissements scolaires, sont exposées à ces difficultés.

L'intérêt pour le SSES ressenti par les structures d'accueil et le volontariat des référents désignés conditionnent également la motivation des personnels d'accompagnement, fréquemment sur-occupés et souvent placés en situation de devoir arbitrer entre les

diverses missions qui leur sont attribuées au sein de leur institution. Dans certains cas (certains IFSI en particulier), ce sont des enseignants des instituts qui accompagnent les étudiants sur le lieu de l'intervention.

Un accompagnement apprécié par les étudiants lorsqu'il existe

En 2019, 88% des étudiants répondant au questionnaire du MESRI se sont déclarés satisfaits de l'encadrement par le référent de proximité. La possibilité de préparer l'action avec ce référent semble liée au degré de satisfaction des étudiants vis-à-vis de l'action conduite. Les étudiants en odontologie expriment une satisfaction plus marquée (90%), a contrario, les étudiants en maïeutique font part d'une insatisfaction plus importante (17%).

5. Choix des modalités d'action et des outils

Un choix qui constitue un point critique, voire la pierre d'achoppement du dispositif.

Les critères à prioriser pour le choix des modalités et outils d'intervention pose un véritable problème, si l'on considère la dualité des objectifs de santé publique et pédagogiques du SSES. Pour espérer obtenir un effet positif en matière de promotion de la santé, il est nécessaire de se référer aux recommandations de bonnes pratiques et de mettre en œuvre des programmes et actions scientifiquement validés. Sauf à les inscrire dans le cadre de programmes validés plus globaux, les actions mises en œuvre par les étudiants du SSES ne vérifient pas actuellement ces conditions d'efficacité.

Les bonnes pratiques en prévention-promotion de la santé : une question qui paraît peu considérée au moment du choix de l'action

Dans les établissements de formation, l'atteinte d'objectifs de santé publique est peu relayée par les responsables pédagogiques. Ceux-ci privilégient les objectifs pédagogiques de sensibilisation et d'acculturation des étudiants à la prévention primaire. Si les thématiques et lieux d'action sont fréquemment attribués d'office aux étudiants, le choix de la méthode à utiliser est volontiers laissé à leur initiative. L'autonomie dont ils disposent dans le choix des méthodes d'intervention, voire la créativité dont ils peuvent faire preuve en ce domaine représentent des éléments positifs et motivants aux yeux des étudiants. La question des bonnes pratiques et du niveau de preuve d'efficacité en prévention promotion de la santé semble trop peu relayée au cours des temps de formation et paraît peu considérée par les étudiants au moment du choix de leur action.

Une approche des actions et des outils qui paraît empirique et empreinte de pragmatisme

Les représentants des établissements de formation et les enseignants rencontrés n'ont paru que faiblement concernés par la question du niveau d'efficacité des actions conduites par les étudiants. En revanche, l'innovation pédagogique dans les méthodes d'intervention est encouragée, l'utilisation de méthodes interactives et ludiques et d'outils multimédias d'animation volontiers préconisée.

Faute de données précises, le groupe de travail n'est pas en mesure de dresser un état des lieux de la nature des actions conduites par les étudiants et des outils qu'ils ont utilisés. Les IREPS ont effectué un important travail de sélection d'outils d'intervention, selon des critères de qualité, de facilité d'appropriation par les étudiants et d'adaptation aux thématiques traitées et au publics rencontrés. Leur mise à disposition des étudiants s'est cependant heurtée à des difficultés matérielles et à une insuffisance de moyens liées au nombre élevé d'étudiants et d'équipes en région. Les institutions d'accueil et les référents de proximité ont pu dans certains cas être les prescripteurs de l'action à conduire et de l'outil à utiliser, considérant ainsi les étudiants comme de simples effecteurs.

Une acquisition de matériel pédagogique dont les coûts peuvent rester à la charge des étudiants ou des établissements

Avant l'instruction interministérielle de novembre 2020 qui stipule qu'aucun frais ne doit rester à la charge des étudiants, la question du financement des actions à réaliser n'avait pas été abordée par les textes réglementaires, à l'exception de la prise en charge des frais de déplacement des étudiants sur le lieu de l'action. D'après l'enquête nationale conduite par le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), les actions réalisées dans le cadre du SSES induisent différents surcoûts pour les instituts, représentés par l'achat ou la location de matériels pédagogiques et l'indemnisation des frais de déplacement des formateurs sur les lieux d'intervention. Dans un certain nombre de cas, l'acquisition du matériel pédagogique peut représenter un obstacle financier à la réalisation des actions ou peut rester à la charge des étudiants. Dans sa note de synthèse, le SGMAS a évoqué comme un problème la non prise en compte des frais pédagogiques engendrés par le SSES.

Le non-respect des bonnes pratiques en prévention promotion de la santé : un point d'alerte majeur des observations de séances réalisées en Nouvelle Aquitaine et en Normandie

Ces observations ont pointé que les erreurs dans les pratiques des étudiants étaient très nombreuses : utilisation de stratégies délétères, attitudes de normalisation, de normativité, de stigmatisation, situation mal gérée de débordement face au public, risque d'accroissement des inégalités. Il est noté que les étudiants observés appliquaient des méthodes peu adaptées, le choix des méthodes paraissant guidé davantage par leur inclination ou la consigne que par leur efficacité. Les étudiants faisaient beaucoup d'effort pour rendre les contenus interactifs et faciliter la discussion mais ils ne maîtrisaient pas les méthodes et parfois pas les contenus. La plupart des interventions se concentraient sur une transmission de savoirs, gamifiée ou non. Un décalage a été noté entre le référentiel pédagogique sur lequel s'est basée la formation et les compétences effectivement expérimentées et donc acquises. Selon les auteurs des études exploratoires conduites en régions Nouvelle-Aquitaine et Normandie, l'approche mise en œuvre par les étudiants du SSES au cours des séances observées relevait d'une vision obsolète de la prévention, car informative, normative et axée sur la responsabilité individuelle.

6. Evaluation des actions : périmètre et finalité

L'évaluation des actions est présentée comme une des composantes du SSES dans les différents textes réglementaires. L'article 3 de l'arrêté de 2018 indique en particulier que la conception et la mise en œuvre de l'évaluation de l'action est une des compétences à acquérir au cours du service sanitaire et représente à ce titre un des objectifs de l'enseignement.

Un flou dans la définition de l'objet à évaluer, qui est renforcé par la dualité des objectifs du SSES

Au-delà des objectifs et grands principes du SSES, la démarche d'évaluation à entreprendre par les étudiants, les équipes pédagogiques et/ou les lieux d'accueil, ainsi que les critères à appliquer et les données à analyser restent imprécis. Si l'on considère les objectifs de santé publique attendus du SSES, tels que la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé, le périmètre de l'évaluation ne peut se limiter à la seule qualité de l'action mise en œuvre. Il est également légitime de s'interroger sur la pertinence du choix de l'action, sa cohérence avec les programmes et dispositifs existants, son niveau de preuve d'efficacité, ses effets et impacts produits etc...

L'évaluation de l'action par les étudiants : une démarche dont l'intérêt est avant tout pédagogique

De fait, confier l'évaluation des actions à des étudiants en situation d'apprentissage limite fortement le champ des possibilités, compte tenu du faible outillage méthodologique à leur portée et du peu de temps dont ils disposent. Plusieurs guides et référentiels, inclus dans les corpus documentaires constitués pour le SSES par Santé Publique France et par les IREPS, comportent des éléments méthodologiques susceptibles d'apporter une aide aux étudiants et à leurs accompagnateurs.

Dans les faits, les témoignages collectés au cours des auditions indiquent que les critères d'évaluation considérés par les étudiants ne concernent généralement que la qualité du processus de l'action mise en œuvre, qu'ils tentent d'évaluer sous des angles divers : respect d'un référentiel de pratique quand il existe, debriefing de l'action sous la forme d'un échange de ressenti entre l'équipe d'étudiants et le référent pédagogique, estimation du niveau de satisfaction des professionnels de la structure d'accueil, du public rejoint voire des étudiants eux-mêmes.

A ce titre, le temps de l'évaluation de l'action offre aux étudiants l'occasion de découvrir et d'être sensibilisés à différents savoir-faire et savoir être qui leur seront utiles dans leur futur exercice professionnel : la place de l'évaluation dans la conduite d'un projet en équipe, la réflexion que nécessite la mise en place d'une action de santé, la prise de recul, l'analyse de pratique, le retour d'expérience après une intervention éducative, la mesure de la satisfaction du public etc...

La contribution des actions aux politiques de prévention : le point aveugle de l'évaluation

Tout reste à faire pour montrer dans quelle mesure les actions conduites par les étudiants du service sanitaire participent effectivement à la politique de prévention primaire dans les territoires. Une telle ambition devrait conduire à privilégier la conduite d'actions répertoriées comme probantes ou prometteuses, à définir les conditions de leur transférabilité dans le cadre du SSES, à veiller à la cohérence avec les programmes de promotion de la santé déployés dans les territoires en encourageant les étudiants à y participer, à réfléchir à la façon d'assurer une continuité dans les actions au-delà de la seule période d'intervention des étudiants etc... Ces conditions permettraient d'envisager en effet que les actions conduites dans le cadre du SSES puissent contribuer à la politique de prévention et à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

7. Conclusion et recommandations

L'obligation d'établir une convention personnalisée tripartite entre l'établissement de formation, l'étudiant et la structure d'accueil accroît les tâches administratives incombant aux établissements.

La prise en charge des frais des étudiants prévue par les textes règlementaires concerne les seuls frais de déplacement. Le remboursement effectif de ces frais, qui met en jeu un circuit complexe de financement et de pièces justificatives, s'est heurté à différentes difficultés au cours de la première année du service sanitaire. Ces difficultés ont conduit à la définition par arrêté de nouvelles règles applicables en 2020-2021.

Le grand nombre d'équipes de service sanitaire constituées en région induit des difficultés d'encadrement et un accompagnement pédagogique de qualité hétérogène. Les établissements de formation font appel à divers profils d'encadrants-tuteurs, qui ne sont pas toujours en mesure de s'assurer que les actions sont pertinentes et que les étudiants maîtrisent suffisamment les techniques d'interventions. L'organisation et le financement de séances de formation de ces accompagnateurs, par des intervenants disposant de compétences en prévention-promotion de la santé, sont indispensables.

L'engagement des structures d'accueil et l'appropriation du contexte d'action par les étudiants sont également des conditions importantes pour la qualité des actions. La disponibilité et le niveau de compétence des référents de proximité sont essentiels. L'action de service sanitaire conduite par les étudiants est un apprentissage, qui nécessite un accompagnement de type tutorat pour la préparation, une supervision au moment de l'action et un temps de débriefing et de retour critique après.

Dans le choix et la préparation des modalités d'action, la question du niveau de preuve d'efficacité et celle des bonnes pratiques en prévention-promotion de la santé paraissent peu prises en compte. La phase d'évaluation considère essentiellement le processus de l'action, sous forme d'un debriefing des séances ou d'une enquête de satisfaction.

Recommandations aux responsables administratifs des établissements de formation et des organismes et collectivités contribuant au financement du service sanitaire

- D1** Désigner dans chaque établissement de formation une personne référente en charge de la préparation et du circuit de signatures des conventions personnalisées avec les structures d'accueil.
-
- D2** Inciter les structures d'accueil à prendre en charge la restauration et le cas échéant l'hébergement sur les lieux d'action, de façon à éviter tout reste à charge pour les étudiants.
-
- D3** Faciliter dans toutes les filières la prise en charge des frais de déplacement des étudiants sur les lieux d'action, en réduisant le délai d'obtention des remboursements.

Recommandations aux référents pédagogiques des établissements de formation et des structures d'accueil pour la préparation, la réalisation et l'évaluation des actions

- D4** Au moment de la préparation de l'action, les enseignants-référents pédagogiques doivent veiller à ce que chaque équipe d'étudiants bénéficie d'un encadrant-tuteur dans les établissements de formation et doivent prévoir leur formation de façon à permettre un accompagnement de qualité.
-
- D5** Les responsables des structures d'accueil doivent assurer la disponibilité d'un référent de proximité, en encourageant leur formation et en facilitant la communication avec les établissements de formation, de façon à favoriser leur participation aux temps de formation des étudiants.
-
- D6** Les référents pédagogiques des établissements de formation et des structures d'accueil doivent veiller à ce que le matériel pédagogique utilisé pour l'action soit fourni aux étudiants à titre gracieux dans toutes les filières.
-
- D7** Encourager les étudiants à réaliser systématiquement une analyse du contexte et un diagnostic des besoins du public concerné par l'action.
-
- D8** Renforcer la sensibilisation des encadrants-tuteurs, des référents de proximité et des étudiants aux bonnes pratiques en prévention-promotion de la santé et au niveau de preuve d'efficacité des actions.
-
- D9** Systématiser les retours d'expérience et les échanges avec les étudiants après la réalisation des actions pour en tirer des leçons et permettre un apprentissage.
-
- D10** Encourager les travaux documentant les effets du service sanitaire sur les publics

rejoins par les actions des étudiants.

D11 Conduire des études documentant les motivations des étudiants concernant le service sanitaire et analysant leurs représentations de la prévention et de la promotion de la santé.

V. PERSPECTIVES ET ENJEUX

A. Eclairage international

1. Le service sanitaire, une exception française

La recherche bibliographique réalisée par le groupe de travail n'a pas permis d'identifier de dispositif de formation initiale interprofessionnelle à la prévention-promotion de la santé dans un pays étranger qui puisse être véritablement comparé au SSES mis en place en France depuis 2018 (annexe 5). Ont été identifiés dans la littérature six programmes de formation initiale, destinés exclusivement à des futurs médecins. Les programmes semblent avoir été développés à la seule initiative des universités, aucun d'entre eux ne s'insère dans une politique nationale de prévention-promotion de la santé. Les modalités d'enseignement associent, selon les cas, conférences, cours magistraux ou en ligne, travaux en petits groupes. Ils comportent une mise en situation des étudiants dans 4 cas sur 6, sous forme de simulations, d'études de cas ou d'expériences d'immersion communautaire, où les étudiants s'insèrent dans des projets initiés par des associations partenaires des universités. Quand elle est réalisée, l'analyse des freins et des leviers rejoint plusieurs constats établis pour le SSES : les difficultés organisationnelles, le caractère jugé non prioritaire du programme, la résistance au changement, la question de la pérennité des actions des étudiants, l'importance d'un soutien par des professionnels de la prévention-promotion de la santé.

2. Compétences en promotion de la santé des futurs professionnels de santé

Les articles analysés par le groupe de travail mettent en lumière le débat sur le bien-fondé de l'intégration de la promotion de la santé dans les cursus de formation en santé qui traverse la communauté des professionnels et experts en promotion de la santé et en santé publique (annexe 5). Au sein des différents champs disciplinaires concernés, il n'y a pas consensus sur les représentations des rôles et standards professionnels respectifs des professionnels du soin individuel et des équipes de promotion de la santé. Cette situation nourrit une controverse sur les compétences utiles aux professionnels de santé de première ligne. Un point d'équilibre est proposé par quelques auteurs : si les praticiens du soin individuel ne sont pas les principaux acteurs de la promotion de la santé, il est néanmoins utile qu'ils soient familiarisés avec les concepts et stratégies mises en œuvre. Reste à opérer

une clarification sur les niveaux de compétences attendues et à construire des parcours pédagogiques permettant de les acquérir et de les évaluer.

B. Le service sanitaire et la crise de la COVID 19

1. Le besoin d'une meilleure organisation de l'action collective en prévention

Bien qu'un bilan définitif de la crise COVID 19 ne puisse pas être établi au moment de la rédaction du rapport, plusieurs collectifs d'experts²⁴ considèrent qu'elle met en lumière des faiblesses récurrentes en France d'organisation de l'action collective, en particulier dans le champ de la prévention. Plusieurs composantes du SSES explorent des pistes qui pourraient renforcer la capacité des futurs professionnels de santé à agir collectivement en matière de prévention primaire : le décloisonnement entre le champ des soins et celui de la promotion de la santé, la découverte par les étudiants des dynamiques interprofessionnelles et intersectorielles, l'expérimentation de la dimension collective de l'action préventive, la reconnaissance de l'importance des sciences sociales. Malgré les difficultés d'un maintien du dispositif pendant la crise, le service sanitaire peut constituer un outil pédagogique pour mieux préparer les professionnels et les institutions à agir collectivement en matière de santé.

2. L'adaptation du service sanitaire en 2020

La 2^e année du SSES en 2019-2020 a été perturbée par l'interruption ou l'annulation des actions préparées par les étudiants, en raison du confinement survenu au printemps 2020. Dans la foulée, le COPIL national a débattu d'un possible alignement du dispositif avec les réponses de santé publique à apporter à la situation d'urgence sanitaire. L'importance de préserver le cadre pédagogique initial a fait l'objet d'un large consensus au sein du COPIL.

Le maintien du SSES en 2020-2021 est affirmé par l'instruction interministérielle du 27 novembre 2020, qui propose différentes adaptations face à la situation sanitaire exceptionnelle de la pandémie : suspension des actions conduites en établissement d'hébergement pour personnes âgées, adaptation du calendrier, des lieux et/ou des contenus d'actions. La vocation pédagogique du SSES et sa nécessaire insertion dans les dispositifs de prévention existants sont réaffirmées dans l'instruction. La prévention des risques infectieux et de l'antibiorésistance est ajoutée à la liste des thématiques à privilégier. A titre exceptionnel, les actions du SSES pourront appuyer les activités de dépistage et de contact tracing pour le contrôle de l'épidémie de COVID-19.

²⁴ Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel, François Dedieu. COVID-19 : une crise organisationnelle. Presses de Sciences Po 2020.

Société française de santé publique. La santé publique en France à l'épreuve de la COVID-19, Santé Publique, 2020/1 (Vol. 32), p. 5-7. DOI : 10.3917/spub.201.0005. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-1-page-5.htm>

Le décret du 22 décembre 2020 a entériné l'élargissement du périmètre du service sanitaire, stipulant qu'il peut exceptionnellement inclure la participation encadrée à des actions de dépistage, les temps de formation théorique et pratique prévus par les précédents textes réglementaires étant garantis et l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité des apprentissages favorisés. La liste des domaines d'actions prioritaires, incluant la prévention des infections et de l'antibiorésistance, a été mise à jour par l'arrêté du 22 décembre 2020.

C. Les enjeux pédagogiques du service sanitaire

1. La légitimité des objectifs pédagogiques

Les personnes rencontrées lors des auditions reconnaissent le bien fondé des finalités pédagogiques du service sanitaire. Semblent communément partagés par les différentes parties prenantes : la nécessité, dans de nombreux cursus, d'enrichir les enseignements de prévention-promotion de la santé trop théoriques et abstraits par une mise en situation pratique centrée sur une problématique concrète, l'importance de préparer les étudiants à la conduite d'actions collectives en équipe interprofessionnelle et de les sensibiliser d'avantage aux politiques publiques de prévention, l'intérêt de les initier aux apports des sciences sociales et aux approches multidisciplinaires en santé publique etc...

2. Les éléments de fragilité et les risques

Nonobstant la légitimité de ces attentes, plusieurs éléments recueillis par le HCSP dans cette première phase d'évaluation soulignent la fragilité pédagogique et les incertitudes qui menacent la réalité du bénéfice pédagogique apporté par le service sanitaire.

L'insuffisance des ressources accordées à la construction du cadre pédagogique, tant au niveau national au sein de Santé Publique France que sur le terrain dans les universités et instituts de formation, fragilise le dispositif. Au niveau national, faute de priorisation du service sanitaire, il manque un chef d'orchestre pédagogique ayant la capacité effective d'animer des travaux d'harmonisation des ressources documentaires, d'organiser des retours d'expérience avec les formateurs et les étudiants et de soutenir une recherche pédagogique dédiée. En région et sur le terrain, la disponibilité dans la durée des ressources humaines en capacité de dispenser aux étudiants un accompagnement pédagogique adapté ne paraît pas assurée.

A défaut d'une consolidation de ce cadre pédagogique, le service sanitaire pourrait n'offrir aux étudiants qu'une sensibilisation superficielle à la prévention-promotion de la santé et risquerait de promouvoir chez les futurs professionnels une conception erronée et possiblement contreproductive des méthodes d'intervention.

D. Les enjeux de santé publique

1. Les points forts du service sanitaire

Mesure phare du plan Priorité Prévention portée par une dynamique interministérielle, le service sanitaire a du sens pour ses parties prenantes, fortement mobilisées tant à l'échelle nationale que régionale. Tous les acteurs concernés font preuve d'un intérêt pour la prévention et partagent la conviction du bien-fondé de renforcer les capacités des futurs professionnels à agir dans ce champ. Dans son évaluation itinéraire, le HCSP a souligné que le service sanitaire était la seule mesure du plan qui faisait l'objet d'un suivi régional concerté entre les parties prenantes impliquées. La capacité mobilisatrice du SSES, réelle et importante, représente à ce titre un atout pour le renforcement des dynamiques intersectorielles et partenariales indispensables à l'accomplissement d'un virage préventif dans les territoires.

2. Les éléments de fragilité et les risques

Comme on l'a vu, la place allouée au service sanitaire dans les politiques territoriales de prévention et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé soulève de nombreuses interrogations et nécessite d'être clarifiée. L'absence de modèle logique explicite et partagé avec les acteurs et le manque de données sur les réalisations et les publics rejoints en région expose à une utilisation mal comprise et inappropriée du dispositif, qui pourrait fragiliser plutôt que faciliter l'impact sur le terrain des politiques de prévention-promotion de la santé.

VI. CONCLUSION ET SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Le SSES est un dispositif prometteur et apprécié des étudiants,

- inducteur d'une forte dynamique intersectorielle et multi acteurs en région,
- qui préfigure les nouvelles pratiques de formation et d'exercice des professionnels de santé,
- en mettant l'accent sur le nécessaire renforcement des pratiques de prévention et promotion de la santé dans les territoires.

A l'issue de cette première phase d'évaluation, le groupe de travail du HCSP émet les recommandations suivantes :

A. Recommandations à la coordination nationale

- A1** Améliorer la diffusion des comptes-rendus du COPIL national et harmoniser la communication institutionnelle autour du SSES.

- A2** Clarifier la responsabilité des acteurs en charge du reporting national, en mandatant le cas échéant un organisme pour assurer un rapport national annuel de mise en œuvre du SSES.
-
- A3** Confier à Santé Publique France la mission de conduire un groupe de travail national pour harmoniser et simplifier les ressources documentaires, de façon à faciliter l'accès des étudiants et des équipes pédagogiques à des ressources adaptées au service sanitaire.
-
- A4** Organiser des forums réguliers d'échange et de retour d'expériences au niveau national, pour encourager l'évaluation des réalisations régionales et faciliter la mutualisation des initiatives prometteuses.
-
- A5** Elaborer avec les parties prenantes concernées des recommandations nationales pour la formation des intervenants, la mise en œuvre et l'évaluation du SSES dans les territoires.
-
- A6** Promouvoir les travaux de recherche et d'évaluation portant sur la capacité du service sanitaire à renforcer les politiques de prévention-promotion de la santé dans les territoires.
-
- A7** Promouvoir les travaux de recherche pédagogique sur le service sanitaire, en facilitant la participation à ces travaux des étudiants en santé et des enseignants et formateurs.

B. Recommandations aux coordinations régionales

- B1** Assurer la représentation des enseignants et des étudiants de toutes les filières au sein des comités techniques en charge de l'organisation du SSES en région, en veillant particulièrement à associer les Instituts éloignés des villes universitaires.
-
- B2** Faciliter l'accès à l'information partagée et l'organisation logistique régionale du SSES en implantant un outil numérique convivial pour l'interfaçage entre l'offre de lieux et thèmes d'action, les établissements de formation et les étudiants.
-
- B3** Charger les référents régionaux des ARS et rectorats de veiller à la cohérence des actions de service sanitaire avec les programmes locaux de prévention primaire et de promotion de la santé, de façon à éclairer la place du dispositif au sein des politiques régionales.
-
- B4** Dans le cadre de la lutte contre les inégalités, documenter les modalités de ciblage des territoires et publics prioritaires en région, établir un bilan annuel des actions

réalisées dans ces territoires et pour ces publics.

-
- B5** Proposer, lorsque les conditions s’y prêtent, une articulation des actions du SSES avec les campagnes nationales de prévention-promotion de la santé.
-
- B6** Renforcer la sensibilisation des référents pédagogiques et des étudiants à la nécessité de répondre à des besoins identifiés et d’articuler les actions conduites avec les programmes existants, en particulier au sein de l’Education Nationale.
-
- B7** Organiser des rencontres régionales régulières avec les représentants des parties prenantes et des organismes d’accueil pour établir un bilan des réalisations, identifier les avancées et difficultés et partager des retours d’expérience.

C. Recommandations aux équipes de direction des UFR, écoles et instituts

- C1** Assurer dans chaque établissement un effectif suffisant d’enseignants et de personnels administratifs pour la formation et le suivi des étudiants du service sanitaire.
-
- C2** Soutenir l’engagement des équipes pédagogiques, en encourageant l’interprofessionnalité, la co-construction de la formation, l’apprentissage en commun et le partage entre équipes enseignantes de retours d’expériences et de solutions pédagogiques innovantes.
-
- C3** Promouvoir une organisation permettant d’éviter l’isolement pédagogique des Instituts éloignés des villes universitaires.
-
- C4** Renforcer les capacités des équipes à former les étudiants aux méthodes d’intervention et de communication en prévention-promotion de la santé, en s’appuyant sur les ressources et le savoir-faire des praticiens de la prévention-promotion de la santé et/ou des équipes universitaires de sciences humaines ou sciences de l’éducation en région.
-
- C5** Faciliter l’usage de règles et d’outils communs aux différentes filières pour l’évaluation des connaissances et compétences et le recueil de la satisfaction des étudiants.

D. Recommandations aux responsables administratifs des établissements de formation et des organismes et collectivités contribuant au financement du service sanitaire

- D1** Désigner dans chaque établissement de formation une personne référente en

charge de la préparation et du circuit de signatures des conventions personnalisées avec les structures d'accueil.

D2 Inciter les structures d'accueil à prendre en charge la restauration et le cas échéant l'hébergement sur les lieux d'action, de façon à éviter tout reste à charge pour les étudiants.

D3 Faciliter dans toutes les filières la prise en charge des frais de déplacement des étudiants sur les lieux d'action, en réduisant le délai d'obtention des remboursements.

E. Recommandations aux référents pédagogiques des établissements de formation et des structures d'accueil pour la préparation, la réalisation et l'évaluation des actions

E1 Au moment de la préparation de l'action, les enseignants-référents pédagogiques doivent veiller à ce que chaque équipe d'étudiants bénéficie d'un encadrant-tuteur dans les établissements de formation et doivent prévoir leur formation de façon à permettre un accompagnement de qualité.

E2 Les responsables des structures d'accueil doivent assurer la disponibilité d'un référent de proximité, en encourageant leur formation et en facilitant la communication avec les établissements de formation, de façon à favoriser leur participation aux temps de formation des étudiants.

E3 Les référents pédagogiques des établissements de formation et des structures d'accueil doivent veiller à ce que le matériel pédagogique utilisé pour l'action soit fourni aux étudiants à titre gracieux dans toutes les filières.

E4 Encourager les étudiants à réaliser systématiquement une analyse du contexte et un diagnostic des besoins du public concerné par l'action.

E5 Renforcer la sensibilisation des encadrants-tuteurs, des référents de proximité et des étudiants aux bonnes pratiques en prévention-promotion de la santé et au niveau de preuve d'efficacité des actions.

E6 Systématiser les retours d'expérience et les échanges avec les étudiants après la réalisation des actions pour en tirer des leçons et permettre un apprentissage.

E7 Encourager les travaux documentant les effets du service sanitaire sur les publics rejoints par les actions des étudiants.

E8 Conduire des études documentant les motivations des étudiants concernant le service sanitaire et analysant leurs représentations de la prévention et de la promotion de la santé.

Rapport rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Le bureau du Collège du HCSP a tenu sa réunion le 4 mars 2021 : 8 participants présents sur 9, 0 conflit d'intérêt, votes pour : 8, abstention : 0 , contre : 0.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de saisine



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Les Ministres

Paris, le 30.07.2019

Monsieur le Président,

Engagement du Président de la République, le service sanitaire des étudiants en santé (SSES) traduit la volonté du Gouvernement de placer la prévention au cœur de son action. Il porte un double objectif : initier à la prévention primaire ceux qui seront les professionnels de santé de demain et leur permettre d'intervenir auprès de la population, notamment les enfants et les jeunes, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le service sanitaire, institué par un décret et un arrêté du 13 juin 2018, est constitué de trois semaines de formation théorique et pratique, incluant l'acquisition de compétences spécifiques et trois semaines d'actions concrètes de prévention auprès des publics ciblés. Les actions concrètes de prévention conduites par les étudiants privilégient les thématiques relevant d'enjeux prioritaires de prévention et promotion de la santé. Dès septembre 2018, 47 000 étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie et soins infirmiers sont entrés dans ce dispositif. L'ensemble des filières d'études en santé devrait à terme prévoir la réalisation du service sanitaire au cours de leur formation.

Ce dispositif, pour sa mise en œuvre, s'appuie sur les recommandations du rapport remis par le Professeur Loïc Vaillant le 26 février 2018. Celui-ci préside le comité national de pilotage et de suivi du SSES. L'implication des acteurs locaux est déterminante et se décline au travers des comités stratégiques régionaux, coprésidés par les directeurs généraux d'agence régionale de santé (ARS) et les recteurs de région académique, associant l'ensemble des acteurs impliqués.

Mesure phare de la Stratégie nationale de santé, le service sanitaire concerne particulièrement son axe I visant à « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie » en répondant à de nombreux objectifs de promotion des comportements favorables à la santé, dont la mise en œuvre relève du Plan « Priorité Prévention ». Il s'inscrit aussi dans l'axe III de la SNS, à travers l'objectif de « l'adaptation des formations initiales et des métiers des professionnels de santé [aux enjeux de demain] », également un objectif de la stratégie « Ma Santé 2022 », qui renvoie à la mise en œuvre du service sanitaire pour concrétiser cette volonté.

A ce titre, l'évaluation du SSES constitue une attente forte de l'ensemble des parties prenantes et du comité de pilotage national, compte tenu de son caractère innovant et de ses multiples impacts attendus.

Pr Franck CHAUVIN
Président
Haut Conseil de la santé publique
10, Place des cinq martyrs du lycée Buffon
75014 PARIS

...

14, AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

A la suite de la proposition du Comité de pilotage, nous souhaitons vous confier l'évaluation du Service sanitaire des étudiants en santé, qui devra analyser les éléments suivants :

- les effets de ce dispositif sur les formations et les enseignements en termes pédagogiques (dynamiques interdisciplinaires et interfilières, évolution des maquettes et des modalités d'enseignement, adhésion des enseignants, ...);
- les effets sur les perceptions, les compétences acquises des étudiants et les pratiques professionnelles (adhésion des étudiants, adoption d'une culture de prévention, retombées à plus long terme ...);
- les effets et impacts sur la prévention et la promotion de la santé, (actions répondant aux attentes, effets obtenus sur différents acteurs, couverture territoriale et impact sur inégalités sociales de santé),
- les freins à sa mise en œuvre et les facteurs de réussite.

Vous préciserez avec les représentants du Comité de pilotage les questions évaluatives qui structureront l'évaluation et la méthodologie adoptée. Le comité de pilotage et de suivi sera régulièrement informé de l'avancée des travaux et bénéficiera de restitutions des rapports intermédiaire et final.

Vous devrez fonder vos travaux sur une analyse préalable et le cas échéant une articulation avec les expérimentations évaluatives régionales en cours.

Pour la réalisation de cette mission, vous pourrez vous appuyer sur les services ou opérateurs du ministère chargé de la santé et du ministère chargé de l'enseignement supérieur qui pourront vous apporter l'ensemble des informations et contacts utiles à vos travaux.

Certains partenaires pourront être associés en tant que de besoin à vos travaux d'évaluation, notamment la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et de la statistique des ministères sociaux, afin d'articuler l'évaluation du service sanitaire avec les travaux qu'elle coordonne pour l'évaluation de la stratégie nationale de santé.

Vous proposerez un cadre d'évaluation et un calendrier que vous présenterez pour validation au comité de pilotage prévu à l'automne 2019.

Ce cadre d'évaluation comprendra :

1. Les questions évaluatives, identifiées et définies avec les représentants du comité de pilotage,
2. La méthodologie choisie pour répondre à ces questions,
3. Le planning des différentes phases de l'évaluation, dont un premier rapport portant sur les principales questions évaluatives devra être disponible en septembre 2020 et le rapport complet en septembre 2022.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos considérations distinguées.



Agnès BUZYN



Frédérique VIDAL

Annexe 2 : Composition du groupe de travail du HCSP

- Johann CAILHOL, Membre de la Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes, HCSP
- Emily DARLINGTON, Maitresse de conférences Sciences de l'éducation, Laboratoire Parcours Santé Systémique (P2S) EA 4129, Université Claude Bernard Lyon 1
- Emmanuel DEBOST, Membre de la Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes, HCSP
- Anne-Paule DUARTE, Membre de la Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients, HCSP
- Zeina MANSOUR, Vice-présidente du HCSP
- Isabelle MILLOT, Membre de la Commission spécialisée maladies chroniques, HCSP
- Elisabeth MONNET, Membre du Collège du HCSP, Pilote
- Henri PARTOUCHE, Membre de la Commission spécialisée maladies infectieuses et maladies émergentes, HCSP
- Philippe POMMAREDE, Membre du Conseil national de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes
- Michel SETBON, Membre de la Commission spécialisée risques liés à l'environnement, HCSP
- Pierre SONNIER, Pharmacien, formateur au CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Secrétariat général du HCSP :
Jean-Michel AZANOWSKY
Stagiaires : Vincent MAX - Nathan BOURGES
- Assistance à Maitrise d'Ouvrage :
Cabinet Mazars

Annexe 3 : Personnes auditionnées

- Pierre ARWIDSON, Médecin et Directeur adjoint Prévention et promotion de la santé de Santé publique France
- Kévin BOUCHENAK, Vice-Président en charge de l'enseignement supérieur à l'Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France (ANEPF)
- Cyrille COLIN, Médecin de Santé Publique et Président du Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique (CUESP)
- Hervé CREUSVAUX, Médecin de santé publique, Chargé de mission Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), Direction Générale de la Santé
- Patrice DIOT, Professeur des universités- praticien hospitalier de pneumologie, Doyen de la Faculté de médecine de Tours et Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine
- Christine FERRON, Déléguée générale de la FNES (Fédération Nationale d'Education et de Promotion de la Santé)
- Florence GIRARD, Présidente de l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales (ANdEP)
- Pascal GOUILLY, Directeur de la formation de Masso-kinésithérapie de Nancy et Président du Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (SNIFMK)
- Emmanuelle HAMEL, Responsable de l'unité Personnes âgées et populations vulnérables de Santé publique France
- Gaspard JORET, Vice-Président en charge du SSES à la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI)
- Ysaline de JOTEMP, Première Vice-Présidente de la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK)
- Véronique LECOINTE, Directrice du département de maïeutique de l'Université de médecine de Montpellier et Présidente de la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique
- Ewen LE DRAST, Président de l'Union Nationale des Etudiants en chirurgie dentaire (UNECD)
- Georges MARTINHO, Délégué général adjoint de la Fédération Addiction
- Brigitte MOLTRECHT, Médecin conseillère technique auprès du Directeur Général de l'enseignement scolaire

- Bernard MULLER, Pharmacien enseignant en pharmacologie à la faculté de pharmacie de l'université de Bordeaux et Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Pharmacie
- Anne-Marie MUSSET, Professeur des universités-praticien hospitalier de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de l'Université de Strasbourg, responsable de la mise en place de la coordination du service sanitaire à Strasbourg et Présidente du Collège national des Chirurgiens-Dentistes universitaires en santé publique
- Damien OFFNER, Maître de Conférence en santé publique à la Faculté de Chirurgie-Dentaire de l'Université de Strasbourg et Secrétaire Général Adjoint du Collège national des Chirurgiens-Dentistes universitaires en santé publique
- Jean-Christophe PAUL, Chef du département des formations de santé à la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)
- Nicolas PINSAULT, Conseiller national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, Maître de conférences et directeur du département de kinésithérapie à l'UFR de médecine de Grenoble
- Brigitte SIFFERLEN, Directrice d'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et représentante référente du dossier service sanitaire pour le CEFIEC (comité d'entente des formations infirmières et cadres de santé)
- Corinne TADDEI-GROSS, Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de l'Université de Strasbourg et Présidente de la Conférence des Directeurs d'UFR d'Odontologie
- Béatrice TRAN, Médecin de santé publique, Chargée de mission au SGMAS au sein du pôle Santé-Agences Régionales de Santé (ARS)
- Loïc VAILLANT, Président du comité de pilotage du service sanitaire
- Sébastien VILLARD, Vice-Président chargé des études médicales de l'association Nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)

Contribution écrite :

- Sandrine JAUMIER, cheffe de bureau démographie et formations initiales, Direction générale de l'offre de soins

Annexe 4 : Evaluation du SSES - questions évaluatives (1° phase d'évaluation)

1. Mise en œuvre et suivi en région : 8 QE

- **Q1** Qui est responsable de la mise en œuvre en région ?
- **Q2** Quels sont les comités (stratégiques et/ou techniques) mis en place, quels sont leurs rôles ?
- **Q3** Qui recense les lieux d'action ? Qui les choisit et quels sont les critères de choix ? Des publics prioritaires sont-ils identifiés ? Lesquels ? Pourquoi ?
- **Q4** Comment est organisé la communication entre les différentes parties prenantes (COPIL régional, université et instituts de formation, lieux d'action, étudiants) ?
- **Q5** Comment la mise en œuvre est-elle suivie au niveau régional ? Quels sont les outils de suivi ? Ce suivi permet-il de réajuster la mise en œuvre ? Si oui, comment ?
- **Q6** Quel bilan a été produit à l'issue de la 1° année de SSES dans la région et sous quelles modalités de restitution (séminaire, rapport...) ? Sur quoi a-t-il porté ? Quels ont été les destinataires de ce bilan ? Comment a-t-il été utilisé ?
- **Q7** Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- **Q8** Quels sont les leviers mobilisables pour les surmonter ?

2. Pertinence et cohérence : 2 QE

- **Q9** Comment le dispositif SSES régional s'articule-t-il avec les enjeux de santé publique régionaux (dont IST : prise en compte des inégalités 1. Sociales 2. Territoriales – couverture des publics et des territoires) (PRS) ?
- **Q10** Comment les actions portées par les étudiants du SSES s'articulent-elles avec des programmes ou dispositifs institutionnels préexistants (ex : parcours éducatif en santé, CESC, projets d'établissements, ...) ?

3. Organisation pédagogique : 6 QE

- **Q11** Comment les universités et les acteurs des différentes filières (UFR, instituts, écoles) se sont-ils impliqués dans le SSES ? Quel est le profil du (ou des) référent(s) enseignant(s) ? Comment ont-ils été désignés (critères) ? Quelle est l'implication des enseignants en charge de la santé publique ?
- **Q12** Quelles sont les modalités de mise en œuvre de l'interprofessionnalité ?
- **Q13** Comment le SSES s'articule-t-il avec les enseignements de promotion de la santé-prévention-santé publique dans les différentes filières ? Y-a-t-il des mutualisations avec des enseignements préexistants ?
- **Q14** Quelles sont les modalités d'organisation de la formation des étudiants à la démarche projet ? Y-a-t-il des mutualisations avec des enseignements préexistants ?
- **Q15** Quelles sont les modalités d'évaluation individuelle et de validation du SSES ? L'évaluation concerne-t-elle les compétences acquises par les étudiants ? Existe-t-il une évaluation harmonisée entre les différentes filières ?
- **Q16** Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'organisation pédagogique du SSES ? Quelle(s) amélioration(s) pourrai(en)t être apportée(s) ?

4. Qualité et retombées pédagogiques : 9 QE

- **Q17** Quelles sont les modalités d'accompagnement pédagogique des étudiants dans leur projet ?
- **Q18** Quelles ressources (humaines, matérielles, financières) sont mobilisées pour cet accompagnement ?
- **Q19** Les étudiants ont-ils bénéficié d'accompagnateurs ayant des compétences en prévention-promotion de la santé ? si oui quel est leur profil ?
- **Q20** Quelle est l'opinion des étudiants sur la qualité pédagogique du SSES ?
- **Q21** Quelle est l'opinion des étudiants sur l'opportunité et sur les retombées pédagogiques du SSES ? Le SESS est-il à même de modifier certaines représentations des professions ?
- **Q22** Quelle est l'opinion des intervenants sur la qualité pédagogique du SSES ?
- **Q23** Quelle est l'opinion des intervenants sur l'opportunité et sur les retombées pédagogiques du SSES ? Le SESS est-il à même de modifier certaines représentations des professions ?
- **Q24** Quelle est la plus-value apportée par le SSES au niveau pédagogique ? interprofessionnel ? Le SSES influence-t-il les travaux de recherche des étudiants ? Y-a-t-il eu ouverture des facultés et des Instituts de formation à de nouveaux lieux d'action, à de nouveaux partenariats ?
- **Q 25** Y-a-t-il eu des initiatives venant des étudiants : engagements au-delà des attendus ?

5. Organisation administrative : 2 QE

- **Q 26** Comment sont mises en place les conventions encadrant la réalisation des actions dans les structures d'accueil ? Des difficultés existent-elles, si oui lesquelles ? Quelle(s) amélioration(s) pourrai(en)t être apportée(s) ?
- **Q 27** Quelles sont les modalités d'indemnisation des frais de mission des étudiants dans les différentes filières ? Des difficultés existent-elles, si oui lesquelles ? Quelle(s) amélioration(s) pourrai(en)t être apportée(s) ?

6. Qualité des actions de prévention : 10 QE

- **Q 28** Des professionnels de l'éducation – promotion de la santé (EPS) ou des opérateurs de prévention (associations) sont-ils associés à la mise en œuvre du SSES ? Si oui lesquels et de quelle manière, si non pourquoi ?
- **Q 29** Des référentiels de pratique en EPS sont-ils fournis aux étudiants, si oui lesquels ?
- **Q 30** Les étudiants sont-ils formés à la communication en EPS (posture éducative, notion de littératie ?) si oui selon quelles modalités ?
- **Q 31** Quelles sont les modalités du choix de l'action conduite par les étudiants auprès du public cible ?
- **Q 32** Les supports pédagogiques sont-ils créés par les étudiants ou utilisent-ils des supports existants produits par Santé publique France ou d'autres structures ? (S'appuient-ils sur des sources fiables, validées ?)
- **Q 33** Comment sont choisis les référents de proximité (professionnels de la structure où a lieu l'action), quels sont les profils de ces référents, comment sont-ils accompagnés et/ou formés pour assurer cette mission ? Des difficultés existent-elles, si oui lesquelles ? Quelle(s) amélioration(s) pourrai(en)t être apportée(s) ?
- **Q 34** Une supervision des étudiants au cours de l'action est-elle mise en place ? Si oui, selon quelles modalités, si non pourquoi ?

- **Q 35** Comment et par qui sont évaluées les actions conduites par les étudiants ? y-a-t-il une analyse des pratiques, des retours d'expérience, selon quelles modalités ? Des grilles de bonne pratique sont-elles utilisées dans l'évaluation ?
- **Q 36** Quel est le niveau d'articulation des actions avec d'autres démarches ou programmes existant dans la structure d'accueil ?
- **Q 37** Quelles sont les modalités de valorisation des actions conduites dans le cadre du SSES ?

7. Système d'information : 4 QE

- **Q 38** Quels sont les différents circuits de collecte de données sur le SSES en région ? qui remplit quoi ?
- **Q 39** Qui analyse les données à l'échelon national ? qui sont les destinataires des résultats de ces analyses ?
- **Q 40** Comment les données sont-elles analysées au niveau régional ? qui sont les destinataires des résultats de ces analyses ?
- **Q 41** Des difficultés dans la collecte, l'analyse et/ou la diffusion des résultats existent-elles, si oui lesquelles ? Quelle(s) amélioration(s) pourrai(en)t être apportée(s) ?

8. Opinions des parties prenantes * : 4 QE

- **Q 42** Le SSES vous paraît-il utile pour les pratiques professionnelles futures des étudiants ? Pensez-vous qu'il est important de le pérenniser ? Pourquoi ?
- **Q 43** Quels sont les points forts et les points faibles du SSES ?
- **Q 44** Quelles sont les opportunités de ce dispositif, quelles sont les menaces ?
- **Q 45** Quelles sont les principales pistes d'amélioration ?

* *Collectivités territoriales, responsables administratifs (ARS et rectorats), formateurs (universités et instituts), référents des structures d'accueil, opérateurs de prévention, étudiants, bénéficiaires*

Annexe 5 : Revue de la littérature : le service sanitaire dans une perspective internationale

I. Objectifs de la revue

Une revue descriptive de la littérature a été effectuée, à la recherche d'éléments de contexte pour mettre en perspective le service sanitaire et son évaluation dans le paysage international de la formation initiale des professionnels de santé à la promotion de la santé. La recherche bibliographique visait à identifier des articles ou rapports relatant des exemples d'approche pédagogique en formation initiale à l'éducation à la santé - promotion de la santé, destinées aux futurs professionnels de santé de première ligne. Les éléments d'intérêt concernaient en particulier le type de compétences attendues des étudiants (concepts, capacités en communication, mise en œuvre d'une démarche projet...), les modalités pédagogiques retenues (dimension pluriprofessionnelle, mise en situation pratique, réalisation d'actions concrètes) et les modalités d'évaluation utilisées.

La synthèse permet 1) de décrire différents exemples étrangers de formation initiale en promotion de la santé pour les futurs professionnels de santé, qu'il est possible de comparer au dispositif français du SSES et 2) de mettre en lumière les débats et enjeux qui traversent la question de la place de la promotion de la santé dans l'exercice soignant et en particulier dans la formation médicale.

II. Méthodes

La procédure de sélection des articles inclus dans la revue est décrite dans l'encadré.

Bases de données bibliographiques et portails utilisés : Medline, Embase, Scisearch, Cochrane Library, scopus, Bib-Bop (bases de données bibliographiques en promotion de la santé", BDSP , DOCTES (Portail documentaire en promotion de la santé de l'Université catholique de Louvain), Lissa (<http://www.lissa.fr>), Tessadoc, le portail documentaire des ministères sociaux (<https://portail.tessadoc.social.gouv.fr/>)

Méthode de sélection des références

- Pays : tous Période : 2005-2020
- Mots clefs choisis :
 - o Healthcare professionnels, nurse, midwife, doctors
 - o Medical education
 - o Medical training
 - o Initial training /initial medical training / in-service training
 - o Community health
 - o Health promotion

- o Health education
 - o Health-promoting action
 - o Projet mode/projet group / project-based learning / competency-based learning
 - o Pluri-professional /multiprofessional / multi-professional working
 - o (Thesaurus MeSH) – Termes à croiser avec "Health promotion" et/ou "Health education"
 - § Education, nursing / Methods ;
 - § Education, nursing / organisation & administration ;
 - § Models, educational ;
- Syntaxe de recherche: (health promotion, education[MeSH Terms]) AND (curriculum [MeSH Terms]) education (=training programs, and courses in various fields and disciplines, and for training groups of persons).
- § Curriculum (=a course of study offered by an educational institution)
 - § Education, medical (=use for general articles concerning medical education)
 - § Public Health, education
 - § Professional competence
 - § Education, medical

Quatre-vingt-dix-sept articles ont été identifiés. Après une lecture des abstracts, seuls 26 articles répondant aux critères de la revue descriptive ont été retenus (cf références). Six articles rapportant des expériences étrangères proches de celle du SSES ont été mis en tableau afin de faciliter l'analyse comparative. Les autres articles retenus éclairent les principaux thèmes débattus par différents praticiens et experts de la formation à la promotion de la santé. Il existe en particulier une controverse internationale concernant le bien fondé et les modalités de cette formation pour les étudiants en médecine. La synthèse permet d'identifier les différents enjeux relatifs à l'intégration de compétences de promotion de la santé dans les cursus de santé.

Les articles non retenus portaient sur la formation/la professionnalisation en promotion de la santé d'étudiants en santé dans le cadre de cursus spécialisés (master, infirmiers scolaires/soignant éducateurs de santé à l'école, personnel d'hôpital promoteur de santé...). D'autres articles écartés traitaient de l'apport de démarche de promotion de la santé pour les étudiants vis-à-vis de leur propre santé.

III. Résultats

1. Analyse de 6 expériences internationales de formation des futurs praticiens à la promotion de la santé

Les 6 articles retenus décrivent des programmes de promotion de la santé inclus dans le cursus des deux premiers cycles d'études médicales, développés par 6 pays différents (Italie, Malaisie, Suisse, Arabie Saoudite, UK et USA). Aucun programme n'est comparable au SSES mis en place en France. Ils concernent exclusivement les futurs médecins. Ils s'insèrent dans le cursus à des moments variables, de la 1ère année à la 5ème année et comportent un nombre d'heures très variable, de quelques heures à plusieurs semaines, sur une ou plusieurs années. A l'aune de ces articles, il apparaît que le SSES français représente une expérience originale et inédite. L'analyse des 6 articles permet de dégager certains éléments communs, points invariants et quelques spécificités.

Aucune de ces expériences ne paraît s'inscrire dans le cadre d'une politique nationale, les programmes de formation à la promotion de la santé paraissent avoir été développés à la seule initiative des universités. Les articles ne renseignent pas sur la pérennité de ces programmes dans les cursus, alors que cette question représentait l'un des enjeux et souvent l'un des motifs ayant conduit à rédiger l'article.

Pour faciliter la lecture comparative, les principales caractéristiques de ces 6 expériences ont été mises en tableau. Leur analyse met en lumière différents éléments développés ci-dessous.

a) Les compétences attendues des étudiants

Elles associent des connaissances théoriques, des savoir-faire (déterminants de santé, conduite du changement, politiques de santé, littératie en santé, analyse de la littérature, analyse des pratiques...) et des savoir-être (attitude, représentations, ...).

Quelques programmes proposent une pratique réflexive en fin de cursus sous forme de bilan des acquis du programme suivi. L'acquisition de compétences s'appuie sur un travail en équipe et s'inscrit dans une démarche projet. Ces programmes peuvent aller de la seule recherche permettant d'aboutir à la construction d'outils jusqu'à une mise en situation.

Le King's College de Londres a mis en place un programme de développement des compétences de promotion de la santé dans le cursus médical (Wylie, 2017). L'objectif du curriculum est de permettre aux étudiants d'acquérir une vision globale des situations cliniques qu'ils vont rencontrer dans leurs futures pratiques, ce qui leur permettra de mieux choisir les stratégies à mobiliser avec leurs patients, sur la base d'une compréhension plus

fine des enjeux de chaque situation rencontrée. En particulier les étudiants sont amenés à modifier leur vision du locus de contrôle, par une familiarisation avec des modèles comme le « health belief » model ou d'autres modèles de changement de comportement.

Tableau descriptif de 6 expériences de formation de futurs médecins à la promotion de la santé (Brunelli 2020, Dahar 2015, Mattig 2017, Kershaw 2015, Wylie 2017 et Chamberlain 2008):

Référence	Pays - universités	Filière, niveau, étude	Compétences attendues des étudiants	Approches pédagogiques	Actions conduites, modalités, publics	Dimension pluri-professionnelle	Démarche projet	Evaluation des étudiants
Brunelli 2020	Italie, Université d'Udine	Etudiants en médecine en 5ème année, ayant déjà pratiqué des actions cliniques (62 étudiants)	Approche active de la promotion de la santé Module de promotion de la santé au sein de l'année d'enseignement de la Santé Publique	<p>5ème année. Un apprentissage assisté par des pairs (plus âgés et formés en formation de la santé) devaient faciliter l'acquisition de connaissance (Peer Assisted Learning) incluant un enseignement théorique et de la simulation</p> <p>Un enseignement de 8 heures pour la promotion de la santé puis un module de simulation. Les thèmes étudiés étaient : influence des styles de vie, gestion de projet, approche motivationnelle, modèle du changement (transthéorique), réseau hospitalier en promotion de la santé, « fun théorie », encouragement et littérature en santé.</p> <p>Chaque sous-groupe (d'une dizaine de personnes) effectuait une revue de la littérature, puis devait concevoir une intervention en promotion de la santé dans la vie réelle. Les sujets sélectionnés étaient l'abus d'alcool, le tabagisme, l'inactivité physique, les mauvaises habitudes alimentaires et les maladies sexuellement transmissibles. La démarche pédagogique utilisait la recherche et l'analyse de la littérature, la planification et le retour sur les</p>	Pas d'action uniquement des simulations	Non	Oui	QCM avant et après l'intervention, questionnaire de satisfaction, opinion des tuteurs



Référence	Pays - universités	Filière, niveau, étude	Compétences attendues des étudiants	Approches pédagogiques	Actions conduites, modalités, publics	Dimension pluri-professionnelle	Démarche projet	Evaluation des étudiants
				pratiques.				
Daher 2015	Malaisie	<p>Etudiants en médecine</p> <p>La promotion de la santé est incluse dans le programme du 1er cycle des études médicales</p> <p>330 élèves ont été interrogés sur l'intérêt de ces cours</p>	<p>Une liste de</p> <p>(1)Connaissances/savoirs (2)Attitudes, (3) Compétences</p>	<p>Module de 4 semaines en 4^{ème} année</p> <p>Il est composé d'un enseignement théorique minimale (3-4 heures); d'apprentissage autonome et de mise en œuvre d'une campagne de promotion de la santé à la fin de la troisième semaine. La campagne de promotion de la santé comprend des examens de santé, des conférences sur la santé, des expositions, des jeux et de l'aérobic.</p> <p>Modalités d'enseignement : face-face, séminaire, tutoriels, peu de travaux en ligne</p>	Non	Non	Oui	Présentation des actions (grande liberté de réalisation) en public, aux autres étudiants à priori et aux enseignants



Référence	Pays - universités	Filière, niveau - étude	Compétences attendues des étudiants	Approches pédagogiques	Actions conduites, modalités, publics	Dimension pluri-professionnelle	Démarche projet	Evaluation des étudiants
Mattig, 2017	Suisse Faculté de médecine de Genève	Etudiants en médecine L'article décrit l'intégration progressive d'un enseignement de la promotion de la santé au sein du cursus médical dans le cadre d'une réforme pédagogique majeure de ce cursus (apprentissage par problèmes [PBL])	(1) Explorer et analyser les enjeux bio-médico-sociaux et économiques des problématiques de santé au sein des communautés. (2) Concevoir des actions communautaires de développement de compétences favorables à la santé (un programme d'un mois d'immersion au cours de la 3 ^{ème} année) (3) Concevoir, planifier et mettre en œuvre des actions communautaires de promotion de la santé. (4) Concevoir, planifier et mettre en œuvre des projets de recherche en promotion de la santé.	Programme en 1^{ère}, 3^{ème} et 5^{ème} année de médecine. Offrir un enseignement diversifié à la promotion de la santé : sous forme de cours, conférences, ateliers, enquêtes communautaires, intégrés la promotion de la santé aux enseignements en sciences fondamentales et en sciences cliniques, apprentissage à la résolution de problèmes et à la démarche projet, mise en œuvre d'un projet communautaire.	L'action communautaire a été renforcée au cours de la 3^{ème} année via un programme d'immersion communautaire d'un mois où de petits groupes d'étudiants devaient enquêter les dimensions bio-médico-sociales et économiques d'un problème de santé dans la communauté en interrogeant les patients et les familles touchés par le problème et les professionnels de santé. À la fin du mois d'immersion, chaque groupe devait présenter son travail à l'oral devant ses pairs et une affiche qui résume le réseau professionnel en charge problème, (les travailleurs sociaux, etc.) ainsi que les autorités, chercheurs dans le domaine spécifique et représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) actives sur le terrain.	discuté mais non réalisé du fait des difficultés (programme, calendrier, ...différents)	Oui	Variable selon les années : oraux, évaluation des outils produits, évaluation des compétences



Référence	Pays - universités	Filière, niveau, étude	Compétences attendues des étudiants	Approches pédagogiques	Actions conduites, modalités, publics	Dimension pluri-professionnelle	Démarche projet	Evaluation des étudiants
Kershaw 2015	Arabie Saoudite, Université des Émirats Arabes Unis	Etudiants en médecine de 2ème année. Présentation du programme et évaluation de ce programme 206 étudiants sur 3 ans, 61 projets	(1) Analyse critique d'article (2) Éthique et recherche clinique chez l'animal et chez l'homme (3) Connaissance et application des modèles de changement de comportement en promotion et en éducation de la santé (4) Travail en équipe (5) Savoir réaliser une présentation orale/compétence en matière de communication (6) Connaître les enjeux professionnels, éthiques et moraux pour améliorer les pratiques médicales et les travaux scientifiques (7) Savoir construire par écrit une réflexion critique (8) Acquérir des compétences de communication adaptées à un large éventail de publics	Sous la forme de cours et conférences théoriques et de travaux pratiques autour d'un projet d'une durée de 13 semaines au total Travail en équipe (5-6 personnes), Production d'outils (vidéo, leaflet, social média, ...)		Non	Oui	Oral et examen écrit, rédaction d'un rapport en fin de module sur la démarche mise en place et ses enseignements Oral auprès des étudiants et des enseignants



Référence	Pays - universités	Filière, étude	niveau	Compétences attendues des étudiants	Approches pédagogiques	Actions conduites, modalités, publics	Dimension pluri-professionnelle	Démarche projet	Evaluation des étudiants
Wylie, 2017	UK King's College Londres	> 400 étudiants en médecine/an 3 ^{ème} , 4 ^{ème} et 5 ^{ème} année		Différentes compétences techniques 1. dans des domaines spécialisés comme l'arrêt du tabac, la conduite du changement, l'activité physique ou l'obésité et 2. dans celui des sciences sociales qui embrasse à la fois la santé publique, la santé globale, le système de santé et la politique de santé. Ainsi que des attitudes centrées sur le patient et sa communauté, prenant en compte leurs représentations.	Les enseignements peuvent prendre la forme: (1) d'atelier sur les changements de comportement, avec des applications pratiques, de la méthodologie de conception d'action, d'approches de formulation de problème menée par le patient par exemple. (2) de cours en ligne sur une thématique d'accompagnement particulier, l'arrêt du tabac par exemple (3) de simulations de consultation de médecine générale avec une approche centrée sur le patient. (4) d'analyse de pratiques / d'interventions de promotion de la santé conduites par des acteurs communautaires (5) d'identification des déterminants de santé à cibler dans les situations rencontrées (6) de présentations d'étudiants sur des thématiques de promotion de la santé, séminaires et ateliers, présentations d'experts (7) d'études de cas de tutorat de médecins généralistes	Femmes enceintes, personnes obèses et leurs proches, patients complexes Etude de cas auprès de 3 patients dits complexes incluant des visites à domicile Suivi de femmes enceintes au domicile avec un GP Echanges avec des associations caritatives Suivi de patients obèses lors de actions hospitaliers	Avec des associations, des travailleurs sociaux	Oui	QCM, essai, présentation orale, soumission en ligne d'une étude de cas



Référence	Pays - universités	Filière, étude	niveau	Compétences attendues des étudiants	Approches pédagogiques	Actions conduites, modalités, publics	Dimension pluri-professionnelle	Démarche projet	Evaluation des étudiants
Chamberlain, 2008	USA Faculté de médecine de l'Université de Stanford	2003 à 2007 : cursus des étudiants en médecine de 1 ^{ère} année	344 étudiants	<p>Acquisition de savoirs théoriques sur les thèmes de la prévention des maladies et la promotion de la santé, le sujet de l'accès aux soins ou l'offre de soins et les services de santé</p> <p>Chaque projet avait l'un des quatre objectifs d'intervention suivants : (1) le renforcement des capacités communautaires, (2) l'établissement de politiques (au niveau local, de l'état ou fédéral) (3) l'engagement dans un plaidoyer (4) le changement ou l'amélioration d'un aspect du système de santé</p>	<p>Au cours des quatre dernières années, 344 élèves se sont inscrits au programme et ont participé à 68 projets sur la santé de la population.</p> <p>Les thématiques sont adaptées en fonction des besoins des partenaires (suite ouragan Katerina, plan obésité,...)</p> <p>Ce programme d'études en santé de la population comprend des méthodes d'enseignement en classe et des mises en situation réelle. Ceci permet une expertise issues des partenaires au sein des communautés partenaires: cours présentation de cas, discussion en petits groupes,...</p>	<p>Oui, avec les partenaires issus des communautés Exemple : participation à une enquête auprès de la population afro-américaine sur les habitudes alimentaires et l'activité physique ou la rédaction d'un plaidoyer pour faciliter l'accès aux traitements de personnes âgées</p>	<p>Avec les partenaires issus des communautés</p>	Oui	Non décrit

b) Les approches pédagogiques

Les approches pédagogiques et les modalités d'enseignement associent selon les cas cours en ligne, conférence, cours magistraux, petits groupes de travail.

Quelques exemples de modalités d'enseignement :

- Cours en ligne sur une thématique d'accompagnement d'un changement de comportement, l'arrêt du tabac par exemple.
- Analyse de pratiques et /ou d'interventions de promotion de la santé conduites par des acteurs communautaires
- Identification des déterminants de santé à cibler dans les situations rencontrées.
- Présentations d'étudiants sur des thématiques de promotion de la santé, séminaires et ateliers, présentations d'experts.
- Atelier sur les changements de comportement, avec des applications pratiques, de la méthodologie de conception d'action et d'approches de formulation de problème menée par le patient.

Dans 4 cas sur 6, les approches comportent une mise en situation des étudiants, sous différentes formes :

- par la simulation (module de simulation d'une intervention en promotion de la santé : simulation de consultation de médecine générale avec une approche centrée patient)
- par une participation à des projets d'immersion communautaire (auprès de patients, d'acteurs médico-sociaux, d'associations, de chercheurs, ...) ou des études de cas (suivi de femmes enceintes, de patients obèses..., avec un médecin généraliste). Les étudiants s'insèrent dans des projets en cours initiés par des associations partenaires des universités. Les étudiants participent à une équipe ou accompagnent des professionnels ayant une expérience du terrain.

D'autres auteurs, soulignent l'importance de développer des actions en milieu communautaire, tout en reconnaissant les difficultés à les organiser (intervenants multiples, manque de capacité d'encadrement, contraintes horaires...), auxquelles s'ajoutent la possibilité d'un manque d'intérêt des étudiants eux-mêmes (Gillam, 2016).

Dans le cas du King's College de Londres (Wylie, 2017), le curriculum permet aux étudiants :

- D'observer et de participer à des visites ante et périnatales, auprès d'un médecin généraliste, en s'attachant à considérer les déterminants de santé plutôt que de proposer un suivi médical,
- D'observer des initiatives de promotion de la santé conduites par des organisations de promotion de la santé de leur territoire,
- De s'engager dans une réflexion critique sur leur rôle en tant que clinicien,
- De faire un lien avec leur propre santé, leurs expériences de changements en matière de santé, ce qui leur permettra de prendre la mesure des défis qu'ils rencontreront avec les patients.

c) La dimension pluriprofessionnelle

Elle ne concerne pas les étudiants qui sont tous futurs médecins dans les expériences recensées. En revanche l'accent est mis sur les différents acteurs avec lesquels il est nécessaire d'interagir (médecin généraliste, association, professionnels de la promotion de la santé, patients famille, acteurs du champs médico-social...).

Par exemple, dans l'article rapportant l'expérience conduite à l'université de Genève, les auteurs indiquent dans la discussion, comme une forme de revers, la difficulté à développer des activités en promotion de la santé dans une dimension pluriprofessionnelle, du type ateliers ou des projets communautaires incluant des étudiants en médecine, des étudiants en sciences infirmières, en diététique etc, selon une approche pourtant préconisée par un large panel d'experts. Ils font le constat que chaque institution a ses propres objectifs et attentes, son propre enseignement et son propre calendrier, mais aussi que chacune a des préjugés sur les autres acteurs, qui s'avèrent difficiles à surmonter (Mattig, 2017).

d) L'encadrement des formations

Il repose sur des spécialistes et des professionnels de la promotion de la santé appartenant à l'université ou fait appel à des acteurs extérieurs, médecins généralistes, professionnels du milieu médico-social ou étudiants en médecine plus avancés dans leur cursus.

La question de la qualité des intervenants est abordée par plusieurs auteurs, notamment quand les formations sont incluses de manière transversale dans les maquettes (pneumologie et lutte contre le tabagisme par exemple). Il apparaît que tous les programmes qui ont développé un

axe de mise en situation auprès de publics, l'ont fait en collaboration avec des professionnels de la promotion de la santé ou de la santé communautaire.

Ainsi les mises en situation rapportées dans les expériences des Universités de Genève et de Stanford sont des immersions d'une durée de plusieurs semaines dans des communautés. Elles s'effectuent en lien avec des associations portant des projets et soutenus par des professionnels de la promotion de la santé. Elles illustrent l'intérêt de contextualiser dans un programme d'études sur la santé de la population, les projets de santé de la population afin de fournir aux futurs médecins une contrepartie expérientielle à leur apprentissage théorique (Mattig, 2017, Chamberlain 2008).

L'exemple de mise en œuvre du King's Collège (Wylie 2017 et 2007) : entre approche spécialisée et approche transversale

Les 2 approches d'intégration de promotion de la santé dans la formation médicale décrites dans l'expérience du King's College relèvent de 2 profils d'intervenants différents.

- La promotion de la santé en tant que thème d'enseignement disciplinaire à part entière est dispensée par des spécialistes de la promotion de la santé.
- La promotion de la santé en tant qu'enseignement transversal, abordée en cas de besoin dans le contexte de certains thèmes de la formation, par exemple le problème du tabac au cours d'un module sur la fonction respiratoire, dont un écueil possible réside pour les auteurs dans le fait que la formation soit dispensée par des non spécialistes de la promotion de la santé.

e) L'évaluation des étudiants

Ses modalités ne sont pas toujours décrites. Elle comporte selon les cas un contrôle écrit des connaissances théoriques (QCM, examen écrit, présentation étude de cas), un oral (présentation, qualité d'orateur), une note pour les outils produits (vidéo, poster, tee-shirt, etc) et parfois, un rapport en fin de programme. L'opinion des tuteurs et/ou des étudiants est parfois recueillie.

f) Les freins et de leviers à la mise en place du programme

Ils sont rapportés dans l'expérience de la Faculté de médecine de Genève (Mattig, 2017).

Facteurs de succès pour l'introduction de la promotion de la santé dans le cursus

- Une période favorable : la conduite dans le cadre d'une réforme plus large du 1^{er} et second cycle des études médicales qui visait à introduire l'apprentissage par résolution de problème.
- Un soutien des coordinateurs des différentes filières et modules du cursus médical.
- Un cadre incitatif : l'introduction s'inscrivait dans le processus de Bologne (le processus de Bologne est un processus de rapprochement des systèmes d'enseignement supérieur)
- Des compétences mobilisées : un soutien de la Fondation Promotion Santé Suisse et de son réseau d'enseignants et de coordinateurs.
- Du temps disponible : ce processus s'est mis en place sur plusieurs années.

Les difficultés rencontrées

- Des responsables de modules non convaincus du bien-fondé et qui ont du mal à intégrer la promotion de la santé dans leur module de spécialité.
- Les aspects organisationnels et logistiques du stage d'immersion communautaire (action d'un mois), consommateurs de temps et de ressources.
- Les programmes d'enseignement dédié à la promotion de la santé se voient concurrencés par d'autres programmes plus en ligne avec la spécialité choisie par l'étudiant.
- Le maintien à long terme des projets communautaires initiés par les étudiants au-delà des premières années de leur cursus est difficile à assurer.

2. Compétences en promotion de la santé des futurs professionnels de santé : controverses et enjeux

Le bien-fondé et les enjeux de l'intégration de la promotion de la santé dans les cursus de formation en santé font l'objet de controverses à l'échelle internationale au sein de la communauté des professionnels et experts en promotion de la santé et en santé publique.

a) La distinction entre actions de promotion de la santé et de prévention : un sujet de débat au niveau international

Un point de tension se matérialise dans l'usage non consensuel des terminologies. Selon les champs disciplinaires, promotion de la santé, éducation à la santé, prévention ne se réfèrent pas toujours aux mêmes définitions opérationnelles (Madsen & Bell, 2012). Une distinction est à opérer entre la « santé publique » qui considère la santé et les maladies et la « promotion de la santé » qui s'intéresse aux déterminants de santé (Wylie & Thompson, 2007) et entre les interventions qui s'inscrivent dans ces différents cadres. Le caractère protéiforme de ces

Haut Conseil de la santé publique

définitions génère une difficulté à distinguer les interventions qui relèvent de la promotion de la santé, de celles qui n'en relèvent pas (Battel-kirk & Barry, 2019). Wylie et al. (Wylie & Thompson, 2007) proposent de différencier interventions de santé publique et intervention en promotion de la santé de la façon suivante : les interventions de santé publique consistent à diffuser des recommandations permettant de prévenir les maladies tandis que les interventions de promotion de la santé visent davantage à promouvoir des comportements favorables à la santé, tout en laissant le choix aux individus. Ces représentations différentes ont des conséquences non négligeables sur la définition des rôles et des fonctions des professionnels de santé publique et de promotion de la santé, qui sont l'objet d'un débat traversé par des tensions entre disciplines (Battel-kirk & Barry, 2019).

Néanmoins, il est nécessaire d'obtenir un consensus sur les capacités nécessaires aux équipes de promotion de la santé, de professionnels de santé et de santé publique déployées sur le terrain (Shilton, 2009), la promotion de la santé et la santé publique étant des champs totalement interreliés (Battel-kirk & Barry, 2019). Les pratiques professionnelles de chacun doivent s'appuyer sur un corpus de connaissances et compétences bien défini, que des équipes de terrain pourront mobiliser (Shilton, 2009). Les pratiques doivent être encadrées par des standards professionnels clairement identifiés, ce qui implique de mettre en place un système d'accréditation (Shilton, 2009) ou de certification.

b) Les répercussions de ce débat au niveau des formations

Ce point de tension entre prévention et promotion de la santé se répercute dans les formations, en générant des incertitudes et des questionnements (Madsen & Bell, 2012) à plusieurs niveaux : sur les contenus des programmes de formation, sur les approches pédagogiques à privilégier, sur la façon dont la recherche et les pratiques peuvent se nourrir mutuellement et alimenter les formations.

Le curriculum et les contenus pédagogiques, les méthodes d'enseignement et les stratégies d'apprentissage doivent faire l'objet d'un consensus, d'autant plus lorsque le curriculum traite de santé publique et particulièrement dans le cas des études de médecine (Gillam & Maudsley, 2010). L'utilisation d'une approche par compétences dans ce curriculum paraît tout à fait appropriée, particulièrement en promotion de la santé. Cette approche permet en effet de mieux appréhender ces pratiques en contribuant ainsi à leur reconnaissance et de développer

des systèmes d'accréditation. L'approche par compétences, surtout lorsqu'elle est reposée sur un consensus, constitue un levier d'amélioration des formations (Shilton, 2009) et peut contribuer à rendre compte de la qualité des pratiques, notamment auprès des publics qui en bénéficient (Battel-kirk & Barry, 2019).

Enfin, il est nécessaire d'évaluer l'impact positif et/ou négatif de l'approche par compétences en formation initiale mais également d'identifier les facteurs contextuels qui impactent la façon dont ces compétences sont mobilisées ou non par les étudiants (Battel-kirk & Barry, 2019). Une attention particulière doit en effet être apportée aux modalités d'évaluation des apprentissages des étudiants en matière de promotion de la santé (Wylie and Leedham-Green 2017).

c) la question des compétences développer et la manière de les développer dans les études de médecine

Wylie & Thompson, 2007 soulignent l'importance d'ancrer les curricula de promotion de la santé dans les pratiques futures des étudiants, notamment dans les pratiques cliniques s'il s'agit d'étudiants en médecine. Il est important de rappeler que les futurs cliniciens ne seront pas les principaux acteurs de la promotion de la santé. Cependant, ils doivent en saisir la substance et en connaître les approches et les stratégies, les concepts doivent leur être familiers. La réflexion entourant les curricula de formation doit considérer la globalité des pratiques futures des jeunes médecins. Battel-Kirk et Barry rappellent d'ailleurs la nécessité, d'une part de clarifier les différents niveaux de maîtrise visés par les formations proposées en fonction des pratiques futures ciblées, d'autre part d'identifier les domaines à mobiliser pour permettre aux étudiants de développer les compétences attendues (Battel-kirk & Barry, 2019). Selon Wylie et al., il convient de distinguer et identifier (Wylie and Leedham-Green 2017) :

- Les compétences techniques visées par la formation en éducation et promotion de la santé et leurs applications cliniques dans la pratique future (arrêt du tabac, place de l'activité physique, conduite du changement, ...)
- Les connaissances et compétences transversales de sciences humaines et sociales, portant sur la santé publique, la santé globale, les systèmes de santé et les politiques publiques, qui sollicitent une posture critique et des capacités de conceptualisation, qu'il est possible de développer par des études de cas et par l'observation.

IV. Références

Abed NM-A. Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis ? Cas de l'infirmière dans une haute école de santé (HES). Suisse. Recherche en soins infirmiers [Internet]. 2011

- [cité 12 févr 2021];N° 106(3):120-9. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-3-page-120.htm>
- Battel-Kirk B, Barry MM. Has the Development of Health Promotion Competencies Made a Difference? A Scoping Review of the Literature. *Health Educ Behav.* oct 2019;46(5):824-42.
- Battel-Kirk B, Barry MM. Evaluating progress in the uptake and impact of Health Promotion competencies in Europe. *Health Promot Int.* 1 août 2020;35(4):779-89.
- Biltey R, Dedobbeleer N. Implantation d'un « milieu de travail promoteur de santé » : compatibilité avec les pratiques organisationnelles d'un Centre Hospitalier Universitaire. *Sante Publique* [Internet]. 22 avr 2016 [cité 12 févr 2021];Vol. 28(1):49-59. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-1-page-49.htm?contenu=resume>
- Brunelli L, Tullio A, Perri G, Lesa L, Grillone L, Menegazzi G, et al. Peer education for medical students on health promotion and clinical risk management. *J Educ Health Promot.* 2020;9:51.
- Chamberlain LJ, Wang NE, Ho ET, Banchoff AW, Braddock CH, Gesundheit N. Integrating collaborative population health projects into a medical student curriculum at Stanford. *Acad Med.* avr 2008;83(4):338-44.
- Chappel D, Gillam S, Maudsley G, University of Cambridge, Department of Public Health and Primary Care, éditeurs. *Public health education for medical students: a guide for medical schools.* Cambridge: Dept. of Public Health and Primary Care, University of Cambridge; 2008.
- Daher A, Osman M, Selamat M, Noor A. Students' evaluation of health promotion learning outcomes: a case from a Malaysian institute. *International Journal of Community Medicine and Public Health.* 1 nov 2015;2:472-7.
- Foucaud J, Hamel E. Éducation pour la santé : un référentiel de compétences pluriprofessionnel. *Sante Publique* [Internet]. 27 mai 2014 [cité 12 févr 2021];Vol. 26(2):173-82. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-2-page-173.htm>
- Ghaffarifar S, Ghofranipour F, Ahmadi F, Khoshbaten M. Why Educators Should Apply Theories and Models of Health Education and Health Promotion to Teach Communication Skills to Nursing and Medical Students. *Nurs Midwifery Stud.* déc 2015;4(4):e29774.
- Gillam S, Maudsley G. Public health education for medical students: rising to the professional challenge. *J Public Health (Oxf).* mars 2010;32(1):125-31.
- Gillam S, Rodrigues V, Myles P. Public health education in UK medical schools-towards consensus. *J Public Health (Oxf).* sept 2016;38(3):522-5.
- Hardy A-F, Eneau J, Nagels M. Développement professionnel infirmier en promotion de la santé. *Recherche en soins infirmiers* [Internet]. 13 oct 2014 [cité 12 févr 2021];N° 118(3):75-84. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-75.htm>

- Hoekstra B, Young V, Eley C, Hawking M, McNulty C. School Nurses' perspectives on the role of the school nurse in health education and health promotion in England: A qualitative study. *BMC Nursing*. 30 déc 2016;15.
- Kershaw G, Grivna M, Elbarazi I, Alihassan S, Aziz F, Dhaheri A. Integrating Public Health and Health Promotion Practice in the Medical Curriculum: A Self-Directed Team-Based Project Approach. *Frontiers in Public Health*. 1 août 2017;5:193.
- Longtin M, Richard L, Bisailon A. L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière. *Recherche en soins infirmiers* [Internet]. 2006 [cité 12 févr 2021];N° 87(4):4-15. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-4.htm>
- Lyon A, Hothersall E, Gillam S. Teaching public health in UK medical schools: « Things have improved: Teaching no longer feels like an expensive hobby ». *Journal of public health* (Oxford, England). 20 sept 2015;38.
- Madsen W, Bell T. Using health promotion competencies for curriculum development in higher education. *Glob Health Promot*. mars 2012;19(1):43-9.
- Makone A, Chiriseri E, Vichit-Vadakan N. Fostering a Paradigm Shift in the Roles of Health Promotion Education in Southeast Asia. *Journal of Humanities and Social Sciences*. 30 avr 2012;Vol.2:28-37.
- Mattig T, Chastonay P, Emmanuel K, Bernheim L. Training medical students in health promotion: twenty years of experience at the Faculty of Medicine of the University of Geneva. *Health Promotion Perspectives*. 1 sept 2017;7:245-9.
- Saab O, Berger D, El Hage F. L'éducation à la santé dans le curriculum libanais des Sciences de la vie : l'impératif d'une réforme vers une approche écologique. *Spirale Revue de recherches en éducation*. 1 janv 2012;50:95-110.
- Shilton T. Health promotion competencies: providing a road map for health promotion to assume a prominent role in global health. *Glob Health Promot*. juin 2009;16(2):42-6.
- Tsai F-J, Hu Y-J, Yeh G-L, Chen C-Y, Tseng C-C, Chen S-C. The effectiveness of a health promotion intervention on the meaning of life, positive beliefs, and well-being among undergraduate nursing students: One-group experimental study. *Medicine*. 1 mars 2020;99:e19470.
- Warwick-Booth L, Cross R, Woodall J, Bagnall A-M, South J. Health promotion education in changing and challenging times: Reflections from England. *Health Education Journal*. 5 juill 2018;78:001789691878407.
- Wylie A, Leedham-Green K. Health promotion in medical education: lessons from a major undergraduate curriculum implementation. *Educ Prim Care*. nov 2017;28(6):325-33.
- Wylie A, Thompson S. Establishing health promotion in the modern medical curriculum: a case study. *Med Teach*. oct 2007;29(8):766-71.

Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé, rapport intermédiaire

Rapport du Haut Conseil de la santé publique

Saisi le 30 juillet 2019 pour évaluer le Service Sanitaire des Etudiants en Santé (SSES), le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a conduit une première phase d'évaluation portant en particulier sur les modalités de mise en œuvre, les effets sur les formations et enseignements, les principaux enjeux et les éléments de fragilité du dispositif. Le présent rapport d'étape complète un premier avis rendu le 18 juin 2020.

Le service sanitaire est un dispositif volontariste, co-construit par les différentes parties prenantes au niveau national. Mesure phare du Plan priorité prévention, il vise à initier les étudiants aux enjeux de la promotion de la santé et de la prévention primaire et à permettre la réalisation d'actions participant à la politique de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

Inscrit dans le code de l'Éducation, le SSES induit une dynamique pédagogique forte dans les établissements d'Enseignement supérieur en santé. Depuis septembre 2018, il concerne chaque année environ 47 000 étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie et soins infirmiers. L'intérêt d'une formation interprofessionnelle à la prévention et la promotion de la santé fait l'objet d'un large consensus, l'interprofessionnalité est fortement plébiscitée par les étudiants.

Cependant l'insuffisance des ressources accordées au cadre pédagogique est un élément de fragilité. Au niveau national il est nécessaire de développer une animation pédagogique collégiale pour harmoniser les ressources documentaires, organiser des retours d'expérience et promouvoir une recherche pédagogique dédiée. En région, l'ingénierie pédagogique du service sanitaire est consommatrice de ressources et la capacité de formation aux méthodes d'intervention et de communication en prévention et promotion de la santé ressentie comme insuffisante. Sur le terrain, la disponibilité dans la durée d'intervenants en mesure de dispenser aux étudiants un accompagnement pédagogique de qualité ne paraît pas assurée.

Le SSES renforce les liens entre administrations régionales, organismes de formation et opérateurs de prévention, représentant ainsi un atout pour l'accomplissement d'un virage préventif dans les territoires. En 2019, 75% des actions du SSES ont eu lieu dans des établissements relevant de l'Éducation nationale. Cependant l'articulation du SSES avec les politiques et programmes existant en région est peu lisible. Le reporting prévu par les textes règlementaires reste en construction, il ne permet pas d'avoir un retour sur les réalisations et les publics rejoints. La place allouée au service sanitaire dans les politiques territoriales de prévention et de réduction des inégalités nécessite d'être clarifiée.

A l'issue de cette première phase d'évaluation, le HCSP formule une série de 30 recommandations, à l'intention des coordinations nationale et régionales, des équipes de direction et des référents pédagogiques des établissements de formation et des référents des structures d'accueil pour la préparation, la réalisation et l'évaluation des actions de service sanitaire.