

Développer la fonction de « référent en Promotion de la santé » en Île de France :

Note de synthèse

PromoSanté IdF et P. Berry Consultant (PBC)

Janvier 2021

Travaux à la demande et avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France

Table des matières

Résumé.....	3
1. Problématique.....	5
2. Objectifs de l'étude	9
3. Méthode	10
4. Les apprentissages de cette étude.....	15
Apprentissage 1/ Comprendre la fonction de « référent » au regard d'autres champs de pratiques	15
Apprentissage 2/ Formaliser le cadre de mise en pratique de la fonction de « Référent PS »	20
Apprentissage 3/ Identifier l'offre de formation et ses lacunes	25
Apprentissage 4/ Développer trois types d'intervention en Ile-de-France pour soutenir la fonction de référent en promotion de la santé.....	27
Conclusion	32

Résumé

Déployer une politique publique en s'appuyant sur des référents

Le déploiement d'une politique publique implique qu'elle soit portée et incarnée par des acteurs que nous nommons ici « référents », à la fois sur les territoires, mais aussi au sein des organisations, qu'elles relèvent de la sphère publique (collectivités, services déconcentrés de l'Etat par exemple) ou qu'elles soient de droit privé (associations, entreprises). Le développement durable tout comme le développement local offre à ce titre deux exemples instructifs, de par leur proximité avec la Promotion de la santé ainsi que par les nombreux retours d'expériences existants.

C'est à l'aune de ces deux exemples que l'on peut ainsi mieux définir ce que recouvre la fonction de « Référent » et que l'on peut esquisser ce que pourrait être celle de « Référent en promotion de la santé » et le type de compétences qui y sont mobilisées.

Permettre la montée en compétences en développant plusieurs stratégies ...

La montée en compétences exige plusieurs stratégies : stratégie de formation (transfert de connaissances), stratégie collaborative (échange d'expériences, pair aide, accompagnement pour articuler théorie et pratique...), et stratégie de diffusion (ressources de type livres, revues ou ressources dématérialisées).

... mais aussi en s'intéressant aux situations de pratique

Par ailleurs, le travail documentaire, la réalisation d'entretiens de terrain comme d'ateliers auprès des acteurs de la Promotion de la santé en Île-de-France nous montrent que cette fonction de « référent » ne prend sens et corps que dans l'examen des situations de pratique dans lesquelles elles s'exercent. Conforter et développer la promotion de la santé par le biais de la consolidation d'une fonction de « référent » en promotion de la santé passe par conséquent par des interventions sur ces situations de pratiques, qui ne relèvent pas seulement des seules approches individuelles par compétences. Bien loin de là.

Ainsi trois leviers d'intervention sont identifiés

- Un levier structurel portant sur l'articulation entre Etat et Opérateurs
 - o Structuration d'une politique publique autour de la PS
 - o Stratégie de développement d'une fonction de référent PS
 - o Contractualisation Etat – Porteur de fonction de référent PS

- Un levier organisationnel visant à intervenir sur les conditions de travail et d'exercice des porteurs de la fonction de référent
 - o Stratégie de recrutement des référents
 - o Contextes de travail et reconnaissance

- Culture de promotion de la santé transversale des élus aux techniciens PS
 - Stratégie de soutien à l'auto-formation et à la formation continue des référents
- Et enfin un levier individuel comprenant l'ensemble des interventions visant à renforcer les compétences des acteurs de terrain investis dans le champ de la Promotion de la santé.
- Réflexion avec le Laboratoire Educations et Pratiques en Santé de l'Université Paris Sorbonne Nord pour développer un DU « Référents en PS »
 - Développement d'une offre d'échange de pratiques en présentiel ou webinaire et d'une offre de ressources en ligne. Cette offre sera développée d'abord pour les coordinateurs ASV, CLS, CLSM (cf. chapitre suivant) et sera étendue progressivement à d'autres référents PS.

Ces trois leviers d'intervention et leurs stratégies afférentes pourraient constituer les trois piliers d'une approche visant à conforter la promotion de la santé de manière structurelle en Île-de-France.

1. Problématique

La promotion de la santé (PS) peut être entendue comme un champ de pratiques participant à la santé et la qualité de vie des populations. Ces pratiques sont diverses et hétérogènes, issues de l'ensemble des champs couverts par les politiques publiques, portées et mises en actes par des opérateurs relevant des sphères publique, parapublique, tout autant que privée.

Le développement de la promotion de la santé peut, alors, être pensé de deux manières :

1/ Elle peut être entendue comme *une stratégie intégrative* qui vise à relire, relier et mettre en cohérence l'ensemble des politiques et pratiques professionnelles à l'aune de leur niveau de contribution à la qualité de vie des individus et des populations. Il s'agit là, sur un territoire ou au sein d'une organisation, de valoriser l'ensemble des politiques, programmes et actions qui contribuent à promouvoir la santé des populations avec la participation des personnes concernées.

2/ Elle peut aussi être envisagée comme *une stratégie de développement de nouvelles pratiques* favorables à la qualité de vie et à la santé, et ce dans une double perspective : renforcer et conforter les *empowerment* individuels, collectifs et organisationnels, tout comme contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agit ici de mettre en place des actions spécifiques, promotrices de santé.

A l'aune de ces deux manières de délimiter le champ de la promotion de la santé, et de manière schématique, deux logiques de développement paraissent pertinentes et complémentaires :

- Une logique d'intervention au sein des organisations et milieux de vie et de travail : structures d'accueil, entreprises, établissements de soin ou éducatifs etc. (ex : Protection Judiciaire de la Jeunesse promotrice de santé)
- Une logique d'intervention territoriale, c'est-à-dire s'appuyant sur les dynamiques d'acteurs existant sur des territoires, institutionnels et administratifs (ex : DD de l'ARS, CLS, CLSM, ASV...) ou non (ex : les bassins de vie ou « territoires quotidiens » mis en évidence par les usages des populations).

A ce stade, quelques points méritent d'être brièvement soulignés, en ce qu'ils constituent la toile de fond et orientent la réflexion autour de la fonction de « référent en promotion de la santé » :

- Premièrement, la promotion de la santé, en tant qu'ensemble d'interventions permettant aux populations une meilleure maîtrise de leur qualité de vie et de leur santé, touche l'ensemble des secteurs en lien avec la vie quotidienne des populations. Elle recouvre ainsi une très grande diversité de dynamiques, de dispositifs institutionnels, de dispositifs transversaux, portés ou émanant des acteurs publics mais aussi privés.

Une approche en termes de promotion de la santé invite ainsi à travailler le maillage tout comme à la congruence -ainsi qu'à la cohérence- des dynamiques en œuvre dans les organisations et sur les territoires. Ce positionnement de médiation et de mise en synergie repose autant sur les capacités à intervenir au sein de systèmes complexes qu'à structurer des approches transversales et intersectorielles.

Si de nombreuses politiques publiques participent de la promotion de la santé, il n'existe pas, à ce jour en France, de politique publique « intégrative » en Promotion de la santé et affichée comme telle, c'est-à-dire une articulation entre une doctrine générale, des finalités prioritaires, une programmation structurée d'interventions et des évaluations portant tant sur les processus que sur les impacts de ces interventions. Le modèle intégratif proposé par le développement local des années 80 et 90, transformé en politique de développement territorial dans les années 2000 semble avoir fait long feu. Pratique transversale par excellence, la promotion de la santé s'appuie sur des politiques publiques organisées en silo et invite par conséquent à penser et travailler les notions comme les pratiques d'intersectorialité et de transectorialité.

Pour autant, il convient de souligner que la dynamique « la santé dans toute les politiques », soutenue depuis 2013 par l'Organisation Mondiale de la Santé¹, se développe progressivement en France et dans les régions, en témoignent les travaux réalisés sur les environnements favorables à la santé en milieu urbain², tout comme l'appropriation progressive par les secteurs du social, de l'éducation, de la justice (via la Protection Judiciaire de la Jeunesse), et plus encore de l'environnement des concepts de promotion de la santé, de la qualité de vie ou du bien-être territorial.

¹ Cf Déclaration d'Helsinki 2013

² Portée en Île de France notamment par l'ARS et l'ADEME

- Deuxièmement, la promotion de la santé est, à ce jour, majoritairement portée par le champ de la Santé Publique et plus spécifiquement par le secteur de l'éducation pour la santé en termes d'interventions de terrain.

Si, en référence aux axes de développement portés par la charte d'Ottawa, le renforcement des compétences individuelles et collectives est bien un axe d'intervention d'une stratégie promotrice de santé, cette dernière ne peut s'y résumer. Cela nécessite de penser la promotion de la santé sous l'angle d'une politique publique aux leviers multiples, au-delà des stratégies éducatives.

Deux points pourraient ici être mis en exergue, autour de l'importance à travailler sur les environnements favorables à la santé, entendus comme milieux de vie et environnements quotidiens, mais aussi environnements et milieux de travail des effecteurs de la promotion de la santé. Sur ces deux points la place des collectivités et des organisations est essentielle en ce que l'ensemble de leur champ de compétence constitue des leviers influençant grandement la qualité de vie des populations.

- Troisièmement, d'un point de vue organisationnel et territorial, le portage et l'identification, plus ou moins formelle et avancée, d'une fonction de « Référent » semblent essentiels au développement d'une politique publique.

De nombreux secteurs et champs de l'intervention publique en témoignent, tels le Développement Local, ou bien la Santé et Sécurité au Travail, ou bien encore le Handicap ou la Déontologie. L'observation de secteurs connexes ou participant de la promotion de la santé paraît instructif à cet égard, en ce qu'elle permet d'identifier les freins et leviers autour de cette fonction de « référent ». D'une manière générale, cette fonction semble permettre la légitimation d'un champ et son développement pratique, mais selon certains facteurs d'acceptabilité et d'efficacité qu'il convient de comprendre. Or, des dispositifs de coordination et de portage en Promotion de la santé existent déjà au niveau national et sur le territoire francilien. Si la cartographie précise de l'ensemble de ces dispositifs existant reste à faire, plusieurs d'entre eux revendiquent ou s'approchent de cette fonction de « référent » : l'un avec une entrée institutionnelle, les professionnels en Promotion et Prévention Santé des délégations départementales ARS, un autre avec une entrée organisationnelle, les conseillers en Promotion de la santé de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, ou encore avec une entrée territoriale, les coordonnateurs de CLS, CLSM et ASV³. Ces dispositifs ne sont bien sûr pas

³ Les coordinateurs des CLSM quant à eux sont davantage positionnés sur les parcours et l'accès aux soins, par conséquent dans une moindre mesure sur une approche « intégrative » de la promotion de la santé.

exhaustifs, d'autres sont en place qui méritent particulièrement attention, par exemple les coordonnateurs de santé ou les infirmières scolaires référentes.

Ces dispositifs rencontrent, en Île de France des conditions d'exercice très variées, à la fois au regard des structures et territoires au sein desquels les coordonnateurs exercent, mais aussi au regard des compétences mises en œuvre, et des missions attribuées par les institutions qui les emploient. Mais, en dépit de cette hétérogénéité des situations de pratiques, il existe une focale commune de ces dispositifs sur l'éducation pour la santé et la prévention, au détriment des approches plus globales et intégratives en Promotion de la Santé.

A l'aune de ces éléments, la question est celle de l'accompagnement au développement de la promotion de la santé en Île-de-France, par le biais du soutien à la fonction de « Référent » en PS.

Ainsi, quatre questions structurent le travail d'étude :

- 1/ Comment mieux comprendre la fonction de « référent » et les compétences qui y sont reliées ?
- 2/ Comment qualifier les besoins et les attentes d'accompagnement, sur le champ de la promotion de la santé, des acteurs « en fonction » de coordination actuellement ?
- 3/ Comment identifier les critères d'acceptabilité et de faisabilité de ces modalités d'accompagnement, au regard des situations d'exercice des acteurs de terrain ?
- 4/ quelles sont les recommandations pratiques en vue d'une politique de soutien à cette fonction de « Référent en Promotion de la santé en Île-de-France ?

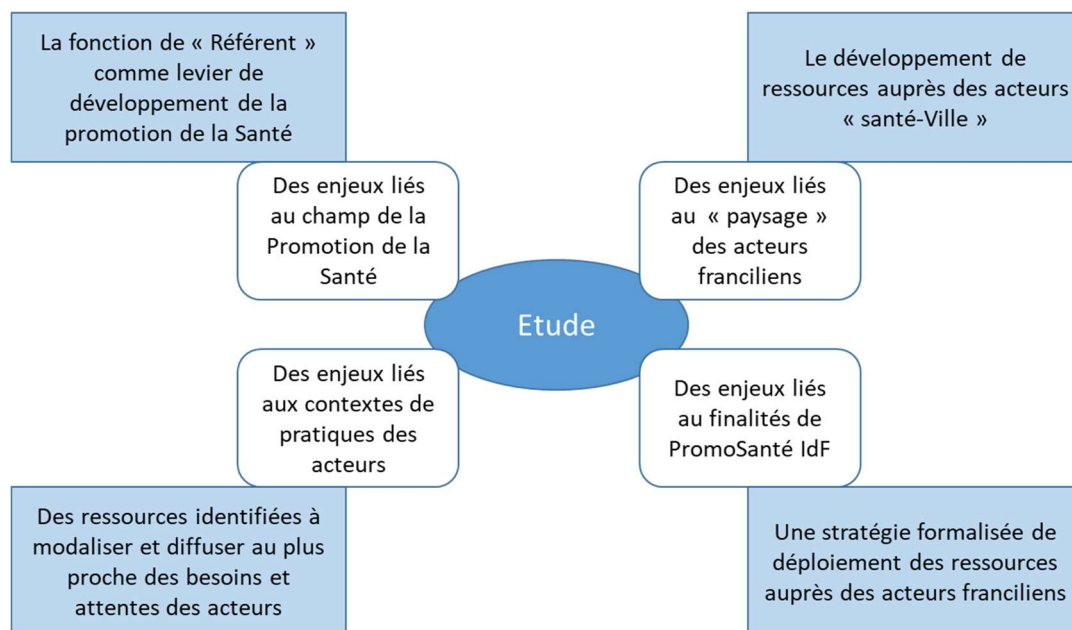
2. Objectifs de l'étude

Faisant écho aux questionnements avancés ci-dessus, l'étude poursuit plusieurs objectifs principaux :

- 1- ► Identifier les problématiques autour de la notion de « Référent en Promotion de la Santé » à partir d'un benchmark auprès de domaines où cette fonction est structurée, voire institutionnalisée
- 2- ► Identifier les facteurs de faisabilité et d'acceptabilité sociale à la mise en place de la fonction de « référent en Promotion de la santé »
- 3- ► Proposer des recommandations stratégiques en vue de conforter la fonction de référent en Promotion de la santé.

Il est enfin à souligner que ce travail fait écho aux problématiques soulevées depuis le mois de septembre 2019 par la transition relative aux activités du collectif santé ville Ile-de France, et ce :

- Sur la définition de la fonction de « référent » en promotion de la santé
- Sur la compréhension des demandes et des besoins de soutien et d'accompagnement des acteurs, en liant ces attentes et besoins aux contextes de pratiques et de travail
- Sur la modélisation des ressources pouvant être formalisées et diffusées auprès des acteurs.



3. Méthode

Décrire la méthodologie de l'étude revient à retracer brièvement son historique et décrire les évolutions successives qu'elle a connues au cours des années 2019 et 2020.

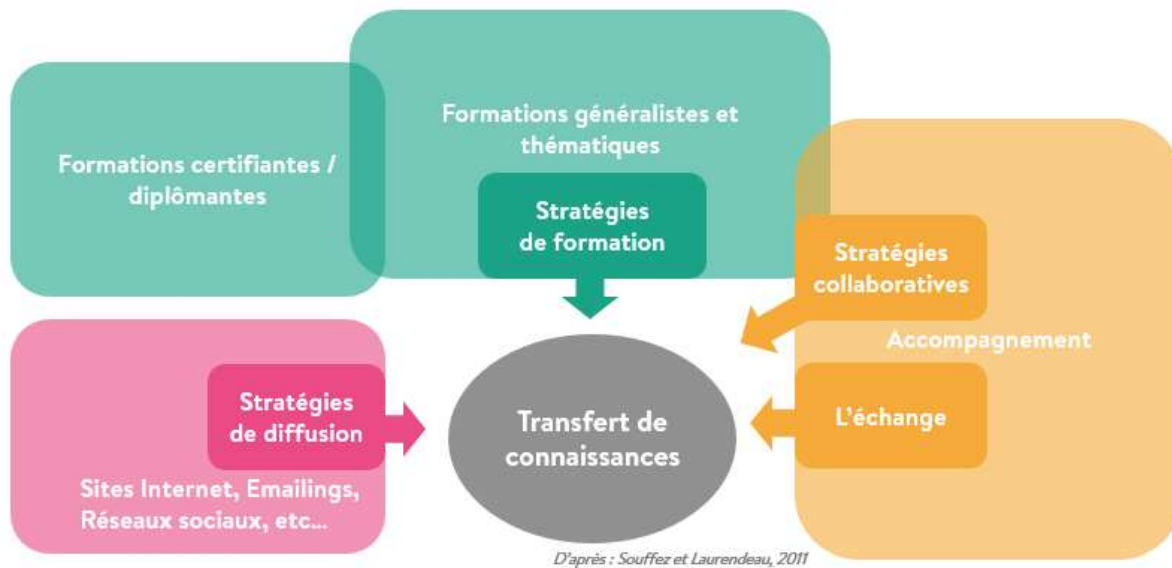
○ **Dans un premier temps**, l'étude portant sur l'accompagnement de la fonction de « référent » en promotion de la santé était orientée sur la volonté de structurer une offre de formation initiale et continue, mais diplômante, visant à conforter les registres de compétences de la fonction de référent.

La méthodologie alors choisie⁴ était par conséquent orientée :

1. Sur l'identification des besoins et demandes de ressources pour les acteurs de terrain identifiés comme potentiels porteur de la fonction de référent en promotion de la santé (référents PS)
2. Sur la pertinence de développer une formation qualifiante pour ces référents PS en lien avec le Laboratoire Educations et Pratiques en Santé de Paris13.

Lors des échanges au sein du groupe de travail associant le LEPS, Sorbonne Paris Nord, PromoSanté Île-de-France et PBC (Patrick Berry Consultant), il a été rappelé que pour transférer des compétences, il convient de développer concomitamment 3 stratégies : la formation, l'accompagnement (échanges de pratiques, tutorat...) et la diffusion (apport de ressources via Internet, revues...) ; cf. schéma suivant

Le transfert de connaissances en promotion de la santé



Transfert de connaissances – Avril 2018 – PromoSanté IdF

Cette première phase d'étude a permis :

- Un travail d'analyse documentaire focalisé sur la fonction de référent et sur le contexte francilien
- Une identification et une analyse des formations qualifiantes, certifiantes ou non en lien avec le développement des connaissances utiles à cette fonction.

○ **Dans un deuxième temps** a donc été élaborée une méthodologie « classique » d'identification des besoins et des attentes d'accompagnement, à savoir une phase d'enquête qualitative de terrain par entretiens semi-directifs (25 entretiens étaient prévus) puis un atelier collectif de validation des analyses en vue d'identifier des pistes concrètes d'accompagnement susceptibles d'être portées par l'ARS IdF et mise en œuvre par différents acteurs franciliens dont PromoSanté IdF.

Des entretiens exploratoires⁵ ont pu être menés à bien et ont permis d'affiner la problématique.

Les entretiens auprès des acteurs de terrain se sont déroulés en plusieurs phases :

- Entretien collectif avec 5 Conseillers Techniques de Promotion de la Santé de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
- Entretien collectif avec des 12 coordonnateurs de Maisons pluriprofessionnelles de santé

- Entretiens individuels ou collectifs avec 39 coordonnateurs ASV, CLS, CLSM dans le cadre de la phase de préfiguration du réseau régional des coordonnateurs.

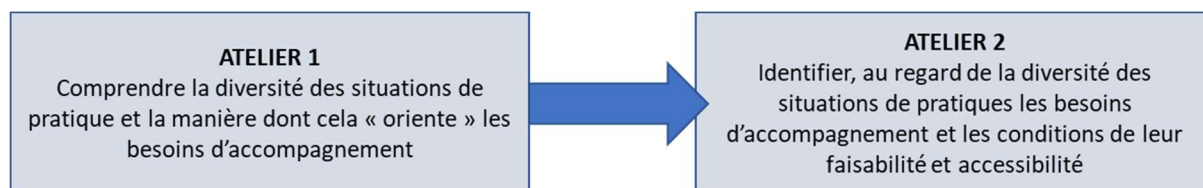
Plusieurs partenaires ont été également auditionnés pour échanger avec eux sur les besoins des référents PS et pour apprécier les actions que chacun développe déjà : Professionnels de l'ARSIF, siège et de 7 délégations départementales sur 8 ; PJJ régionale ; Centres de ressources politique de la ville (3 sur 4) ; Pôle de ressources ETP d'Ile-de-France ; Femasif.

○ **Enfin, dans un troisième temps**, un complément méthodologique a été élaboré afin de répondre aux objectifs de l'étude et permettant :

- De conforter les analyses réalisées au sein du groupe de suivi associant le LEPS Paris 13, PromoSanté IdF et PBC.
- D'affiner la compréhension des situations de pratiques et des besoins d'accompagnement identifiés, tout comme des leviers permettant le développement de la fonction de « Référent » en Promotion de la Santé en Ile-de-France.

Deux ateliers d'élaboration collective sur l'Île-de-France ont été réalisés en associant des coordonnateurs AS, CLS, CLSM, des référents de la PJJ, des responsables de services santé de ville, des coordonnateurs de MSP. Pour des contraintes de contexte liées à la pandémie, le 15 octobre 2020 sous un format mixte, c'est à dire avec un groupe en « présentiel », l'autre étant animé « à distance » via une plateforme numérique.

L'articulation des deux ateliers se présente comme suit :



Présentation de l'atelier 1 :

Objectif : Réaliser collectivement des profils-type de situation de pratiques avec les professionnels de terrain à l'aide des variables proposées

Modalités d'animation : Les participants ont réalisé des profils-type de situations de pratiques à partir de variables qui leur seront proposées par les animateurs-trices. Chacun des profils-type devait associer au moins 4 variables et 6 sous-variables, issues du travail d'analyse documentaire et des entretiens, parmi celles proposées ci-dessous.

VARIABLES DESCRIPTIVES DES SITUATIONS DE PRATIQUE	
Variables clés	Sous variables (A détailler)
Profil du/de la titulaire du poste	Sentiment de compétences en Promotion de la santé (Cf référentiel Promotion de la santé)
	Formation initiale-formation continue
	Expériences professionnelles en lien avec le poste actuel (pas du tout-un peu-bcp)
	Age
	Antériorité dans le poste (prise de poste/- de 2 ans/ + de 2 ans.
Profil du poste	% ETP dédié à la Promotion de la santé (100%-autre)
	Type de service de Rattachement hiérarchique (quel champ ?)
	Types de missions confiées Admi – Partenariat – Intervention - Plaidoyer
	Typologie d'actions
Contexte de pratiques (liées à l'organisation)	Temps disponibles/pratique, formation, lecture, échanges
	Financements disponibles
	Culture professionnelle liée à l'auto-apprentissage (lecture-échanges)
	Culture organisationnelle liée à l'évolution des pratiques professionnelles (lire, écrire, écouter, ne rien faire...)
	Culture Promotion de la santé vs prévention
Caractéristiques du territoire	Culture Promotion de la santé vs prévention
	Culture transversalité/interdisciplinarité : « travail ensemble »
	Typologie
	Demandes/besoins identifiés

Présentation de l'atelier 2 :

Objectif : Identifier, pour chacun des profils-type, les besoins d'accompagnement, qui peut être en mesure de le proposer et les conditions pour que cela soit accessible et réalisable

Modalités d'animation : A partir des profils-type réalisés lors de l'atelier 1, il s'est agi pour les participants d'identifier des modalités d'accompagnement pertinentes, acceptables et réalistes, à partir de critères qui leur étaient proposés en termes de :

Variables générales d'accompagnement	Explicitation brève
Moments où l'accompagnement semble le plus pertinent	De la prise de poste à la « sortie » de poste
Modalités d'accompagnement	Situées sur le continuum : conseil bref-accompagnement et tutorat-formation brève-formation longue
Compétences à renforcer	A partir du référentiel de compétences en Promotion de la santé
Format d'accompagnement	Individuel – collectif – présentiel - distanciel

Trois matériaux ont donc été travaillés lors de cette étude :

1/ Des analyses documentaires portant sur la fonction de « Référent », les registres de compétences associés à cette fonction ainsi que des analyses portant sur le contexte francilien

2/ Des analyses portant sur les entretiens qualitatifs réalisés auprès des acteurs franciliens mais aussi des professionnels en situation de « référent »

3/ Des analyses portant sur les données recueillies lors des ateliers centrés sur les situations de pratiques et les besoins d'accompagnement des professionnels.

Le croisement de ces matériaux permet de mettre en exergue plusieurs « apprentissages », détaillés ci-dessous.

4. Les apprentissages de cette étude

des échanges au sein du groupe de suivi, des entretiens exploratoires, des recherches bibliographiques et des ateliers, plusieurs points d'apprentissage peuvent être mis en exergue :

- Comprendre la fonction de référent au regard d'autres champs de pratiques
- Formaliser le cadre de mise en pratique de la fonction de référent
- Identifier l'offre de formation et ses lacunes
- Développer trois types d'intervention en Ile-de-France pour soutenir la fonction référent PS.

Apprentissage 1/ Comprendre la fonction de « référent » au regard d'autres champs de pratiques

Répondant au premier objectif de l'étude, un travail a été mené afin de mieux cerner les contours de la fonction de « référent », issue à la fois de champs de pratiques proches de la Promotion de la santé, et relevant de domaines thématiques liés aux politiques publiques. Ainsi en est-il de domaines tels que la Santé Sécurité au Travail (SST), du Handicap ou de la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) qui se sont développés en s'appuyant sur un portage dédié, en interne aux organisations et services ou bien sur une version territorialisée. C'est à l'aune de cette fonction dédiée qu'a été mis en exergue l'intitulé « Référent en Promotion de la santé », reprenant ainsi et l'appellation de la fonction (Référent Handicap, Référent RSE par exemple), et les problématiques qui y sont associées, posant l'hypothèse qu'un portage fort et incarné est un levier de développement majeur d'une thématique ou d'une démarche.

Deux champs de pratiques ont été plus spécifiquement détaillés dans cette synthèse, « proches » de la promotion de la santé dans leurs finalités ainsi que dans leurs démarches de politiques publiques et de stratégies d'acteurs : le développement durable et le développement local (devenu par la suite développement territorial).

En effet, ces deux champs de pratiques ont en commun avec la promotion de la santé :

- Des finalités de transformations sociales
- La nécessaire transversalité des politiques publiques et des pratiques professionnelles

- Le changement de métiers induit : de l'ingénierie d'actions et de projet « simple » vers des approches territoriales et organisationnelles d'ingénierie de projet complexe
- La mise en place de relais territoriaux ou bien au sein des organisations (institutions, associations etc.), avec des fonctions spécifiques dédiées, et par conséquent des référentiels de compétences associés
- Un mode de fonctionnement financier et par missions qui relève de la contractualisation des politiques publiques entre l'Etat et les collectivités ou bien les opérateurs associatifs. Cette contractualisation, par le biais de contrats (par exemple les contrats locaux de santé), de conventions d'objectifs et de moyens ou bien de convention simple, définit la mise en œuvre des démarches et le portage des postes de praticiens « référents » dédiés.

De manière globale, une perspective comparatiste semblerait pertinente à réaliser dans l'optique de comprendre les différences dynamiques de développement, mettant en regard les réussites tout comme les échecs de ces différents champs de pratiques. On peut poser l'hypothèse qu'une telle analyse croisée offrirait à la promotion de la santé un regard instructif sur ses modalités de déploiement.

Moins ambitieusement, la focale portant sur le portage de ces champs de pratiques, par des professionnels spécialisés et portant la fonction de « référent » (pour le développement durable) ou « d'agent » (pour le développement local), éclaire sur les domaines de compétences requises pour le développement d'un champ de pratique à finalité de transformation sociale.

Dans le cadre de cette focale sur les domaines de compétences, deux outils ont été spécifiquement utilisés dans cette étude.

1/ Le référentiel des métiers du développement local, élaboré en 2005 à l'initiative de l'UNADEL⁶, missionnée en ce sens par le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire

2/ Le travail portant sur le référentiel de compétence du développement durable, travaillé en 2016 par l'université du Québec à Chicoutimi.

De manière synthétique, il ressort de l'analyse de ces deux référentiels :

⁶ Union National des Acteurs du Développement Local – unadel.org

La mise en exergue de 4 macro-compétences majeures en termes de portage et de fonction de « Référent », communs aux deux domaines.

MACRO-COMPETENCES	EXPLICITATIONS
Connaissances des problématiques du champ	Capacité à structurer des connaissances autour des enjeux et des problématiques liés au développement local et développement durable en termes d'actualités, d'enjeux systémiques, de priorisation, et de faisabilité.
Stratégies	Capacités à identifier des leviers d'intervention et à développer des stratégies d'interventions sur le moyen terme.
Ingénierie systémique	Capacité à intervenir au sein de systèmes complexes tels que les organisations, administrations publiques et les territoires à l'échelle locale.
Plaidoyer-communication	Capacité à communiquer auprès des décideurs publics et privés dans un but d'orientation de la décision.

► Un commun sur l'ensemble des compétences de mise en œuvre qui pourrait être résumé comme suit :

Compétences	Description
Thématique	Assurer une veille documentaire et être relai des actualités thématiques Etre en capacité d'explicitier les problématiques, les enjeux liés à la thématique
stratégique	Développer une stratégie de plaidoyer et de développement, soit au sein d'un territoire, soit au sein d'une organisation (entreprise, service etc.)
Plaidoyer	Utiliser des stratégies et outils pour « promouvoir l'idée » et influencer /orienter les décideurs
Coordination	Mettre en lien des acteurs et favoriser la cohérence sur un territoire ou dans une organisation
Ingénierie de projet	élaborer, suivre et évaluer les projets
Communication	Valoriser et communiquer sur les projets et/ou les thématiques
Partenariat	Travailler collectivement
Compétences personnelles et relationnelles	entrer en relation, écoute, etc.

En échos à ce travail sur des domaines connexes, deux référentiels de compétences en Promotion de la santé ont été utilisés, afin de caractériser les savoir-faire en lien avec ce qui pourrait être une fonction de « Référent en promotion de la santé ».

- le référentiel de compétences élaboré au niveau européen dans le cadre du projet CompPH entre 2009 et 2012⁷

- le référentiel de compétences élaboré par le NHS en 2007⁸

Il ressort de ces deux référentiels :

- une grande similitude avec les deux référentiels précédents dans l'approche des « macro-compétences », avec une mise en exergue des capacités de compréhension et de connaissances des enjeux et finalités de transformations sociales, tout comme des stratégies (leviers) et tactiques (démarches et outils) pour y arriver

- une place importante à la compétence de « leadership » et de capacités à construire des partenariats stratégiques

⁷ Ce référentiel de compétences a été publié en 2011, mais une version définitive a été finalisée en 2016.

⁸ Ce référentiel de compétences est accessible sur le site du NHS

- Une mise en avant, au sein des compétences techniques, des capacités d'évaluation et de mise en lien des pratiques avec les données issues de la recherche.

Les compétences liées à une fonction de « référent en promotion de la santé » ont ainsi déjà été travaillées et peuvent être synthétisées comme suit :

Compétences
Thématique Promotion de la santé
Plaidoyer
Coordination
Ingénierie de projet dont l'Évaluation
Communication
Partenariat
Compétences personnelles et relationnelles
Connaissance des milieux et territoires
Mise en lien des pratiques avec les données de la recherche en santé publique et sciences sociales

Il est à noter que la compétence de leadership peut être entendue comme compétence transversale, tout spécifiquement en lien avec celle de Plaidoyer, mettant ainsi en exergue les problématiques de légitimité et de crédibilité associées au statut tout comme à la reconnaissance des praticiens, ainsi qu'avec celle de Partenariat.

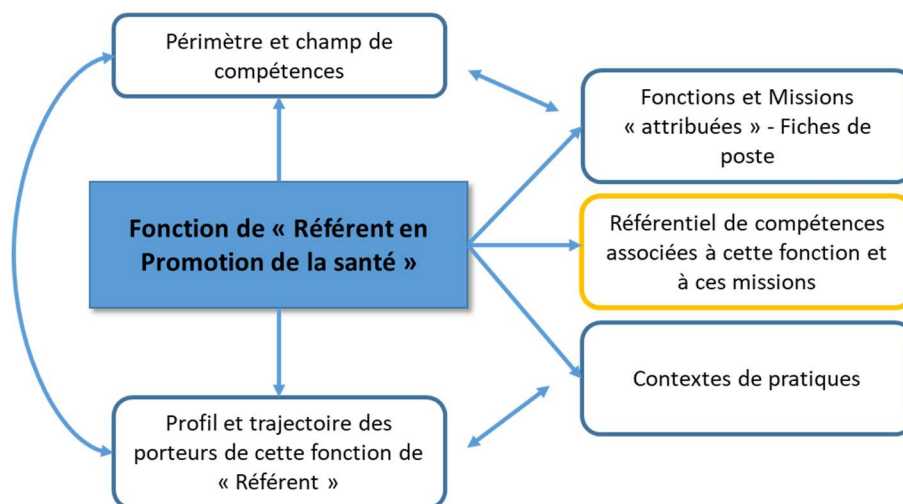
Par ailleurs, l'OMS fait de cette compétence de leadership, au sein d'une organisation, d'un territoire ou d'un groupe, une clef du portage de la promotion de la santé, orientée vers les finalités de « santé pour tous » déployés au sein de la charte d'Ottawa⁹.

⁹ OMS, Discussions techniques sur le développement du "Leadership" de la Santé pour tous, 1988
Fonctions de référent PS en Ile-de-France – Note de synthèse – Janvier 2021 - PromoSanté IdF – PBC-
A la demande et avec le soutien de L'Agence Régionale de Santé IdF

Apprentissage 2/ Formaliser le cadre de mise en pratique de la fonction de « Référent PS »

Comprendre « la réalité de pratique » de la fonction de référent invite à inscrire les référentiels de compétences dans un cadre plus large, que l'on pourrait décrire comme « situations de pratiques » ou, mais de façon plus réductrice, comme des « contextes de travail », au sein desquels évoluent les professionnels de terrain. **En effet, les compétences ne s'expriment que dans un système d'action concret, c'est-à-dire dans un environnement de travail associant de multiples facteurs, organisationnels et de contexte (par exemple touchant aux caractéristiques des territoires ou des dynamiques d'actualités).**

Au regard de l'expérience, des échanges au sein du groupe de suivi tout comme des entretiens exploratoires, ce cadre de pratique peut être schématisé comme suit concernant les deux types de praticiens observés, à savoir les coordonnateurs de Contrats Locaux de Santé et les Conseillers Techniques en Promotion de la Santé de la Protection Judiciaire de la Jeunesse :



Ainsi, les compétences associées à une fonction s'insèrent-elles et ne s'expriment-elles que dans un système plus large associant :

- *Le périmètre et les champs de compétences du champ de pratique* : selon l'acceptation de la Promotion de la santé, ce périmètre est plus ou moins large. De « restreint » selon l'acceptation d'une promotion de la santé tournée vers le modèle biomédical de prévention sanitaire, à « large » si l'on prend la

définition de l'OMS orientée vers l'ensemble des processus qui « confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci »¹⁰.

- *Le Profil et les trajectoires des porteurs de cette fonction de référent* : les formations initiales et continues des praticiens, leurs expériences professionnelles, ainsi que leur âge en lien avec les cultures générationnelles, orientent les pratiques.

- *Les fonctions et les missions « attribuées »* : les structures au sein desquelles évoluent les praticiens (en l'occurrence collectivités ou services de l'administration pénitentiaire) cadrent, par leur politique interne et la manière dont elles définissent les fonctions et les missions, la mise en acte des compétences. Les rôles attribués font ainsi, le plus souvent, l'objet de fiches de poste structurantes et des compétences valorisées et des pratiques réelles des professionnels de terrain, en lien avec leur marge d'autonomie.

- *Les contextes de pratique* : il s'agit là de souligner l'influence sur les pratiques des situations rencontrées « en local », c'est à dire sur les territoires d'intervention et de travail. Les problématiques rencontrées d'un territoire à un autre, d'une collectivité à une autre ou bien d'un service à un autre, diffèrent et guident les pratiques professionnelles, en les cadrant tout en les spécifiant à des enjeux singuliers.

Cette compréhension des cadres de **la fonction de « référent » conduit à souligner les interrelations entre l'ensemble des facteurs mentionnés ci-dessus**. Ce qui, d'un point de vue général sous-tend :

- Que les compétences associées à la fonction de « référent », sur le développement local ou durable comme sur la Promotion de la santé sont indissociables des « situations de pratiques » et du cadre d'exercice. Les compétences des acteurs ne peuvent être pensées ni « travaillées » (par exemple au sein d'un dispositif de formation) hors « situation de pratique ».

- Que toute stratégie focalisée sur le renforcement ou l'élargissement des compétences devra prendre en compte, dans un souci d'efficacité, l'ensemble des facteurs reliés aux situations de pratiques.

L'approche systémique semble ici particulièrement indispensable, au risque d'une focale sur les personnes « en poste » et sur leurs compétences propres, amenant à minorer les leviers organisationnels et structurels de développement de la promotion de la santé.

¹⁰ OMS, Charte d'Ottawa, 1986

- Que, plus largement, ces situations de pratiques peuvent être reliées à des dynamiques transversales et subjectives de reconnaissance et de sens accordé au travail¹¹, tout spécifiquement mentionnées lors des entretiens exploratoires.

Le travail documentaire¹², les échanges au sein du groupe de suivi, l'ensemble des entretiens ainsi que les contenus des deux ateliers d'échange **ont permis de confronter ces éléments avec la réalité des situations de pratiques de terrain des professionnels de terrain.**

Les constats tirés, présentés de manière générale peuvent être ordonnés selon les mêmes axes que ceux utilisés pour décrire les situations de pratiques évoquées dans la partie ci-dessus.

- *Le périmètre et les champs de compétences du champ de pratique* : l'approche de la Promotion de la santé dans son versant « large » est peu appropriée par les praticiens, même si elle se développe actuellement en Île-de-France via deux outils que sont l'Urbanisme favorable à la santé et l'Évaluation d'Impacts sur la santé. La Promotion de la santé semble assimilée à la Prévention et plus encore à l'Éducation pour la santé, et dans les discours, et dans les pratiques. Elle semble aussi, chez les acteurs, pouvoir être synthétisée à l'aune de la notion de « santé globale », la Promotion de la santé n'étant alors ni définie ni envisagée comme une stratégie d'intervention mais bien plutôt comme une appropriation large –dans son versant psychosocial du bien-être perçu- de la santé, se détachant du modèle biomédical. Elle apparaît peu perçue comme une finalité ou bien une stratégie de transformation sociale.

Ce constat réfère à l'ensemble des compétences identifiées en amont, notamment autour des connaissances liées aux problématiques associées à la Promotion de la santé, capacité à mettre en œuvre des stratégies de changement social et capacité de plaidoyer.

Dans cette perspective, où l'éducation pour la santé et plus globalement la prévention reste au cœur des logiques et pratiques de terrain, il semble, d'une manière logique, que les modalités d'intervention soient polarisées autour de l'ingénierie d'action. L'ingénierie de projet, c'est à dire la mise en lien d'une problématique singulière avec des réponses spécifiques permettant des apprentissages partagés entre toutes les parties prenantes, et les modes d'intervention au sein de systèmes complexes semblent peu développés, que cela soit dans une optique territoriale ou organisationnelle.

¹¹ Lorient M., Sans et reconnaissance dans le travail, Traité de sociologie du travail, Sous la direction de Christina Karakioulafis, Athènes, AIONIKOS, 2011, pp.43-67.

¹² Notamment les documents relatifs à l'évaluation des contrats locaux de santé en Île de France., consultables sur le site de l'ARS Île de France

- *Le Profil et les trajectoires des porteurs de cette fonction de référent* : l'évaluation intermédiaire des Contrats locaux de Santé de même que les entretiens ont à la fois souligné la grande diversité des profils des coordonnateurs de contrats locaux de santé, ce qui est aussi vrai pour les coordonnateurs ASV ou de CLSM, comme pour les référents PJJ ou les coordonnateurs des MSP, mais aussi la méconnaissance de leurs trajectoires professionnelles et la difficulté à avoir une analyse des profils-type des postes pourvus. En l'absence de données structurées, tout juste peut-on avancer à la suite des entretiens que le profil type est un professionnel ayant un niveau de qualification élevé (diplôme d'Etat de profession de santé, master 2 dans des domaines très variés). Selon les professionnels des DD ARSIF, il y aurait moins de coordonnateurs ayant un master en promotion de la santé ou en santé publique. Un nombre de plus en plus important de coordonnateurs sont en reconversion professionnelle et n'ont aucune connaissance du système de santé et de la promotion de la santé. Tous semblent avoir des capacités méthodologiques importantes et des compétences à acquérir des savoirs de manière rapide.

- *Les fonctions et les missions « attribuées »* : en dépit des référentiels en promotion de la santé existants précités, ou du référentiel de compétences à destination des coordonnateurs de CLS porté par l'ARS Île-de-France, les fonctions et missions attribuées semblent diverses, mais polarisées autour de la mise en place d'actions partenariales de prévention (la majorité des actions portent sur les modes de vie selon l'évaluation des CLS), ou sur l'accès aux soins (à vérifier auprès de l'ARSIF sur les dernières données), sous l'angle de l'accessibilité aux dispositifs existants.

En lien avec ces missions et fonctions, il est à souligner quelques aspects organisationnels structurants les situations de pratiques :

- Pour ce qui concerne les coordonnateurs de ASV/CLS/CLSM, les postes sont portés et encadrés par les collectivités, définissant elles-mêmes les temps affectés aux coordonnateurs en fonction de leurs politiques internes comme externes. Certains coordonnateurs par exemple sont à 20% du temps affecté à la santé, d'autres à 50%, d'autres à 100%. La contractualisation entre l'Etat et les collectivités n'apparaît pas contraignante sur les situations de pratiques décrites, en dépit des co-financements apportés par les services de l'Etat.

- les rattachements hiérarchiques et les places au sein des organigrammes semblent très diverses en fonction des collectivités et orientent les pratiques, tout spécifiquement sous l'angle de l'aide à la décision.

L'ensemble de ces éléments participe à construire une diversité importante de situations de pratiques pour les professionnels en situation de « Référent ». Pour autant, les ateliers et les entretiens ont montré :

Premièrement, **les besoins d'accompagnement peuvent être approchés selon ce que l'on pourrait appeler des « Communs »**, c'est-à-dire des thématiques faisant un très large consensus auprès de l'ensemble des situations de pratiques travaillées, autour :

- Des communs thématiques :

Mieux connaître et comprendre les enjeux de la promotion de la santé, en général, tout comme au niveau local

Mieux comprendre et analyser son territoire et le « paysage » des acteurs franciliens, à la fois avec la focale « santé », mais aussi l'ensemble des opérateurs et des outils ayant une influence sur les déterminants de la santé des populations

- Des communs méthodologiques

Développer les compétences de plaidoyer auprès des décideurs

Développer des compétences méthodologiques de coordonnateur territorial notamment sur la manière de faire vivre l'intersectorialité, sur la question de la participation des habitants-usagers-citoyens

- Des communs de modalités d'accompagnement

Facilité d'accès aux dispositifs d'auto-formation et de formation

Reconnaissance professionnelle des processus d'auto-formation

Développer les approches « par les pairs »

Deuxièmement, les variables influant le plus sur les besoins d'accompagnement sont :

- Le sentiment de compétence en Promotion de la santé
- La formation initiale
- L'expérience et l'ancienneté dans le poste
- Le % ETP dédié aux missions Promotion de la santé
- Les cultures de santé et de travail en transversalité au sein des organisations porteuses

- La culture et les pratiques, au sein des organisations, facilitant l'accès à l'auto-formation et la formation continue.

Apprentissage 3/ Identifier l'offre de formation et ses lacunes

Avant d'arriver à des propositions opérationnelles, il importe de faire un détour concernant l'offre de formation. Comme il a déjà été présenté dans un autre rapport, l'offre croisant les compétences nécessaires aux référents en promotion est abondante. Pour autant, elle semble présenter plusieurs types de lacunes.

En s'appuyant sur les formations recensées dans le répertoire de PromoSanté IdF. Les 1263 formations répertoriées sont dispensées par des organismes ayant eu l'agrément data-dock¹³ ; ce sont des formations dispensées en Ile-de-France ou e-learning et en langue française.

21 sont certifiantes, 83 diplômantes, plus de 1000 représentent donc des modules de ½ journée à 4 jours dans une visée de montée en compétences sans diplôme à la clef

- ⇒ L'offre est donc très importante et devrait pouvoir répondre aux différents besoins des acteurs de la promotion de la santé

Les thèmes de formation sont par ordre décroissant :

- Des méthodes (conduite de projet, évaluation, démarche qualité, associer les usagers...)
- Puis de nombreuses formations par thème ou par public ; pour les plus fréquentes : santé et sécurité au travail, santé mentale, violences urbaines sexistes..., vieillissement, handicap, nutrition, santé environnement, addictions...
- ⇒ Là aussi, sur ces quelques éléments, il semble apparaître que l'offre puisse satisfaire les attentes des acteurs franciliens.

¹³ Nous n'avons pas encore la possibilité d'intégrer les nouvelles obligations d'agrément des organismes de formation continue du fait que de nombreux organismes sont en cours de demande pour obtenir leur nouvel agrément

En s'appuyant sur les besoins spécifiques des référents en PS et en regardant de plus près les **formations courtes proposées** (autant que nous pouvons le faire car parfois les descriptifs sont assez succins), plusieurs points sont à souligner :

- La promotion de la santé n'est pas souvent abordée dans l'offre thématique et par population (sauf pour santé au travail) ; il s'agit davantage de propositions pour développer la prévention ou l'éducation pour la santé
- En ce qui concerne les méthodes : les méthodes de conduite de projet, les démarches qualité, l'évaluation dominant. Il est plus difficile de trouver des approches territorialisées et encore moins intersectorielles
- La coordination territoriale en santé reste assez invisible dans l'offre de formation modulaire, elle est davantage présente pour les formations certifiantes et qualifiantes.

En complément, de ce qui est repérable au sein du répertoire de PromoSanté IdF, une recherche par mots clefs a été réalisée afin **d'identifier le maximum de formations qualifiantes et certifiantes sur le territoire français concernant notre objet.**

Les principaux mots clefs utilisés sont : promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention, santé publique, coordinateurs/coordination santé, territoire et santé, géographie et santé, politiques publiques et santé.

Si les référents PS souhaitent passer un nouveau master (ils en ont souvent déjà un), ils peuvent en trouver sur l'un ou l'autre des thèmes qui viennent d'être mentionnés. Ils auront plus de difficultés à trouver une formation qualifiante articulant les 3 grandes dimensions de leur fonction (dimensions qui s'interpénètrent) : développer des programmes de promotion de la santé sur un territoire ; connaître son territoire ; animer/coordonner des partenaires dans une dynamique intersectorielle.

- ⇒ Ainsi, les référents PS sont des professionnels déjà largement diplômés, qui ont des attentes et des besoins très divers en fonction de leur parcours antérieur de formation et d'expérience, et qui ont peu de temps à consacrer à la formation continue. Peu d'entre eux semblent prêts à se lancer dans un nouveau master. Par contre, une formation de type Diplôme universitaire (DU) serait plus adaptée (CF. chapitre suivant).

Apprentissage 4/ Développer trois types d'intervention en Ile-de-France pour soutenir la fonction de référent en promotion de la santé

L'ensemble des éléments présentés souligne l'importance d'avoir une approche systémique dans l'optique de conforter la promotion de la santé en Île-de-France selon trois échelles d'intervention : des leviers structurels, organisationnels et individuels.

Le travail documentaire sur les fonctions de « Référent » dans le Développement Local tout comme dans le Développement Durable, tout autant que les contenus des échanges lors des ateliers soutiennent l'identification de ces trois leviers et l'importance des approches systémiques, au risque de conforter des approches par compétences reposant en très grande majorité, voir exclusivement, sur les professionnels en postes et sur les seules capacités individuelles à évoluer dans des trajectoires professionnelles choisies. Cette stratégie apparaît pertinente en termes individuels pour les professionnels dont les contextes de travail sont les plus soutenant, mais comme ne permettant pas d'ancrer les dynamiques territoriales en Promotion de la Santé.

Ces trois leviers d'intervention identifiés mettent en jeu trois types d'acteurs institutionnels en fonction de leurs échelles et périmètres de compétences :

- Les services de l'Etat et notamment ceux de l'ARS Île-de-France, mais aussi des agences telles que SPF, ou encore l'ADEME par exemple
- Les collectivités et l'ensemble des structures « porteuses » des fonctions de « Référent » : associations, MSP, etc.
- Les organismes Ressources, dont PromoSanté Île-de-France, les CRPV, mais aussi l'Institut Paris Région par exemple.

4.1. Les leviers structurels concernent globalement l'articulation d'une politique publique autour d'une stratégie de développement de la fonction de « Référent », avec l'orientation d'outils de contractualisation déjà en place tels que les CLS par exemple. Ces leviers concernent essentiellement les décideurs et financeurs.

Le principal levier structurel à disposition est celui de la contractualisation. Cette stratégie d'engagements réciproques vise à structurer les cadres d'une politique publique liant des porteurs de la fonction de « Référents » et les services de l'Etat. Elle concerne ainsi :

- Les contractualisations entre Collectivités et Etat
- Les contractualisations entre Etat ou collectivités et structures porteuses des fonctions de « Référent »
- Les contractualisations entre Etat et acteurs ressources.

Cette stratégie de contractualisation peut être travaillée en trois temps : la négociation et l'élaboration du cadre contractuel ; le suivi de processus en cours de contrat ; l'évaluation et les retours d'expériences formalisés liés à la contractualisation.

L'intérêt de cette stratégie, que certains professionnels des DD ARSIF cultivent progressivement en lien avec leurs interlocuteurs, est d'intervenir sur les situations de pratiques des porteurs de la fonction de « Référent », en lien avec les profils de poste, les missions, les fiches de postes et les référentiels de compétences utilisés en Île-de-France, ainsi que les contextes de pratiques, notamment les pourcentages dédiés de postes fléchés sur le champ de la promotion de la santé et les capacités d'auto-formation.

Développer la fonction de Référent en Promotion de la santé	
Leviers	Structurels
Stratégie	Contractualisation
Acteurs concernés	Services déconcentrés de l'Etat et acteurs « porteurs » de la fonction de référent : collectivités publiques et acteurs de droit privé (associations notamment)
Intérêts	L'intérêt de cette stratégie est d'intervenir sur les situations de pratiques des porteurs de la fonction de « Référent »
Variables des situations de pratiques ciblées	Les variables des situations de pratiques que permettraient d'impacter une stratégie de contractualisation : <ul style="list-style-type: none"> - Accès à l'auto-formation et à la formation - % dédié à la promotion de la santé - Types de missions (fiches postes et fiches missions) - Financements des postes - Modalités d'évaluation des dispositifs

4.2. Les leviers organisationnels concernent les organisations « porteuses » de la fonction de référent : Collectivités pour les coordonnateurs de CLS, associations, sociétés libérales pour certaines MSP, institutions telles que la PJJ etc. Ces leviers organisationnels sont intrinsèquement liés aux leviers structurels identifiés plus avant et dépendent de la stratégie politique mise en œuvre et des modalités de contractualisation avec les services de l'Etat. Ils sont aussi issus des « marges de manœuvre » des organisations, qui décident de leurs propres stratégies politiques, de gestion des ressources humaines et des moyens-outils donnés aux professionnels rattachés.

Les principaux leviers sont l'acculturation et le plaidoyer.

Cette stratégie vise à faire évoluer les représentations sociales, et à influencer les pratiques en intervenant au plus proche de la décision. Cette stratégie se déploie donc auprès des décideurs et financeurs.

La stratégie de plaidoyer portant sur la fonction de référent peut être réalisée auprès des élus des territoires ; des instances délibératives : Conseil de Développement par exemple ; des directions de services au sein des collectivités et des services déconcentrés de l'Etat. Les CRPV ont déjà plusieurs types d'action de sensibilisation des élus. Certains professionnels des DD ARS réalisent également un travail de sensibilisation et de plaidoyer auprès des acteurs des collectivités territoriales.

L'intérêt de cette stratégie est de développer une culture en Promotion de la santé auprès des décideurs et d'influer sur le levier organisationnel pour conforter la fonction de « Référent ». Cela permettrait de faire évoluer les situations de pratiques, notamment sur les profils de poste et les contextes de pratique.

Développer la fonction de Référent en Promotion de la santé	
Leviers	Structurels et organisationnels
Stratégie	Plaidoyer
Acteurs concernés	Acteurs « décideurs » en responsabilité, au sein des services déconcentrés de l'Etat, les CRPV qui développent déjà différentes actions à destination des élus, tout comme des organisations « porteuses » de la fonction de « Référent »
Intérêts	L'intérêt de cette stratégie est de développer une culture en Promotion de la santé auprès des décideurs et d'influer sur le levier organisationnel pour conforter la fonction de « Référent ».
	L'ensemble des variables composant les situations de pratique peuvent être impactées par cette stratégie

Variables des situations de pratiques ciblées	
--	--

4.3. Les leviers individuels et personnels se rattachent aux individus en tant que tels, et sont associés aux trajectoires de vie et de travail, aux motivations et recherche de reconnaissance, aux compétences personnelles. Ici aussi, il faut souligner combien ces leviers sont liés aux deux autres précédemment mentionnés.

Il s'agit là d'une stratégie centrée sur les savoir-faire et visant à conforter les capacités des individus à agir de manière réflexive. Cette stratégie, qui peut se mettre en place avec des outils tels que la formation professionnelle continue, ou bien les échanges de pratiques ou encore les dispositifs d'auto-formation, s'adresse à l'ensemble des acteurs du territoire.

L'intérêt de cette stratégie est d'intervenir directement auprès des porteurs de la fonction de « Référent ». Rappelons que cette stratégie est triple. Afin de développer des compétences, il importe de manière concomitante de réaliser de la formation, de développer des échanges de pratiques et de diffuser des ressources.

Le programme de travail en cours de finalisation concernant le réseau des coordonnateurs ASV, CLS, CLSM s'inscrit ici et a vocation d'être ouvert progressivement à d'autres référents PS :

- Journée d'accueil des nouveaux coordonnateurs avec amélioration de la « boussole » (outil d'aide à la prise de poste) et possibilité de tutorat par un coordonnateur plus ancien
- Parcours d'échanges d'expérience couplés à des apports théoriques et mise en place de ressources on-line afin de pouvoir continuer à développer ses connaissances
- Des temps d'échange entre pairs pour faciliter l'entraide mutuelle.

Le travail avec le LEPS en représente une autre dimension. Une réflexion est en effet menée conjointement avec Le LEPS de l'Université Paris13 sur la pertinence et la faisabilité de développer un Diplôme Universitaire pour les référents PS.

Dans la suite de l'analyse développée dans le point 3 des enseignements, un DU aurait plusieurs avantages :

- Reconnaître l'importance de cette fonction dans l'espace social

- Développer une formation sous l'égide de l'Université donc avec l'ensemble des critères qualité de ce type de formation. Un DU, c'est un programme pédagogique répondant à des besoins de formation, un dispositif d'admission comprenant la reconnaissance d'équivalences éventuelles, un processus de diplomation, s'appuyant notamment sur la production d'un mémoire écrit soutenu oralement devant un jury présidé par un.e universitaire. Le tout évalué par le CFVU de l'Université
- Faciliter un accès modulaire aux référents PS en fonction de leur formation et expérience antérieures
- S'appuyer sur des modules mis en place par différents opérateurs à partir du moment où ces derniers sont reconnus par l'Université.

Développer la fonction de Référent en Promotion de la santé	
Leviers	Individuels
Stratégie	Développement des compétences par la formation, les échanges d'expérience et stratégie de diffusion de ressources
Acteurs concernés	Acteurs effecteurs de la fonction de « Référent »
Intérêts	L'intérêt de cette stratégie est d'orienter les compétences des acteurs vers les référentiels en Promotion de la santé, confortant ainsi la qualité des pratiques de terrain
Variables des situations de pratiques ciblées	Les compétences, le sentiment de compétence, la culture professionnelle sont les variables majeures impactées par cette stratégie.

Conclusion

En complément au travail réalisé par PromoSanté Île-de-France concernant l'identification des besoins d'accompagnement des coordonnateurs, ce travail, d'une approche plus large, permet de souligner l'importance à aller au-delà des approches par compétences pour conforter les dynamiques de promotion de la santé en Île-de-France.

Développer la fonction de « Référent » en promotion de la santé impliquerait ainsi de prendre en compte l'ensemble des variables permettant de comprendre les situations de pratiques. Celles-ci permettent en effet d'esquisser les réalités au sein desquelles, et avec lesquelles, agissent les acteurs de terrain.

D'une manière idéale, c'est en travaillant stratégiquement et pratiquement de manière congruente sur l'ensemble de ces variables qu'une fonction de « référent » pourrait être consolidée à partir de la diversité de l'existant.

Si des leviers et des stratégies ont été esquissés ici, il convient à ce stade de discuter collectivement les pistes contenues dans ce travail dans l'objectif de soutenir les acteurs porteurs des dynamiques en Promotion de la santé.