



HAL
open science

État des lieux de la mise en place du Service sanitaire à Nantes

Vincent Roy

► **To cite this version:**

Vincent Roy. État des lieux de la mise en place du Service sanitaire à Nantes. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04264882

HAL Id: dumas-04264882

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04264882>

Submitted on 30 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITÉ DE NANTES
UFR SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

ANNÉE 2023

N°
(complété par la scolarité)

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Vincent ROY

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2023

Etat des Lieux de la Mise en Place du
Service Sanitaire à Nantes

Présidente : Mme Delphine CARBONNELLE, Professeur de Physiologie, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Directrice de thèse : Mme Muriel DUFLOS, Professeur de Chimie Organique, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

Membres du jury : M Xavier RECULEAU, Pharmacien d'officine, Montaigu

Remerciements

A ma présidente de thèse, Mme Delphine Carbonnelle, *Doyen de la faculté de pharmacie de Nantes et professeur des universités en Physiologie*

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma directrice de thèse, Mme Muriel Duflos, *Professeur des universités en Chimie Organique*

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour le temps et la patience que vous m'avez accordés, veuillez trouver ici mes sincères remerciements

Je dédie cette thèse :

A ma famille, Papa, Maman, Paul, François, Adèle, Coline, (et Kiara)

Je ne serais pas qui je suis aujourd'hui, sans vous. Je ne serais pas là aujourd'hui, si cela n'avait été pour vous.

A l'équipe de la Pharmacie FOXPharma, Xavier, Frédéric, Corinne, Joelle, Myriam, Lydie, Léa et Elisa

Je me sens très chanceux de faire partie de votre équipe. Merci de m'avoir accueilli, accompagné, guidé et soutenu pendant toutes ces années. Vous êtes les meilleurs.

A mes amis, Léa, Constance, Julie, Louis, Déborah, Manon, Sylvain, Pauline, Germain, Mathilde, Cathy, Gauthier, Nicolas, Julianne, Alixe et tous les autres membres de la 16x20

Vous êtes des amis formidables. J'espère sincèrement que notre amitié durera encore de longues années.

A toutes les autres personnes, qui se reconnaîtront et, qui m'ont accompagnées durant mes études

Sommaire

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION.....	8
I – LA PREVENTION	9
I.1 – LES DEFINITIONS DE LA PREVENTION.....	9
I.1.a – La Prévention selon l’OMS	9
I.1.b – La Prévention selon Robert S. Gordon	10
I.1.c – La Prévention selon le Pr. Jean-Louis San Marco	10
I.2 – LA PREVENTION EN FRANCE	11
I.2.a – Les Enjeux de la Politique de Prévention.....	11
I.2.b – La Place de La Politique de Prévention	13
I.3 – LA PROMOTION DE LA SANTE	13
I.3.a – La Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé (1986).....	13
I.3.b – Les Recommandations d’Adélaïde : politique publique saine (1988).....	14
I.3.c – La Déclaration de Sundsvall : des environnements favorables à la santé (1991)	14
I.3.d – La Déclaration de Jakarta : adapter la promotion de la santé au 21e siècle (1997).....	15
I.3.e – La Déclaration de Mexico pour la promotion de la santé : faire place à l’équité (2000)	15
I.3.f – La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l’heure de la mondialisation (2005).....	16
I.3.g – Appel à l’action de Nairobi : promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre (2009)	16
I.3.h – La Déclaration d’Helsinki sur la Santé dans toutes les politiques (2013).....	17
I.3.i – La Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l’horizon 2030 (2016)	17
I.3.j – La Déclaration de Rotorua : Promouvoir la Santé Planétaire et le Développement Durable pour Tous (2019)	18
I.3.k – La Charte de Genève pour le Bien-Être (2021)	18
I.3.l – La Déclaration de Tiohtia:ke : Catalyser les Politiques de Santé de Bien-Être et d’Equité	19
I.4 – LA PROMOTION DE LA SANTE DANS L’UNION EUROPEENNE.....	19
I.5 – LA PROMOTION DE LA SANTE EN FRANCE	22
I.5.a – La Stratégie Nationale de Santé	22
I.5.b – Le Plan National de Santé.....	23
I.5.c – Le Plan Régional de Santé.....	24
II - QU’EST-CE QU’EST LE SERVICE SANITAIRE ?.....	25
II.1 – LA GENESE DU SERVICE SANITAIRE.....	25
II.1.a - L’origine du projet de Service Sanitaire	25
II.1.b - La mise en place du projet de Service Sanitaire.....	25
II.2 – LE RAPPORT VAILLANT : LE PROJET DU SERVICE SANITAIRE	26
II.2.a – Les Objectifs du Service Sanitaire	26
II.2.b – Les Etudiants en Santé : Effecteurs du Service Sanitaire.....	27
II.2.c – La Durée du Service Sanitaire.....	28
II.2.d – La Formation des Etudiants	28
II.2.e – L’Interprofessionnalité et la Pluridisciplinarité	30
II.2.f – Les Apports du Service Sanitaire.....	30
II.2.g – Les Thématiques du Service Sanitaire.....	31
II.2.h – Les Lieux d’Actions du Service Sanitaire.....	32
II.2.i – La Méthodologie du Service Sanitaire.....	34
II.2.j – La Mise en Œuvre du Service Sanitaire	36
II.2.k – Les Perspectives du Rapport Vaillant	37
III – LA MISE EN PLACE DU SERVICE SANITAIRE A NANTES.....	39
III.1 – L’ORGANISATION DU SERVICE SANITAIRE.....	39

III.2 – LA PREMIERE ANNEE DU SERVICE SANITAIRE A NANTES (2018-2019)	39
III.2.a – Les Effectifs	39
III.2.b – La Formation	40
III.2.c – L’Action	40
III.2.d – Le Bilan	41
IV – UN EXEMPLE DU SERVICE SANITAIRE A NANTES	43
IV.1 – L’ORIGINE DU PROJET	43
IV.2 – LA PREPARATION	43
IV.2.a – La Formation	43
IV.2.b – L’Organisation	44
III.3 – LA REALISATION DU PROJET	44
III.3.a – L’Accueil des Etudiants.....	44
III.3.b – 1 ^{er} Atelier : les Mécanismes des Violences Conjugales	45
III.3.c – 2 ^{ème} Atelier : le Repérage des Violences et le Recueil du Consentement des Patients	51
III.3.c – 3 ^{ème} Atelier : l’Accompagnement des Victimes	52
III.4 – LE RETOUR DU PROJET	53
III.4.a – Le Retour des Etudiants en Odontologie et Kinésithérapie.....	53
III.4.b – Mon Retour sur le Projet.....	53
V – L’EVOLUTION DU SERVICE SANITAIRE A NANTES	55
V.1 – L’ORGANISATION DU SERVICE SANITAIRE	55
V.1.a – Le Séminaire de Rentrée	55
V.1.b – La Formation Théorique	55
V.1.c – L’Encadrement des Etudiants : le Référent de Proximité et le Référent Pédagogique.....	56
V.1.d – Les Modalités Administratives.....	56
V.1.e – Le Calendrier du Service Sanitaire.....	57
V.1.f – Les Ressources	57
V.1.g – Les Objectifs du Service Sanitaire	58
V.1.h – Les Modalités du Service Sanitaire	58
V.1.i – L’Evaluation du Service Sanitaire.....	59
V.2 – LES ACTIONS DE PREVENTION REALISEE.....	59
V.2.a – Le Cas du COVID-19	59
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	62

Liste des Abréviations

ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CDSS	Commission des Déterminants Sociaux de la Santé
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLS	Contrats Locaux de Santé
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DREETS	Directions Régionales de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FNES	Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IFM3R	Institut Régional de Formation aux Métiers de Rééducation et de Réadaptation des Pays de Loirs
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAENR	Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MIPROF	Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRS	Plan Régional de Santé
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SST	Service de Santé au Travail
UE	Union Européenne
UFR	Unité de Formation et de Recherche

UIPES

Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé

Introduction

La prévention est régulièrement affichée comme une priorité de santé publique depuis longtemps. Toutefois, les effets de la prévention ne sont pas à la hauteur des enjeux lorsqu'on regarde les principaux indicateurs de santé. Certes l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie après 65 ans est encourageant mais tous les indicateurs concernant la prévention et la promotion de la santé sont peu réjouissants. Dans un classement publié par le Lancet¹ prenant en compte 33 indicateurs liés à la santé, la France arrive en 24^{ème} position. Les facteurs péjoratifs dans ce classement sont principalement évitables par la prévention : consommation de tabac, consommation d'alcool, suicides ...

En développant la prévention, on peut agir en amont sur les principaux déterminants des maladies chroniques et leurs facteurs de risque au niveau individuel et collectif. Dans le monde, 60% des décès et 45% de la morbidité sont attribuables à des facteurs accessibles à la prévention.

Ainsi, il est nécessaire de développer le système de prévention et de promotion de la santé français. Les professionnels de santé doivent accroître leurs compétences dans ces domaines et leurs formations doivent être renforcées.

I – La Prévention

I.1 – Les Définitions de la Prévention

I.1.a – La Prévention selon l’OMS²

En 1948, la prévention est définie comme l’ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. L’Organisation Mondiale de la Santé en distingue trois types, qu’elle qualifie de primaire, secondaire et tertiaire. Ils correspondent à des états successifs de la maladie donc la prévention consiste en la mise en place de moyens à mettre en œuvre pour empêcher l’apparition des pathologies jusqu’à leur thérapeutique.

L’OMS définit la prévention primaire comme l’ensemble des actes visant à diminuer l’incidence d’une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d’apparition de nouveaux cas. L’objectif est alors de diminuer les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux.

Le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence d’une maladie dans une population, c’est-à-dire de réduire le nombre de cas présents à un moment donné dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l’apparition du trouble ou de la pathologie afin de s’opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risques. Dans cette optique, le dépistage trouve toute sa place. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d’éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire.

Enfin, pour l’OMS, la prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives de la maladie. En d’autres termes, il s’agit d’amoinrir les effets et séquelles d’une pathologie ou de son traitement. Par

ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la dimension du médical, du social et du psychologique.

I.1.b – La Prévention selon Robert S. Gordon³

En 1982, Robert S. Gordon, médecin américain, propose sa propre définition de la prévention, qu'il classifie, lui aussi, en trois parties. Cependant, il vient s'appuyer sur la population, cible des actions de préventions mises en œuvre. Ainsi, il distingue la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée.

La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Fait donc partie intégrante de cette acceptation de la prévention le champ dit de l'éducation pour la santé qui insiste notamment sur les règles d'hygiène.

La prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifiques (automobilistes, travailleurs du bâtiment, jeunes femmes, hommes de plus de 50 ans, population défavorisée, ...). Ainsi, des campagnes telles que la promotion de la ceinture de sécurité, la promotion de l'activité physique ou encore de la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective.

La prévention ciblée est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population (glycosurie chez les femmes enceintes, cinquantenaires hypercholestérolémiques ...).

I.1.c – La Prévention selon le Pr. Jean-Louis San Marco⁴

Partant des avantages et des inconvénients des différentes conceptions de la prévention, le professeur San Marco proposa une définition de la prévention qui se veut

globale et active dans la mesure où cette prévention serait fondée sur une anticipation positive grâce à la participation de chacun.

En outre, il est à noter que la conception de la prévention du professeur San Marco reprend bon nombre d'éléments de la définition de Robert S. Gordon mais en s'en éloignant parfois en fonction des inconvénients que cette dernière présentait à ses yeux. Ainsi, cette prévention globale se veut universelle, avec une grande place accordée à l'éducation pour la santé. Elle est aussi sélective, mais dans l'esprit du Professeur San Marco au-delà de groupes spécifiques, cette prévention sélective tient aussi compte de la présence de facteurs de risque. Enfin, cette prévention globale s'entend comme une prévention ciblée dont le professeur San Marco livre une définition plus large que RS Gordon : ne se limitant pas à l'existence de facteurs de risque, la prévention ciblée est plus largement une prévention destinée aux malades. Elle correspond alors à l'éducation thérapeutique. En fait dans tous les cas, la différence essentielle avec les classifications exposées repose sur l'affirmation de la recherche de la participation de chacun à la gestion de sa santé, quel qu'en soit le niveau.

1.2 – La Prévention en France

1.2.a – Les Enjeux de la Politique de Prévention

Comme l'a souligné l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport annuel de 2003 consacré à la prévention⁵, de manière générale, « les problèmes de santé publics actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention ». Appliqué au contexte purement français, on devine donc la nécessité de plus en plus urgente pour les pouvoirs publics de refonder la politique de prévention, face à des problèmes de santé persistants qui apparaissent comme étant entre permanences et mutations. Ainsi, on constate que si des dangers plus ou moins anciens perdurent, de manière simultanée, les nouveaux modes de vie prévalant à l'époque contemporaine engendrent la montée de facteurs de risque tout aussi considérables, tandis que la prévention se trouve par ailleurs confrontée à l'émergence de défis nouveaux et spécifiques.

Cela concerne essentiellement le SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que la tuberculose. S'agissant du SIDA, si l'on peut observer globalement une certaine stabilisation, on remarque à contrario un accroissement du risque parmi certaines populations. De même, pour les autres infections sexuellement transmissibles, le constat d'une certaine recrudescence ces dernières années appelle à la vigilance et à la multiplication des campagnes de sensibilisation et de prévention. Enfin, la tuberculose connaît une petite résurgence qui présente la particularité d'être concentrée sur les franges de la population les plus précaires.

En outre, les principales causes de mortalité prématurée ne disparaissent pas. En l'espace d'une vingtaine d'années, le risque de développer un cancer a augmenté de 35%. Les accidents de la route mortels en France restent à un niveau encore trop élevé. Effectivement, malgré les efforts fournis en matière de prévention routière, le pays est toujours titulaire de la mortalité routière la plus élevée de l'Union Européenne.

Les modes de vie contemporains ont accentué la prédominance de deux facteurs majeurs de risque de pathologies évitables : la consommation de tabac d'une part et celle d'alcool d'autre part pour laquelle la France enregistre le triste record de la consommation la plus élevée de l'Union Européenne. En outre, avec la montée de l'obésité qui résulte notamment de la montée de nouvelles habitudes alimentaires, en particulier chez les jeunes, la nutrition devient un enjeu de santé publique renouvelé.

Ces nouveaux défis, qui posent à la prévention des problèmes spécifiques, sont notamment les suivants :

- L'augmentation des comportements à risque dès l'adolescence (alcool, accident, obésité, souffrance psychique/santé mentale...)
- Les risques environnementaux et professionnels qui requièrent une réelle attention, d'autant qu'au-delà des inquiétudes qu'ils suscitent, ces derniers posent des difficultés considérables qui sont autant de défis pour refonder la politique de

prévention française : les enjeux sont difficiles à cerner, les effets de nombreuses substances sur la santé sont méconnus, les risques de maladies professionnelles restent trop fréquemment sous-évalués.

I.2.b – La Place de La Politique de Prévention

Malgré toutes ces considérations, la prévention a une place subsidiaire dans le système français. En effet, le système de santé français est centré sur le curatif car nous avons décidé dans la prise en charge des patients de distinguer le curatif et le préventif. Aussi, les compétences et les missions de prévention souffrent d'une coopération et d'une mise en place coordonnée à l'échelle nationale. Enfin, la formation des professionnels de santé n'est pas suffisamment développée.

I.3 – La Promotion de la Santé

Au niveau international, le concept de promotion de la santé prend désormais le pas sur celui de prévention.

Les grandes conférences internationales sur la promotion de la santé reposent sur une plus grande équité en matière de santé afin d'améliorer la santé et le bien-être de chacun. Elles ont confirmé l'importance de la promotion de la santé dans la réalisation du développement, tant pour les pays en voie de développement que pour les pays développés.

I.3.a – La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)⁶

La 1^{ère} conférence internationale sur la promotion de la santé définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La Charte d'Ottawa a pour objectif :

- D'élaborer une politique publique saine
- De créer des milieux favorables
- De renforcer l'action communautaire
- D'acquérir des aptitudes individuelles
- De réorienter les services de santé.

I.3.b – Les Recommandations d'Adélaïde : politique publique saine (1988)⁷

Pour la 2^{ème} conférence internationale sur la promotion de la santé, la santé est à la fois un droit fondamental et un excellent investissement social. Les gouvernements sont appelés à promouvoir la santé en liant entre elles les politiques économiques, sociales et sanitaires. Cette conférence recommande :

- L'amélioration de la santé des femmes, qui sont en première ligne pour promouvoir la santé dans le monde
- L'accès pour tous à des quantités suffisantes d'aliments sains
- L'action immédiate contre le tabac et l'alcool, qui constituent deux grands problèmes de santé
- La mise en place d'environnements favorables, dans le but de faire de la santé un centre d'intérêt.

I.3.c – La Déclaration de Sundsvall : des environnements favorables à la santé (1991)⁸

La Conférence de Sundsvall met en lumière le lien essentiel entre la santé et l'environnement et souligne l'importance de créer des environnements (physiques, sociaux, économiques et politiques) favorables à la santé en misant sur l'action sociale. Les stratégies, définies par la conférence, visant à modifier l'environnement pour favoriser la santé sont :

- L'élaboration d'une politique
- La réorientation des organisations
- La création d'alliances/sensibilisation
- La mobilisation/habilitation.

I.3.d – La Déclaration de Jakarta : adapter la promotion de la santé au 21e siècle (1997)⁹

La conférence de Jakarta est la première conférence à se dérouler dans un pays en développement. C'est l'occasion de réexaminer les déterminants de la santé dans un nouveau contexte de mondialisation, de réfléchir sur l'efficacité de la promotion de la santé et de définir les orientations et stratégies à adopter pour relever les défis de la promotion de la santé au 21e siècle. La déclaration de Jakarta a pour objectif de :

- Promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé
- Accroître les investissements pour développer la santé
- Renforcer et élargir les partenariats pour la santé
- Accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir
- Mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé.

I.3.e – La Déclaration de Mexico pour la promotion de la santé : faire place à l'équité (2000)¹⁰

La Déclaration de Mexico reconnaît que l'atteinte du meilleur état de santé possible est un bien précieux pour profiter pleinement de la vie et est nécessaire pour le développement économique et social et l'équité. Elle souligne l'importance d'agir sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Elle souhaite :

- Inscire la promotion de la santé comme priorité fondamentale dans les programmes de santé locaux, régionaux, nationaux et internationaux
- Assurer une participation active de tous les secteurs et de la société civile à la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé
- Soutenir l'établissement de plans d'action pour la promotion de la santé à l'échelle des pays
- Mettre en place des réseaux nationaux ou internationaux de promotion de la santé ou renforcer ceux qui existent
- Plaider pour que les institutions des Nations Unies soient tenues de rendre compte de l'impact sur la santé de leur action en faveur du développement.

I.3.f – La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l’heure de la mondialisation (2005)¹¹

La Charte de Bangkok confirme l’importance de la Charte d’Ottawa et élargit ses 5 domaines d’action. Elle implique l’ensemble des décideurs à un niveau international afin que la promotion de la santé soit reconnue comme approche incontournable pour faire face aux défis du 21e siècle. Elle a pour objectif :

- La promotion de la santé doit être au cœur de tous les gouvernements
- La création d’une coopération internationale pour favoriser le développement de la santé dans le cadre de la mondialisation
- L’encouragement d’une citoyenneté active en faveur de la santé
- L’utilisation des technologies de l’information pour la promotion de la santé
- Un financement pérenne pour la promotion de la santé
- Des nouvelles responsabilités en promotion de la santé

I.3.g - Appel à l’action de Nairobi : promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre (2009)¹²

La Conférence de Nairobi est la première conférence à se tenir sur le continent africain. Au regard des défis mondiaux de santé (émergence de nouvelles pathologies, changements climatiques et crise financière internationale), la promotion de la santé doit jouer un rôle prioritaire dans la mise en œuvre des soins de santé primaires et en réponse aux besoins sanitaires des populations. Cette conférence insiste sur l’importance d’agir sur les déterminants sociaux de la santé, en s’appuyant sur les recommandations de la CDSS (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé) de l’OMS (2008), à travers le partenariat et la collaboration intersectorielle. L’Appel à l’action de Nairobi se donne 5 responsabilités :

- Renforcer les capacités de leadership pour la promotion de la santé
- Renforcer l’intégration de la promotion de la santé dans les systèmes de santé, les politiques et les programmes de santé
- Accélérer l’autonomisation des communautés/individus
- Augmenter les processus participatifs
- Créer et appliquer des nouvelles connaissances

I.3.h – La Déclaration d’Helsinki sur la Santé dans toutes les politiques (2013)¹³

La Conférence d’Helsinki, à travers la Déclaration d’Helsinki, a analysé la manière de mettre en œuvre l’approche axée sur la santé dans toutes les politiques au niveau pangouvernemental afin d’aplanir les inégalités sociales de santé et d’améliorer l’efficacité des politiques de santé.

Des recommandations ont été adressées à l’intention des pouvoirs publics et de l’OMS afin qu’ils accordent une place plus importante à la santé, entre diverses priorités concurrentes.

Un engagement de tous les gouvernements envers la promotion de la santé et l’approche axée sur la santé dans toutes les politiques sont essentiels pour garantir la priorité de la santé.

I.3.i – La Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l’horizon 2030 (2016)¹⁴

Les objectifs de la 9e Conférence internationale sur la promotion de la santé étaient de :

- Donner des orientations aux États Membres sur la façon d’intégrer la promotion de la santé à l’action nationale
- Échanger des informations sur les expériences nationales
- Renforcer la bonne gouvernance de la santé en intervenant dans tous les secteurs de l’action publique
- Élargir et renforcer la mobilisation sociale
- Promouvoir l’éducation sanitaire
- Souligner l’évolution du rôle du secteur de la santé comme acteur central de la promotion de la santé

- Souligner le rôle crucial des villes et des responsables municipaux, en particulier les maires, pour la promotion de la santé (mise en place des villes-santé) dans le cadre d'une urbanisation croissante de la population mondiale.

I.3.j – La Déclaration de Rotorua : Promouvoir la Santé Planétaire et le Développement Durable pour Tous (2019)¹⁵

La déclaration issue de la 3^{ème} conférence mondiale de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES) appellent à une action immédiate de la communauté mondiale dans quatre domaines clés :

- Assurer l'équité en santé tout au long de la vie, au sein des pays et entre eux, au sein des générations et entre celles-ci.
- Rendre tous les habitats urbains et autres inclusifs, sans danger, résistants, durables et favorables à la santé et au bien-être de la population et de la planète.
- Concevoir et mettre en œuvre des stratégies efficaces et équitables d'adaptation aux changements climatiques.
- Etablir une gouvernance, des systèmes et des processus collaboratifs, efficaces, responsables et inclusifs à tous les niveaux afin de promouvoir la participation, la paix, la justice, le respect des droits de la personne et l'équité intergénérationnelle en santé.

I.3.k – La Charte de Genève pour le Bien-Être (2021)¹⁶

La charte est issue de la 10^{ème} conférence mondiale sur la promotion de la santé. Elle évoque l'urgence d'agir face aux crises mondiales et notamment celle du COVID-19, en soulignant l'impact des déterminants écologiques, politiques, commerciaux, numériques et sociaux sur la santé, ainsi que leurs conséquences sur les inégalités dans et entre les groupes sociaux et les nations.

La charte de Genève souligne que la création de sociétés fondées sur le bien-être nécessite des actions coordonnées dans 5 domaines :

- Valoriser, respecter et protéger la plante et ses écosystèmes
- Concevoir une économie équitable au service du développement humain dans le respect des limites écologiques locales et planétaires
- Mettre en place des politiques publiques favorables à la santé, d'intérêt général
- Assurer une protection maladie universelle
- Gérer les impacts de la révolution numérique

1.3.1 – La Déclaration de Tiohtia:ke : Catalyser les Politiques de Santé de Bien-Être et d'Équité¹⁷

La déclaration exhorte les communautés de la promotion de la santé et d'autres communautés mondiales à faire une place aux voix et aux connaissances des peuples autochtones et à les privilégier en agissant de manière concertée pour promouvoir la santé de tous les peuples. La déclaration propose 4 domaines d'action :

- Démanteler les structures coloniales qui renforce la suprématie blanche, l'exploitation, la discrimination, le racisme, la violence et l'iniquité.
- Renforcer les relations réciproques pour favoriser des espaces pacifiques, justes et inclusifs exempts de peur, de racisme, de discrimination, de violation et d'autres formes d'oppression structurelle.
- Catalyser les actions individuelles et collectives de tous les secteurs de la société pour promouvoir la santé de la plante et de ses habitants.
- Catalyser les actions de transformation dans tous les processus de gouvernance, de leadership, d'adhésion et d'engagement de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé.

1.4 – La Promotion de la Santé dans l'Union Européenne

Des premières interventions en matière de santé publique, malgré la limitation du champ de compétences de la Communauté opérée par le traité de Rome, ont vu le jour. En effet en 1986, le Conseil des ministres inscrit la lutte contre le cancer à l'agenda politique de la Communauté, et entre 1986 et 1991, une série de programmes de coopération volontaire est proposée aux Etats par la Commission sur le cancer, le SIDA, la toxicomanie.

Un pas supplémentaire sera franchi par l'UE à la suite du Traité de Maastricht, mais sans pour autant aboutir à une véritable stratégie d'ensemble. Le traité de Maastricht retient en son article 129¹⁸ le principe d'un soutien de l'UE de la coopération des Etats membres pour assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine.

La résolution du Conseil de 1994¹⁹ définit ensuite trois actions prioritaires de santé transversales (surveillance de la santé, surveillance des maladies, promotion de la santé) et des programmes de prévention du cancer, de la toxicomanie, ainsi que du SIDA et de certaines maladies transmissibles.

Cette approche demeurait toutefois en l'état trop fractionnée, davantage fondée sur les pathologies que sur les déterminants de santé.

Le traité d'Amsterdam engendre un changement d'orientation en renforçant les valeurs de santé au moyen d'une double obligation insérée à l'article 152 du traité²⁰, à savoir l'obligation d'inscrire un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et dans la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté, et une mission d'amélioration de la santé publique et de prévention des maladies et affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine.

Cette nouvelle orientation conduit l'UE à se doter d'un nouveau programme d'action communautaire en santé publique. Adopté en 2002 pour la période 2003-2008, cette stratégie d'actions pluriannuelles reprend les trois priorités qui avaient été soutenue par la Commission :

- La connaissance de la santé et de ses déterminants
- Un système d'alerte et de réaction rapide aux menaces pour la santé
- La promotion de la santé à travers l'action sur ses déterminants.

En dépit de ce nouvel élan, l'existence d'une structure de coordination au niveau européen fait toutefois encore défaut. En outre, l'implication de l'UE en matière de prévention des maladies non transmissibles demeure à renforcer. En revanche, on constate qu'en matière de lutte contre le tabagisme, élément au cœur de la prévention contre le cancer, l'UE s'est montrée beaucoup plus dirigiste, en s'appuyant notamment sur les possibilités de dérogation à la libre circulation offertes par l'article 36 du traité de Rome²¹ au nom de la protection de la santé et de la vie des personnes. Ainsi, de nombreuses directives ont été prises dans ce domaine : directive de 2001 limitant le taux de goudron dans les cigarettes, directive interdisant partiellement la publicité pour le tabac, etc. Une campagne antitabac avec les jeunes pour public cible privilégié a également été lancée.

Il convient enfin de mettre en avant l'exemple du renforcement de la stratégie d'intervention de l'Union en matière de santé mentale. Face à la mauvaise santé mentale grandissante en Europe, l'UE multiplie les initiatives et tente de mettre en place une stratégie communautaire en la matière. A cet effet, un livre vert de la Commission fut publié en octobre 2005²². Intitulé « Améliorer la santé mentale de la Population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne », ce dernier vise notamment à ouvrir un débat citoyen sur la question de la santé mentale en Europe et à lancer une consultation publique sur les moyens susceptibles d'être employés pour améliorer la situation européenne en la matière et inspirer la stratégie communautaire. La Commission y dresse un état des lieux de la santé mentale en Europe, puis souligne que si des initiatives en faveur de santé mentale ont d'ores et déjà été menées dans les Etats, l'efficacité d'une action en la matière passe nécessairement par une stratégie élaborée à l'échelon de la Communauté. Elle insiste en effet sur les plus-values d'une telle approche, propose des solutions, dont certaines ont trait à la prévention.

Au final, on constate que la prévention bénéficie à l'échelle européenne de tout un mouvement en sa faveur ; ce qui devrait être de nature à inciter notre pays à aller plus en avant dans la même démarche.

I.5 – La Promotion de la Santé en France

Dans son avis publié en juin 2017²³, selon le Haut Conseil pour l’Avenir de l’Assurance Maladie (HCAAM), il est nécessaire de refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé en France. En effet, là où les pouvoirs publics ont su bâtir une doctrine et une organisation en matière de sécurité sanitaire, cet effort n’a jamais été mené à son terme dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, malgré des avancées réalisées dans les lois de santé publiques successives.

Le plus important est l’organisation des pouvoirs publics pour définir les priorités et les moyens à mettre en œuvre de façon à améliorer la santé des populations. Il faut donc mobiliser un certain nombre de compétences pour :

- Définir des priorités et élaborer une stratégie,
- Déployer une programmation,
- Agir en fonction des données probantes,
- Evaluer l’impact des actions en population,
- Tenir la balance des intérêts particuliers au nom du bien commun.

I.5.a – La Stratégie Nationale de Santé

La stratégie nationale de santé existe pour fixer le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l’analyse dressée par le Haut Conseil de la Santé Publique sur l’état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d’actions envisageables.

Elle réaffirme le principe porté par l’Organisation Mondiale de la Santé, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde. Elle vise à répondre aux grands défis que rencontrent notre système de santé, notamment ceux identifiés par le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique :

- Les risques sanitaires liés à l’augmentation prévisible de l’exposition aux polluants et aux toxiques,

- Les risques d'exposition de la population aux risques infectieux,
- Les maladies chroniques et leurs conséquences,
- L'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux.

1.5.b – Le Plan National de Santé

La stratégie nationale de santé doit être relayée au niveau opérationnel par un plan national de santé. Il a pour vocation d'être élaboré par le ministère de la Santé, en concertation avec l'ensemble des partenaires. Il fixe le cadre de l'ensemble des plans et programmes que mettent en œuvre les opérateurs, l'Assurance Maladie et les autres ministères, ainsi que les collectivités locales, voire des partenaires privés.

Contrairement à la pratique qui a longtemps prévalu, les plans et programmes ne sont pas faits pour donner de la visibilité à telle ou telle problématique. Ils sont là pour organiser le déploiement de moyens et donner des rôles précis assignés à chaque type d'acteur. La Direction Générale de la Santé doit se concentrer sur la stratégie et le pilotage global. La programmation nationale appartient aux différents ministères et agences ainsi qu'à l'Assurance Maladie. L'implémentation des actions relève, elle, des acteurs de terrain, dans le cadre des schémas élaborés par les Agences Régionales de Santé, qui assurent le lien avec les services déconcentrés des autres départements ministériels.

Il est donc nécessaire de reconnaître l'importance de la participation de l'ensemble des professionnels de santé en matière de prévention, dans l'effort d'organisation en termes d'infrastructures, de système d'information, de formation et de définition des bonnes pratiques ...

Pour ce qui est de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, la pérennité des ressources est un enjeu clé. Le plan national de santé est donc un outil important dans la

mesure où il donne de la visibilité à l'action publique, permettant une mobilisation plus large et pérenne des acteurs.

I.5.c – Le Plan Régional de Santé

La territorialisation est fondamentale lorsqu'on raisonne sur les priorités de santé publique. Certes, il est important de définir les axes structurants à l'échelle nationale mais le travail sur les priorités ne saurait se faire uniquement à cette échelle. La programmation stratégique à l'échelle régionale est même, dans une large mesure, la vraie colonne vertébrale de la politique de santé.

Dans un premier temps, les plans régionaux de santé (PRS) prévoyaient un volet « prévention » spécifique. Aujourd'hui, le processus d'élaboration des plans régionaux de santé se veut plus intégratif, avec une vision transversale de la promotion de la santé.

En octobre 2018, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a adopté la stratégie de transformation de notre système de santé, proposant la constitution de réseaux de proximité, en charge de la prévention et de la promotion de la santé. Cette transformation du système de santé inscrit la prévention dans l'activité courante des professionnels de santé et propose d'articuler leur intervention avec celle des autres acteurs dans les territoires. Le développement concomitant des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et des Contrats Locaux de Santé (CLS) doit être mobilisé au service de cette priorité.

II - Qu'est-ce qu'est le Service Sanitaire ?

II.1 – La genèse du Service Sanitaire

II.1.a - L'origine du projet de Service Sanitaire

Tout commence en Janvier 2017, dans son programme le candidat Emmanuel Macron déclare : « Nous créerons un service sanitaire de 3 mois pour tous les étudiants en santé : dans ce cadre, 40 000 d'entre eux interviendront pour des actions de prévention, et notamment pour des actions de prévention de la dépendance. »

A l'origine, le projet du candidat à la présidentielle a pour but de venir en aide aux personnes âgées. En effet, malgré l'allongement de la durée de vie, la qualité de vie de nos aînés pose question. Les situations de perte d'autonomie se multiplient et des maladies invalidantes comme les maladies neurodégénératives (Alzheimer ou Parkinson, par exemple) manquent de solutions de prises en charge.

Les personnes âgées ne sont pas les seules à pâtir de cette situation. Effectivement, les aidants sont frappés de plein fouet et demeurent un élément vital de notre système. On dénombre actuellement en France, plus de 4 millions de personnes qui aident régulièrement un de leurs aînés. Pourtant, ils réalisent un travail auquel ils ne sont pas formés, pas préparés et sans être reconnu par la collectivité.

Ainsi l'objectif est de permettre aux âgés de mieux vivre et de prévenir la dépendance.

II.1.b - La mise en place du projet de Service Sanitaire

Au mois de septembre 2017, Agnès Buzyn et Frédérique Vidal, respectivement ministre des Solidarités et de la Santé et ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, ont confié une mission au Pr Vaillant, ancien président de l'Université François Rabelais de Tours et de la commission santé de la Conférence des Présidents d'Université, afin

de définir les modalités de mise en œuvre du dispositif souhaité par le Président de la République : l'inclusion du service sanitaire dans toutes les formations en santé.

Pour accomplir cette mission le professeur Vaillant, appuyé par les inspections générales des affaires sociales (IGAS) et de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) a réalisé de nombreuses auditions, analysé la littérature existante et les 17 contributions écrites qui lui ont été adressées.

La mission a également procédé à 125 rencontres et contacts locaux pour échanger sur les expériences et les scénarios possibles de la mise en œuvre du service sanitaire.

Le 22 décembre 2017, le comité de suivi du service sanitaire, présidé par Loïc Vaillant et réunissant toutes les parties prenantes a été installé par les deux ministres.

Au-delà de l'analyse des conditions règlementaires et pédagogiques permettant le déploiement du service sanitaire et son inclusion dans nos politiques de prévention, le rapport de Loïc Vaillant met en évidence la forte adhésion des étudiants en santé, des universités et des autres organismes de formation à cette perspective d'intervenir au service de la population. Le travail du Pr Vaillant et des inspecteurs montre aussi la diversité des publics auprès desquels cette intervention est possible, et la pertinence toute particulière des interventions en milieu scolaire et universitaire.

II.2 – Le Rapport Vaillant : Le Projet du Service Sanitaire²⁴

II.2.a – Les Objectifs du Service Sanitaire

Le service sanitaire a pour premier axe 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 participe à la réorientation du système de santé en faveur de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé et répond aux enjeux de santé publique.

Le service sanitaire a 2 objectifs principaux :

- Initier tous les futurs professionnels de santé à la compréhension des enjeux de la prévention primaire.
- Permettre la réalisation d'actions concrètes de prévention primaire participant ainsi dès maintenant à la politique de prévention.

Le service sanitaire pourrait avoir aussi pour objectifs secondaires de :

- Favoriser l'interprofessionnalité et l'interpluridisciplinarité de l'apprentissage des professionnels de santé. Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques ou multiples est en augmentation nécessitant la création d'équipes interprofessionnelles pour prévenir ou prendre en charge ces maladies. Ceci nécessite de connaître la spécificité et les compétences de chacun pour une collaboration plus efficace.
- Favoriser l'apprentissage du travail en mode projet de groupe, outil indispensable au travail en équipe et ce quel que soit le mode d'exercice professionnel de tout étudiant de santé.
- Lutter de façon pratique et concrète contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

II.2.b – Les Etudiants en Santé : Effecteurs du Service Sanitaire

Le service sanitaire s'applique à tous les étudiants en santé. Il est obligatoire dans tous les cursus.

Selon le Code de la Santé Publique (CSP), les professions de la santé se décomposent en trois catégories :

- Les professions médicales : médecins, sage-femmes et odontologistes (art. L4111-1 à L4163-10) ;

- Les professions de la pharmacie : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux (art. 4211-1 à 4252-3) ;
- Les professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3).

Le rapport Vaillant évalue à environ 50 000 le nombre d'étudiants concernés. Il n'inclut pas la totalité des formations préparant aux professions d'auxiliaires médicaux.

Pour la rentrée universitaire 2018-2019, seront concernés les étudiants infirmiers, les étudiants en médecine, en pharmacie, en odontologie, en maïeutique et en kinésithérapie. L'effectif de ces étudiants est de 47 000.

II.2.c – La Durée du Service Sanitaire

Le service sanitaire doit durer 3 mois à mi-temps (ou six semaines à temps plein, ou 60 demi-journées).

Cette durée n'est pas forcément effectuée en continu et peut être adaptée aux spécificités du cursus.

II.2.d – La Formation des Etudiants

Le service sanitaire est obligatoire en formation initiale pour tous les étudiants en santé, inscrit et validé dans le cursus, depuis la rentrée 2018-2019. Il s'agit d'un temps spécifique, pendant lequel les étudiants en santé bénéficieront d'une formation appliquée

visant à leur permettre de formaliser une démarche projet concernant une action de prévention qu'ils vont réaliser pour un public cible. L'ensemble : temps de formation préparatoire, travail personnel des étudiants, réalisation de l'action, retour d'expérience encadré constituent le service sanitaire. L'évaluation de la formation pour les étudiants et des actions réalisées font également partie du dispositif.

Ainsi le service sanitaire fait partie de la formation initiale. Il a donc des objectifs pédagogiques (correspondant à un référentiel de formation) et des évaluations permettant ou non sa validation (en accord avec les modalités de contrôle des connaissances de l'organisme de formation).

Les temps de travail préparatoires rendant possible le déroulement de l'action de prévention, le retour d'expérience et l'évaluation de l'action de prévention sont à comptabiliser dans la durée du service sanitaire qui ne se résume donc pas à la seule action de prévention.

Le directeur de l'UFR ou de l'école de formation est responsable de l'organisation pédagogique et administrative du service sanitaire : calendrier, objectifs pédagogiques, choix des structures d'accueil.

Le contenu du service sanitaire montre que l'encadrement est primordial dans toutes les étapes de réalisation du service sanitaire : préparation de l'action de prévention, réalisation de l'action de prévention, retour d'expérience et évaluation de l'action.

La phase préparatoire se déroule dans l'université ou l'Institut de formation, avec la possibilité d'enseignement à distance pour certains modules.

II.2.e – L'Interprofessionnalité et la Pluridisciplinarité

L'intérêt est de développer certains modules de formation communs à tous les étudiants. Le souhait de temps de formation présentielle en commun a également été souligné.

Les problèmes logistiques à surmonter (notamment cohérence des emplois du temps des étudiants des différentes filières et mise à disposition de moyens de déplacement groupés) sont de grandes difficultés. Toutefois, l'enjeu est celui de la facilitation d'un travail futur où différents professionnels de santé seront amenés à intervenir dans le parcours de prise en charge d'un patient, de façon coordonnée.

La réalisation d'actions de prévention où participent des professionnels de différentes filières témoigne de cet intérêt tant lors du déroulement de l'action que du point de vue des étudiants participant.

II.2.f – Les Apports du Service Sanitaire

L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Le service sanitaire permettra de diffuser, partout sur le territoire, des interventions de prévention conduites par des étudiants.

La mise en œuvre du service sanitaire des étudiants en santé constitue 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 le projet régional de santé des Agences Régionales de Santé (ARS).

Les thématiques doivent s'inscrire dans le cadre d'enjeux majeurs de santé reconnus et les actions réalisées seront adaptées au public visé. La stratégie nationale de santé 2018-

2022²⁵ prévoit la mise en place d'une promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.

II.2.g – Les Thématiques du Service Sanitaire

Pour faciliter la mise en œuvre effective du service sanitaire dès la rentrée 2018, l'idée est de cibler quatre thématiques dont le choix en termes d'actions de prévention primaire n'est pas discutable compte tenu de son impact potentiel sur la morbidité ou la mortalité prématurées.

Ces déterminants de santé sont :

- L'alimentation ;
- L'activité physique ;
- Les addictions : alcool, tabac, cannabis, autres drogues illicites ;
- L'activité et la vie sexuelle, intégrant la contraception.

Ces déterminants recourent ceux privilégiés dans les priorités de Santé Publique France qui apparaît particulièrement légitime dans le champ de la prévention. Ils sont notamment cités dans le cadre des travaux du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) visant à contribuer à la stratégie nationale de santé. Ils sont listés dans les actions à mettre en œuvre dans la stratégie nationale de santé 2018- 2022.

Enfin, la mise en œuvre effective du service sanitaire dès la rentrée universitaire 2018-2019 suppose de cibler des thématiques pour lesquelles il est possible de fournir des outils pédagogiques. Pour ces thématiques de nombreux acteurs majeurs de la prévention sont en capacité de fournir des outils pédagogiques.

Il a également été montré que d'autres thématiques font déjà l'objet d'actions de prévention :

- Sensibilisation à la vaccination
- Sensibilisation à certains dépistages
- Promotion de l'activité physique
- Aide à la parentalité
- ...

II.2.h – Les Lieux d'Actions du Service Sanitaire

L'accueil dans les lieux où se dérouleront les actions de prévention réalisées dans ce cadre doit s'intégrer nécessairement dans la politique générale de la structure concernée et intervenir de façon cohérente avec les différentes actions qui y sont réalisées, notamment en termes de temporalité. Les structures potentiellement concernées ne doivent pas être dans l'obligation d'accueillir des étudiants dans le cadre de ce service sanitaire.

Il convient dans un premier temps de privilégier comme lieux de déroulement des actions de prévention les écoles, les établissements scolaires et les universités pour plusieurs raisons :

- Le nombre de lieux à trouver pour le déroulement des actions de prévention pour les étudiants pouvant être concernés dès la rentrée universitaire 2018-2019 rend particulièrement opportun le choix d'établissements d'enseignement primaire, secondaire et universitaire compte tenu de leurs nombres et leurs répartitions sur le territoire national.
- La proximité d'âge et l'efficacité particulière de la prévention qui en découle.

Le nombre important de sites scolaires peut contribuer à la faisabilité d'un service sanitaire qui nécessite un nombre important de terrains pour réaliser des actions de prévention. En outre, plusieurs étudiants pourront réaliser en commun une action de prévention. Enfin, un même site scolaire pourra décider de la réalisation de plusieurs actions de prévention. La motivation des responsables d'établissements apparaît ici essentielle. Il est également indispensable de bien situer ces actions de prévention dans le cadre de la

formation initiale des étudiants en santé et d'éviter toute ambiguïté quant à leur réalisation en lieu et place de la médecine scolaire.

Dans un deuxième temps, les entreprises qui le souhaitent peuvent accueillir des étudiants en santé pour y réaliser leur service sanitaire dans le cadre de leur cursus de formation, ce qui suppose notamment un agrément et un encadrement adapté. Les modalités de déroulement du service sanitaire dans les entreprises peuvent être diversifiées selon qu'il s'agit d'entreprises disposant d'un service de santé au travail, d'un service autonome ou faisant appel à un service de santé au travail interentreprises.

La prévention des risques professionnels constitue la mission première des services de santé au travail. Les actions de prévention en entreprises peuvent également concerner la prévention et la promotion de la santé.

Dans un troisième temps, Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) constituent des lieux de vie et, à ce titre, peuvent être des lieux de réalisation d'actions de prévention dans le cadre du service sanitaire.

Enfin, La politique de prévention devrait à terme pouvoir être déclinée dans l'ensemble des milieux de vie : les administrations, les forces armées, les établissements de santé et médico-sociaux (notamment les lieux de vie des personnes en situation de handicap), les structures d'accompagnement social (notamment les crèches, les Centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)), les lieux de prise en charge judiciaire et les lieux de privation de liberté. Les publics relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) pourraient bénéficier d'actions de prévention ciblées.

De même, le service sanitaire doit pouvoir être réalisé dans des associations jouant un rôle majeur de prévention primaire en incluant une action de prévention pour un public cible.

Le service sanitaire constitue un réel enjeu de solidarité. Il conduit à envisager la réalisation des actions de prévention au bénéfice des personnes les plus éloignées du système de santé. Pour être accepté par les parties prenantes, il ne doit pas intervenir en substitution d'actions de prévention réalisées notamment dans le cadre de réseaux structurés. Il doit satisfaire aux critères de formation pour les étudiants (agrément des lieux de stage et encadrement adapté), plus généralement répondre aux critères définis pour le service sanitaire et être organisé de façon suffisamment structurée pour permettre la réalisation d'actions probantes et leur évaluation.

II.2.i – La Méthodologie du Service Sanitaire

Les contenus de formation doivent permettre aux étudiants :

- D'acquérir les compétences méthodologiques facilitant la promotion des comportements de vie plus sains pour les publics ciblés ;
- D'être à même d'utiliser des outils spécifiques, comme par exemple ceux diffusés par Santé publique France, la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé (FNES) ou mobilisés par les Services de Santé Universitaire pour leurs actions de prévention.

L'acquisition des compétences psychosociales constitue un enjeu majeur de réduction des inégalités de santé. Réaliser une action de prévention dont l'objectif est d'aboutir à un changement de comportement du public auquel on s'adresse nécessite une préparation où la dimension éthique occupe une place majeure. Cette acquisition de compétence aboutit à réinterroger le positionnement du professionnel de santé vis-à-vis du curatif et du préventif

La connaissance des déterminants, les différentes étapes nécessaires à la réalisation de l'action de prévention, les modèles de représentation et d'écoute, les techniques d'animation doivent notamment être acquis dans le cadre du service sanitaire. Les acquisitions portent notamment sur les déterminants de santé et leurs effets, en lien avec

l'action envisagée. Ainsi, les futurs professionnels de santé pourront être formés sur le fait d'adapter leur discours à leur auditoire.

Il s'agit aussi de développer chez tous les étudiants les savoir-faire et savoir-être, de les mettre en capacité de mener une intervention devant un public particulier, de répondre à des questions hors du contexte habituel de soins et ainsi de favoriser l'acquisition de nouvelles compétences qui pourront ensuite être échangées dans un objectif de partage et d'amélioration des pratiques.

Mais même pour un type de lieu, l'action sera différenciée selon par exemple le type d'emploi des travailleurs visés par l'action de prévention.

L'adaptation des actions aux publics cibles constitue en effet une des conditions de l'efficacité des actions de prévention réalisées.

Dans le cas d'actions développées pour des lycéens ou des étudiants, le développement du réseau social et les relations avec les pairs ont un fort impact sur ses comportements sociaux, notamment concernant la consommation de drogues ou les comportements à risques. Ce travail sur les compétences psychosociales avec des pairs constitue un atout.

Développer les projets adaptés aux caractéristiques des territoires est également un enjeu important. Il s'agit de repenser l'articulation des formations en santé, avec les acteurs et le territoire qu'elles desservent.

Le socle commun de formation aux étudiants en santé vise également à ce qu'ils soient attentifs aux populations présentant des besoins spécifiques (populations précaires par exemple).

II.2.j – La Mise en Œuvre du Service Sanitaire

Pour une réalisation optimale et une efficacité du Service Sanitaire, sa mise en œuvre impose une gouvernance territoriale structurée, avec en son centre : un comité régional du service sanitaire sous la direction des écoles de formation et des universités, qui sera chargé de déterminer les lieux de réalisation des actions de prévention en adéquation avec le nombre d'étudiants concernés annuellement. Ce comité sera également constitué de membres :

- Des ARS, chargés de définir les besoins en prévention dans les projets régionaux de santé grâce à leur connaissance des établissements médico-sociaux et du tissu associatif
- Du rectorat, chargés de faire le lien avec les écoles, les collèges et les lycées
- De la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS), chargés de faire le lien avec les entreprises et les Services de Santé au Travail (SST)
- Des représentants des étudiants

Aussi, la commission de coordination des politiques publiques de prévention doit être intégrée au dispositif. Cette commission réunit l'ARS, les collectivités territoriales, les services de l'Etat et les organismes d'Assurance Maladie. Elle est compétente pour assurer la cohérence et la coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle. Elle favorise la complémentarité des actions dans ces domaines, sur la base du projet régionale de santé.

Pour conduire la mise en œuvre du service sanitaire, la mise en réseau de l'ensemble des acteurs territoriaux est indispensable. Il s'agit de :

- Mobiliser l'ensemble des services de l'Etat

- Renforcer l'animation et l'accompagnement du réseau territorial par un partenariat avec l'ensemble des partenaires institutionnels (collectivités territoriales, protection judiciaire de la jeunesse, l'administration pénitentiaire, les rectorats...) et des acteurs associatifs.
- Placer le service sanitaire dans un cadre cohérent avec le périmètre de compétences des autres acteurs d'une part, et d'impulser sa mise en œuvre au niveau régional.

II.2.k – Les Perspectives du Rapport Vaillant

La mise en œuvre du service sanitaire nécessitera un suivi pendant toute la durée de sa montée en charge et de son déploiement à l'ensemble des étudiants en santé. La mission propose que chaque semestre, les ministres des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche réunissent le comité de pilotage et de suivi pour s'assurer de la mise en œuvre du service sanitaire dans les territoires et en analyser les résultats. Ce suivi régulier et dans la durée permettra de décider d'éventuelles adaptations à apporter aux différentes mesures décidées après remise du rapport de la mission. L'évaluation du dispositif doit également être réalisée de façon simultanée et continue à sa mise en œuvre.

La mission recommande une grande vigilance dans la conduite des actions à mener dans les délais pour parvenir à l'atteinte de cet objectif. La gouvernance nationale, régionale et territoriale proposée constitue un atout majeur pour y parvenir. Cela impose en outre de garantir notamment aux étudiants en santé et aux professionnels de la prévention que les modalités de la mise en œuvre du service sanitaire répondront à leurs attentes en particulier en termes de qualité de la formation, de conditions de réalisation du service sanitaire et de qualité des actions de prévention réalisées.

La réussite d'une telle réforme qui amorce un changement culturel mettant la prévention au centre des pratiques des futurs professionnels de santé suppose un réel accompagnement au changement. Les acteurs nationaux et les acteurs de terrain ont ici un rôle majeur à jouer. Les universités, écoles et instituts de formation des étudiants en santé,

les ARS, les rectorats, les professionnels de la prévention, les associations qui œuvrent dans ces domaines auront à s'impliquer pleinement pour permettre au service sanitaire de s'exprimer dans toutes ses dimensions.

La dimension de réduction des inégalités territoriales et sociales en santé avec notamment des actions réalisées pour des publics en situation de précarité apparaît essentielle mais l'implémentation de ce type d'actions nécessitera probablement un peu plus de temps.

La réussite du service sanitaire et la motivation des étudiants en santé, effecteurs du service supposent que le sens de cette réforme soit partagé et se retrouve dans les actions de prévention envisagées. Il importe également que les étudiants en santé puissent choisir des types d'actions pour lesquelles ils estiment que leur participation pourra être efficace.

III – La Mise en Place du Service Sanitaire à Nantes

III.1 – L’Organisation du Service Sanitaire

Dans chaque région, la coordination du Service Sanitaire est assurée par un comité régional, coprésidé par le rectorat et l’Agence Régional de Santé. Les textes réglementaires prévoient de laisser une marge d’autonomie aux régions dans l’organisation du dispositif en parallèle de retours réguliers des ARS au comité national pour permettre des adaptations dans l’organisation générale.

En Pays de Loire, la coordination du Service Sanitaire suit une organisation hémirégionale avec une équipe de coordination en hémirégion est (Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne), et une équipe de coordination en hémirégion ouest (Loire Atlantique et Vendée), rattachées respectivement aux Universités d’Angers et de Nantes.

En hémirégion ouest, le copilotage du Service Sanitaire est assuré par la Professeure de Santé Publique de l’Université de Nantes, cheffe du service de santé publique du CHU de Nantes, et par la Directrice de l’Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Nantes, coordinatrice des 6 Instituts de Formation en Soins Infirmier (IFSI) de l’hémirégion. La coordination opérationnelle est assurée par une coordinatrice administrative ainsi que les coordinateurs pédagogiques de chaque structure et filière de formation : UFR de médecine, de pharmacie et d’odontologie de l’Université de Nantes, Ecole de Sages-Femmes de Nantes et Institut de formation en Masso-Kinésithérapie des Pays de la Loire.

III.2 – La Première Année du Service Sanitaire à Nantes (2018-2019)

En 2018, le déploiement du Service Sanitaire a été progressif et évolutif.

III.2.a – Les Effectifs

Pour cette hémirégion, le Service Sanitaire concerne les étudiants des filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (de l’Université de Nantes), les étudiants en masso-kinésithérapie, et les étudiantes en soins infirmiers (IFSI du CHU de Nantes, Croix Rouge de Rezé, Chateaubriand, Saint Nazaire, Saint Jean de Monts et la Roche-sur-Yon).

- 240 étudiants en médecine de 2^{ème} année et 3^{ème} année
- 120 étudiants en pharmacie de 5^{ème} année
- 90 étudiants en dentaire de 3^{ème} année
- 27 étudiants en maïeutique de 4^{ème} année
- 95 étudiants en masso-kinésithérapie de 3^{ème} année
- 690 étudiants en soins infirmiers de 2^{ème} année

Ainsi, 1260 étudiants sont concernés par le Service Sanitaire.

III.2.b – La Formation

Au cours de l'année universitaire 2018-2019, 90% des étudiants ont reçu une formation théorique spécifique. Cette formation a concerné la totalité des étudiants en Soins Infirmiers, en Masso-Kinésithérapie, en Maïeutique, en Médecine et en Pharmacie. Celle-ci a été intégrée aux différents modules de santé publique au sein de chaque université. Les étudiants ont alors pu bénéficier de contenus concernant des dossiers thématiques de santé publique, ainsi que des formations sur les différentes postures éducatives et sur l'animation de groupe.

Toutefois, aucune de ces formations n'a pu être réalisée en interprofessionnalité.

III.2.c – L'Action

La réalisation du Service Sanitaire n'a pas été effectuée par l'ensemble des étudiants concerné par le Service Sanitaire en 2018-2019. Effectivement, seul 73% des effectifs sont partis en stage :

- 31 étudiants en médecine
- 56 étudiants en pharmacie
- 18 étudiants en dentaire
- 27 étudiants en maïeutique
- 95 étudiants en masso-kinésithérapie
- 690 étudiants en soins infirmiers.

L'interprofessionnalité a concerné plusieurs étudiants :

- 20 étudiants en pharmacie, 10 en odontologie et 6 en masso-kinésithérapie, ont réalisé leur action dans une école primaire à 11 classes de la Petite Section au CM2, où ils ont abordé différentes thématiques, comme l'hygiène, le sommeil, l'exercice physique, l'alimentation, le handicap et le soleil.
- Plusieurs étudiants en dentaires et en soins infirmiers sont intervenus dans 5 classes grandes sections sur l'hygiène et l'hygiène bucco-dentaire.

Pour les autres étudiants, l'interprofessionnalité n'a pas pu se concrétiser, malgré la volonté du groupe de travail. En effet, le croisement des agendas est complexe. Leurs actions se sont déroulées dans des écoles maternelles et primaires, des collèges et des lycées, des entreprises, des mairies et des clubs de sports :

- 16 étudiants en médecine ont réalisé 3 interventions sur le thème de la vie affective et sexuelle, après avoir été formés durant 2 jours par l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé)
- 15 étudiants en médecine sont intervenus sur le thème des soirées festives, avec une formation réalisée par l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie)
- 14 étudiants en pharmacie ont été formés par l'école de Sage-Femme aux violences faites aux femmes et ont réalisé leur Service Sanitaire aux étudiants en Masso-Kinésithérapies et en Odontologie.
- 27 étudiantes Sage-Femme ont été formées par l'IREPS et sont parties en stage en binôme sur le thème de la santé sexuelle, chaque binôme ayant réalisé 6 interventions.

III.2.d – Le Bilan

Globalement, le bilan de la première année du Service Sanitaire est positif. Le retour des étudiants et leurs investissements prouvent leur intérêt pour ce type d'action et le retour

des lieux de stage est très encourageant. Malgré tout, de nombreux points peuvent et se doivent d'être améliorés.

Effectivement, il est important de réfléchir à une organisation permettant de respecter l'exigence de l'interprofessionnalité. Le groupe de travail recommande le développement d'une application sur MADOC pour faciliter le choix des stages. En 2019-2020, la formation et les stages seront proposés à toutes les filières en même temps afin d'encourager la pluriprofessionnalité. Aussi, une formation théorique présentielle comprenant 2 ateliers de formation : posture éducative et animation de groupe, devrait être proposée en interprofessionnalité aux étudiants de médecine, de pharmacie, de dentaire et de sage-femme.

Dans le but d'améliorer l'encadrement des étudiants dans cette nouvelle mission, il est également envisagé de créer des référents pédagogiques, formés par l'IREPS. Des sessions de 2 journées de formation sont organisées. Un guide des référents pédagogiques doit être créé.

La difficulté de la mise en place du Service Sanitaire a également résidé dans l'attribution des lieux d'actions. Leur nombre était faible et la distance importante avec les lieux d'études a compliqué la logistique et l'organisation des déplacements. Le recensement de lieux de stage est donc primordial et doit être étoffé avec les EHPADs (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), les universités, les PMI (Protection Maternelle et Infantile), les crèches ...

IV – Un Exemple du Service Sanitaire à Nantes

IV.1 – L’Origine du Projet

Le projet fut proposé sous l’impulsion de la directrice de l’école de Sages-Femmes de Nantes, Isabelle Derrenderinger, les violences faites aux femmes.

L’idée s’inscrivait assurément dans l’actualité. Pour rappel, fin 2017, le mouvement MeToo est créé, ouvrant la voie vers une libération de la parole des femmes, victimes de violences, notamment de violences sexuelles. Par conséquent, traiter d’un sujet comme celui-ci semblait essentiel et nécessitait une meilleure prévention et formation du public, au sens large. Le Service Sanitaire est donc apparu comme une voie d’accès incontournable vers une prévention des violences faites aux femmes.

IV.2 – La Préparation

IV.2.a – La Formation

Le projet fut exclusivement proposé aux étudiants en Pharmacie, mettant ainsi de côté l’idée d’interprofessionnalité, dans un souci de simplicité d’organisation. En effet, le début du Service Sanitaire a été d’une telle rapidité, qu’il a été obligatoire de réduire le nombre d’intervenants, afin de faciliter sa réalisation.

Isabelle Derrenderinger et les professeurs de la Faculté de Pharmacie ont pensé à leurs étudiants car un temps de formation était déjà existant dans les maquettes pédagogiques. Effectivement, la directrice de l’école de Sage-Femme fait une intervention pour les élèves de Pharmacie de 6^{ème} année. Par conséquent, puisque le Service Sanitaire se déroule durant la cinquième année d’étude, les volontaires ont suivi cette formation.

Il a également été organisé des temps d’échanges et de rencontres entre les étudiants afin de continuer à aborder le sujet sous la direction de Mme Françoise Nazih (maître de

conférences en Biochimie Pharmaceutique, et responsable du Tutorat Santé) et de Mme Claire Sallenave-Namont (responsable de la filière officine de l'UFR de Pharmacie).

Pour compléter la formation des étudiants, les enseignants se sont appuyés sur une mallette pédagogiques²⁶ élaborée par la MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) avec le concours d'un collège de formatrices et formateurs, d'universitaires, d'enseignantes et enseignants, d'expertes et d'experts ainsi que le soutien des partenaires institutionnels et professionnels. Cette mallette se compose de plusieurs kits de formation comprenant des livrets d'accompagnement et des courts métrages, sur les violences au sein du couple, l'impact des violences au sein du couple sur les enfants, les protections juridiques et les violences sexuelles.

II.2.b – L'Organisation

L'intervention s'est déroulée sur une après-midi devant une centaine d'étudiants en masso-kinésithérapie et en odontologie. Afin de favoriser l'échange et l'écoute, il y a été décidé de séparer ce groupe en trois. Ceci permettant l'élaboration de trois ateliers de 20-25 minutes.

Il était primordial de s'adapter, comme dans toutes interventions, aux publics. Ici, nous avions de futurs professionnels de santé, il nous semblait indispensable d'aborder

- des éléments physiopathologiques et psychopathologiques
- des moyens pour repérer les violences et recueillir le consentement des patient(e)s
- des solutions pour accompagner les patient(e)s

III.3 – La Réalisation du Projet

III.3.a – L'Accueil des Etudiants

La totalité des étudiants en masso-kinésithérapie et en odontologie ont été rassemblés dans un amphithéâtre afin de leur expliquer le déroulement l'intervention et afin de les répartir en différents groupes.

III.3.b – 1^{er} Atelier : les Mécanismes des Violences Conjugales

Durant cet atelier, l'objectif est de transmettre des informations psychopathologiques et physiopathologiques.

Dans un premier temps, il a été abordé le cycle de la violence et comment la victime est piégée par son agresseur au sein de ce cycle. Effectivement, les violences se manifestent par cycle redonnant espoir à chaque fois à la victime :

- Durant la première phase, l'agresseur exerce des pressions psychologiques, contrôle, isole la victime. La victime, quant à elle se sent inquiète, tente d'améliorer le climat, fait attention à ses propres gestes et paroles.
- Quand la violence explose, durant la phase 2, l'agresseur donne l'impression de perdre le contrôle de la situation. La victime ne comprend pas et tente de calmer la situation.
- Puis l'agresseur vient justifier son acte, et porte la responsabilité des violences sur sa partenaire. La victime se sent responsable de la situation.
- Enfin, l'agresseur promet un changement. La victime lui donne une chance, lui apporte son aide constate des efforts, change ses propres habitudes.

Dans la confusion, quant à l'analyse de la situation et de ses responsabilités, mais surtout dans le doute sur ses capacités à s'en sortir, la victime est comme prise au piège. Il faudra un élément déclencheur pour que la victime comprenne que son conjoint cherche à la détruire et que sa vie est en danger. Le professionnel de santé peut être ce déclencheur.

Dans un second temps, les différents types de violences ont été abordés et quels impacts ils pouvaient engendrer. En effet, les femmes subissent des violences physiques qui sont bien connues mais elles sont également victimes de violences psychologiques tout aussi dommageables. Ces troubles psychologiques ont des conséquences dramatiques sur la santé des femmes et constituent des facteurs de risques pour des maladies mieux connues, comme l'hypertension.

Les atteintes sont non seulement psychologiques, mais également neurologiques avec des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire, visibles sur des IRM, dont nous connaissons depuis plusieurs années les mécanismes psychologiques et neurobiologiques. Une étude²⁷ menée par une équipe de chercheurs internationaux (allemands, américains et canadiens), et publiée début juin 2013 dans l'« American Journal of Psychiatry », a mis en évidence des modifications anatomiques visibles par IRM de certaines aires corticales du cerveau de femmes adultes ayant subi dans l'enfance des violences sexuelles. Ces aires corticales qui ont une épaisseur significativement diminuée par rapport à celles de femmes n'ayant pas subi de violences sont celles qui correspondent aux zones somato-sensorielles des zones du corps ayant été touchées lors des violences. Récemment, des altérations épigénétiques ont également été mises en évidence chez des victimes de violences sexuelles dans l'enfance, avec la modification d'un gène (NR3C1) impliqué dans le contrôle des réponses au stress et de la sécrétion des hormones de stress (adrénaline, cortisol), altérations qui peuvent être transmises à la génération suivante.

La violence cache à la fois un double visage : instrument de domination et de soumission avec de graves conséquences psycho traumatiques mais aussi un autotraitement efficace à court terme dans les états de mal-être (automutilation). La violence exerce un pouvoir anesthésiant sur les émotions et la douleur autant chez la victime que chez l'agresseur. Ce pouvoir provient de mécanismes neurobiologiques de sauvegarde déclenchés par le cerveau lors des épisodes de violence.

Face à une situation dangereuse nous sommes programmés pour déclencher immédiatement une réaction émotionnelle de survie, automatique et non consciente. Cette réaction est commandée par une petite structure cérébrale sous-corticale, l'amygdale cérébrale. Cette réaction émotionnelle sert d'alarme, et elle prépare l'organisme à fournir un effort exceptionnel pour échapper au danger, en lui faisant face, en l'évitant ou en le fuyant. Pour ce faire, l'amygdale cérébrale commande la sécrétion par les glandes surrénales d'hormones du stress : l'adrénaline et le cortisol. Ces hormones permettent de mobiliser une grande quantité d'énergie en augmentant la quantité d'oxygène et de glucose disponible dans

le sang. Le cœur se contracte plus fort et bat beaucoup plus vite, la circulation sanguine augmente dans les vaisseaux, la fréquence respiratoire s'accélère, un état d'hypervigilance se déclenche. Dans un deuxième temps, le cortex cérébral informé du danger analyse les informations, consulte toutes les données acquises se rapportant à l'événement (expériences, apprentissage, repérage temporo-spatial) grâce à l'hippocampe. L'hippocampe gère donc la mémoire, les apprentissages, et le repérage temporo-spatial. À l'aide de tout ce travail d'analyse et de synthèse, le cortex peut élaborer des stratégies pour assurer sa survie et prendre les décisions les plus adaptées à la situation. Telle une alarme, éteindre la réponse émotionnelle mobilise le cortex et l'hippocampe afin de moduler la réponse en fonction de la présence ou non du danger (si plus de danger alors baisse de l'état d'alerte). L'événement sera alors mémorisé, intégré et disponible pour être ensuite évoqué et raconté.

En cas de violences, les mécanismes normaux que je viens de décrire vont être très perturbés, et ils seront remplacés par des mécanismes neurobiologiques de survie exceptionnels. Ces mécanismes de survie seront à l'origine de symptômes psychotraumatiques et plus particulièrement d'une mémoire traumatique des violences. Nous sommes beaucoup moins bien programmés pour réagir à un danger quand celui-ci est effroyable, incohérent, imprévisible et incompréhensible et quand il nous met en situation d'impuissance. L'intentionnalité destructrice de l'auteur est inconcevable et impensable, particulièrement si celui-ci est censé être notre protecteur et non pas notre ennemi. Une sidération psychique et un stress extrême conduisent à la disjonction du circuit émotionnel. L'effroi ressenti et le non-sens de la situation vont être à l'origine d'une effraction et d'une sidération du psychisme de la victime. Devant le danger l'amygdale s'active, la réaction émotionnelle automatique s'enclenche, mais le cortex, sidéré, va être dans l'incapacité d'analyser la situation et d'y réagir de façon adaptée. La victime est alors comme paralysée, elle ne peut pas crier, ni parler, ni organiser de façon rationnelle sa défense. Comme le cortex est en panne, il ne peut pas contrôler la réponse émotionnelle. Celle-ci continue alors de monter en puissance, avec des sécrétions de plus en plus importantes d'adrénaline et de cortisol, l'organisme se retrouve rapidement en état de stress extrême. L'état de stress extrême entraîne un risque vital. La quantité croissante de ces hormones déversée dans le sang devient toxique pour l'organisme, elle représente un risque vital cardio-vasculaire et

neurologique. Le stress extrême peut entraîner une souffrance myocardique susceptible de provoquer un infarctus du myocarde et une mort subite, et une souffrance neuronale qui pourrait être responsable d'un état de mal épileptique et d'un coma (jusqu'à 30% des neurones de certaines structures cérébrales peuvent être détruits). La victime peut être en danger de mort non seulement par la volonté criminelle de l'agresseur, mais aussi par le risque vital dû au stress extrême. Face à ce risque le cerveau a une parade exceptionnelle, une disjonction. Comme le ferait un circuit électrique pour stopper le survoltage, le cerveau se court-circuite et fait disjoncter l'ensemble du circuit émotionnel de manière à diminuer la production des hormones du stress et éviter que la personne ne meure de stress. Le cerveau fait disjoncter le circuit émotionnel en sécrétant en urgence, des drogues "dures" morphine-like et kétamine-like. Ces hormones permettent à la personne de ne plus ressentir aucune douleur physique et psychique. Cette disjonction interrompt brutalement les connections entre l'amygdale et les autres structures. La réponse émotionnelle s'éteint alors brutalement. L'amygdale isolée reste « allumée » mais ses ordres ne passent plus. Les victimes se retrouvent alors soudain dans un état d'anesthésie émotionnelle et physique. Le risque vital disparaît. L'anesthésie émotionnelle produit une dissociation. Les victimes continuent de vivre les violences, mais elles ne ressentent plus rien, c'est ce qu'on appelle un état de dissociation. Les victimes dissociées décrivent alors un sentiment d'irréalité, voire d'indifférence et d'insensibilité, comme si elles étaient devenues de simples spectateurs de la situation. Cela est dû à l'anesthésie émotionnelle et physique liée à la disjonction, avec une sensation de corps mort. La conséquence immédiate de la dissociation est que la victime sera encore plus incapable de se défendre.

La disjonction est à l'origine d'une mémoire traumatique. Mais ce pouvoir anesthésiant agit à très court terme, car la disjonction a un prix. L'interruption des connexions entre l'amygdale et l'hippocampe empêche ce dernier d'exercer sa fonction de mémorisation. Toute la mémoire des violences reste piégée dans l'amygdale. L'amygdale lors de toute stimulation susceptible de rappeler les violences, va recréer à nouveau le même stress émotionnel, la même détresse, et le même risque vital sous la forme de flashback, de réminiscences ou de cauchemars. Cette mémoire traumatique est susceptible d'exploser à chaque fois qu'un lien

rappellera les violences. Si elle n'est pas traitée elle persiste des années, voire des dizaines d'années, générant un climat de danger et d'insécurité permanent.

Pour échapper à ces souffrances les victimes vont mettre en place des conduites d'évitement, de contrôle et d'hypervigilance. Les victimes traumatisées essaient d'empêcher à tout prix une explosion de cette mémoire traumatique en évitant tous les stimuli susceptibles de la déclencher. Elles deviennent alors hypervigilantes, et mettent en place des conduites d'évitement et de contrôle de tout leur environnement. Cet évitement entraîne de nombreuses phobies, des troubles obsessionnels compulsifs, un retrait affectif, des troubles du sommeil, une fatigue chronique, des troubles de l'attention et de la concentration très préjudiciables pour mener à bien une vie personnelle, sociale et professionnelle. Cependant ces mécanismes de contrôles et d'évitement au quotidien perdurent rarement et de nouvelles violences ou de grands changements dans la vie (adolescence, rencontre amoureuse, naissance ...) expose la victime à une explosion de la mémoire traumatique. Une sensation de risque vital tétanise les sujets victimes de violences.

Pour faire cesser cet état ou éviter à tout prix qu'il ne se reproduise, la victime cherche à obtenir coûte que coûte une disjonction pour s'anesthésier, en faisant augmenter la quantité de drogues dissociantes. Cela peut s'obtenir de deux façons : soit en leur ajoutant des drogues, soit en augmentant leur sécrétion endogène par aggravation du stress. Pour aggraver leur stress, les victimes se mettent en danger ou exercent des violences le plus souvent contre elles-mêmes : conduites routières à risque, auto-mutilations, sports extrêmes, jeux dangereux, sexualité à risque, etc.

Ces mécanismes psychotraumatiques permettent de comprendre les symptômes que présentent les femmes victimes de violences. La mémoire traumatique est à l'origine d'une grande souffrance mentale, de troubles anxio-dépressifs, d'idées suicidaires, d'insomnies, de troubles cognitifs... Les conduites d'évitement, de contrôle et les conduites dissociantes sont à l'origine de nombreux troubles du comportement (retrait social, addiction, troubles du comportement alimentaire et sexuel...) et de conduites paradoxales (mises en danger,

automutilation, dépendance à l'agresseur...). Les violences sont de grands pourvoyeurs d'accidents (à domicile, sur la voie publique, au travail, dans le sport), de dépressions, de tentatives de suicide, d'alcoolisme, de toxicomanie, de maladies sexuellement transmissibles.

Il est donc évident que laisser des victimes sans soin aux prises avec une mémoire traumatique est irresponsable et alimente la production de futures violences. Il suffit qu'une minorité de victimes deviennent des agresseurs, ils feront alors à leur tour d'autres victimes, dont quelques-unes deviendront des agresseurs. Alors que nous disposons depuis plus de 10 ans de toutes les connaissances nationales et internationales, la gravité de leurs conséquences psychotraumatiques fait toujours l'objet au mieux d'une méconnaissance, d'une sous-estimation et parfois même d'un déni que ce soit auprès des professionnels et du grand public. De plus les stratégies de survie, qu'elles sont dans l'obligation de développer, sont un facteur d'exclusion, de pauvreté, et de vulnérabilité à de nouvelles violences. Sont en cause une loi du silence implacable qui s'impose à elles, et un manque de formation des professionnels qui ne sauront pas dépister les violences, ni rechercher, diagnostiquer puis soigner les troubles psychotraumatiques.

Trop souvent, les violences ne sont pas reconnues, ni dénoncées, et leurs conséquences psychotraumatiques sont ignorées des professionnels de la santé qui n'ont pas été formés. Il en résulte que les victimes ne peuvent être prises en charge ni soignées efficacement. Pourtant des soins spécialisés permettraient d'éviter la mise en place d'une mémoire traumatique immédiatement après les violences, ou de la traiter si elle est déjà installée. Ces manifestations peuvent s'atténuer par des séances de psychothérapie grâce à la plasticité du cerveau. Ces soins éviteraient aux victimes de graves souffrances et de nouvelles violences. Et ils permettraient aussi d'éviter que certaines victimes ne deviennent des agresseurs.

III.3.c – 2^{ème} Atelier : le Repérage des Violences et le Recueil du Consentement des Patients

Avec cet atelier, l'objectif est de donner des outils afin d'identifier les victimes de violences et d'insister sur l'importance du consentement lors d'une consultation.

Dans un premier temps, il a été abordé le point noir. C'est en Angleterre qu'une femme victime de violences conjugales a eu cette idée en 2015. La jeune femme cherchait un moyen d'attirer l'attention sur ce qu'elle vivait, de manière discrète. Elle a donc imaginé dessiner un point noir dans sa main, avec un crayon à maquillage noir, qui s'efface facilement, et ainsi demander de l'aide. Ce point noir n'a rien d'un jeu. Il possède une véritable signification qui est : « je suis victime de violences, j'ai besoin d'aide et j'ai des difficultés à en parler ». Ce point noir est un des outils qui existe pour repérer une victime de violence. Il est important pour un professionnel de santé de les connaître pour pouvoir les identifier.

Dans un second temps, il a été présenté 2 vidéos, où 2 professionnels de santé abordent les violences durant leur consultation. Appréhender la problématique de la violence, c'est repérer les situations de façon systématique.

Le cabinet est un lieu privilégié pour évoquer ce type de traumatisme car c'est un lieu d'écoute, où une relation de confiance peut se lier entre le professionnel de santé et la patiente. Lorsque le professionnel de santé traite de ce sujet, il est intéressant d'utiliser le terme de souffrance avec la patiente (« est-ce que cela vous est déjà arrivé qu'on vous fasse souffrir dans votre vie ? », « est-ce qu'encore aujourd'hui cela vous fait souffrir ? »). Les souffrances peuvent être aussi bien psychologiques que physiques. Les questions doivent être ouvertes et le professionnel doit réaffirmer l'interdiction des violences, tout en restant dans l'empathie et éviter n'importe quel jugement. Il faut soutenir et valoriser la victime dans ses démarches.

Enfin, les vidéos ont également permis d'appréhender la question de consentement, qui doit être demandée avant de réaliser tout acte médical (« êtes-vous prêt ? », « pouvons-nous commencer ? »).

III.3.c – 3^{ème} Atelier : l'Accompagnement des Victimes

Durant cet atelier, l'objectif est de donner la place du professionnel de santé dans l'accompagnement des victimes de violence.

Dans un premier temps, un abaque de Regnier a été proposé afin de présenter le 3919. Le 3919 Violence Femmes Info constitue le numéro national de référence pour les femmes victimes de violences (conjugales, sexuelles, psychologiques, mariages forcés, mutilations sexuelles, harcèlement...). Il propose une écoute, il informe et il oriente vers des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge. Ce numéro garantit l'anonymat des personnes appelantes mais n'est pas un numéro d'urgence comme le 17 par exemple qui permet pour sa part, en cas de danger immédiat, de téléphoner à la police ou la gendarmerie. Le numéro 3919, soutenu par le ministère en charge des Droits des femmes et géré par la « Fédération nationale solidarité femmes » s'appuie sur un partenariat avec les principales associations nationales luttant contre les violences faites aux femmes. Ce numéro est une ligne d'écoute ponctuelle, il n'y a pas de suivi. Une fois que l'entretien est fait au téléphone, si la personne le souhaite ce sont des associations de terrain du département où vit la femme qui prendront le relais.

Dans un second temps, une situation d'une consultation a été présentée. Cette situation a permis d'introduire des solutions d'accompagnement qu'un professionnel de santé peut proposer. Effectivement, une femme en consultation odontologique a une dent cassée. Après une longue discussion le dentiste découvre qu'elle est violentée par son conjoint, mais elle ne veut pas que la situation s'ébruite et ne souhaite pas en parler. Malgré le refus de la patiente, il existe des solutions à lui proposer, comme un « faux » suivi. Il est possible de fixer un second rendez-vous en prétextant un autre problème afin de recevoir la femme une deuxième fois, et plus si nécessaire, sans éveiller les soupçons de son conjoint. Il est également possible de

réaliser un certificat médical, qui sert de preuve écrite. Il permet de constater les dommages corporels des personnes victimes de violences. Ce certificat doit être conservé par le professionnel de santé et peut être récupéré à tout moment par la victime. Il est valable à vie et plus il est complet, plus il pourra être utile à la victime en cas de nécessité. Enfin, la femme peut être redirigée vers un(e) psychologue, une association ou le 3919.

III.4 – Le Retour du Projet

III.4.a – Le Retour des Etudiants en Odontologie et Kinésithérapie

A la fin des ateliers, les étudiants ont été rassemblés dans un amphithéâtre pour faire le bilan de l'intervention. Un questionnaire de satisfaction leur a également été distribué pour avoir leur retour.

Dans une très grande majorité, les étudiants sont très satisfaits de cette intervention. Ils s'estiment tous plus à l'aise face à des situations de violences sexistes suite aux ateliers. A la question « Cette intervention a-t-elle changé votre vision sur les violences faites aux femmes ? », une grande majorité des étudiants répondent oui. Certains précisent que c'était déjà une cause à laquelle ils étaient sensibles. Concernant l'organisation de l'intervention, ils jugent la durée correcte dans la grande majorité et estiment judicieux la séparation en groupe plus restreints afin de faciliter l'échange.

III.4.b – Mon Retour sur le Projet

Le service sanitaire est une expérience très enrichissante à plusieurs niveaux.

Dans un premier temps, sur le plan personnel, cette expérience m'a beaucoup apporté. Effectivement, faire partie d'un groupe et travailler ensemble pour mener à bien un projet est très formateur et m'a permis d'évoluer sur ma façon de voir les choses sur le travail de groupe. Il est primordial d'être à l'écoute de chacun et de devoir respecter chacune des personnes en termes de connaissances et de compétences. Chacun a son plus à apporter à l'équipe. Il faut donc pouvoir utiliser toutes les capacités pour faire grandir le projet, ensemble. Toute cette

considération sera utile dans ma vie future car travailler en officine, c'est également faire partie d'une équipe. Une équipe où il faut trouver sa place et mettre au service de tous ses aptitudes afin d'améliorer la prise en charge du patient. Cela passe également par le bien-être de l'équipe qui n'est pas à négliger car plus le cadre de travail respecte chaque individualité alors plus le patient en bénéficiera. Ainsi, le service sanitaire est une expérience de management qui est utile sur le plan professionnel.

Dans un second temps, le service sanitaire nous impose une expression orale qui n'est pas innée et qui se doit d'être travaillée et améliorée tout au long de la vie. Dans ce sens, le fait de faire de la prévention en face d'un groupe est formateur. Il faut transmettre les bonnes informations et de la bonne façon, c'est-à-dire qu'il faut s'adapter à son interlocuteur pour que ces informations soient entendues, comprises et enregistrées. Devoir travailler sur cette problématique est essentiel dans le monde professionnel et notamment à l'officine, où le pharmacien est confronté à toute sorte de situation et de patient. En effet, il est impossible de communiquer de la même manière à deux interlocuteurs.

V – L'Evolution du Service Sanitaire à Nantes

Au fil des années et des expériences, le service sanitaire s'est structuré.

V.1 – L'Organisation du Service Sanitaire

V.1.a – Le Séminaire de Rentrée

En effet, un séminaire de rentrée, commun à tous les différents étudiants intervenant lors du Service Sanitaire, est organisé. Il a pour objectif de présenter les objectifs du Service Sanitaire par l'équipe pédagogique et l'ARS, et une courte présentation des messages clés sur les thématiques prioritaires.

V.1.b – La Formation Théorique

Aussi une formation théorique est mutualisée entre les différentes filières (Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie et Kinésithérapie). Elle consiste en 2 ateliers de 3h30 en petits groupes (l'un au premier semestre et l'autre au second semestre), et un cours en visioconférence de 2h au mois de Janvier. L'objectif de cette formation est de :

- Comprendre l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé.
- Avoir des repères pour l'animation de séances collectives d'éducation pour la santé auprès de différents publics cibles (découverte et expérimentation d'outils et techniques d'animation)
- S'approprier la posture éducative
- Comprendre comment construire une séance d'éducation pour la santé (temps d'apprentissage, objectifs pédagogiques, séquences pédagogiques, conducteur de séance)
- Expérimenter l'élaboration du conducteur

Les étudiants en soins infirmiers ont également reçu une formation en éducation pour la santé au sein de leurs instituts de formation.

V.1.c – L’Encadrement des Etudiants : le Référent de Proximité et le Référent Pédagogique

Afin de réaliser leurs actions concrètes de prévention au sein de l’établissement d’accueil, chaque groupe d’étudiants en santé bénéficie d’un double encadrement : par un référent de proximité et par un référent pédagogique.

Le référent de proximité est un membre du personnel de l’établissement d’accueil. Il peut être un infirmier, un enseignant, un chef d’établissement ... Il est chargé d’accueillir les étudiants et de les informer du règlement intérieur. Il définit les attentes de l’établissement concernant l’intervention, donc il valide le projet d’éducation pour la santé et veille au bon déroulement des interventions. A l’issue des interventions, il transmet les fiches d’évaluations individuelles au référent pédagogique et à l’équipe de coordination du service sanitaire.

Le référent pédagogique est une personne rattachée à l’université, à un IFSI ou à l’IFM3R. Il est chargé d’accompagner les étudiants dans la gestion du projet et dans la construction de leurs séances éducatives en amont de leur réalisation. Il vérifie et aide la construction des conducteurs de séances en validant la pertinence des objectifs fixés et la cohérence entre ces objectifs et les techniques ou outils d’animation proposés. Il oriente si nécessaire vers des sources fiables ou des partenaires associatifs ou institutionnels en lien avec la thématique des interventions. Il réalise l’évaluation finale et transmet les résultats à l’équipe de coordination.

V.1.d – Les Modalités Administratives

Les différentes modalités administratives sont également organisées. Effectivement, en amont des interventions, une convention tripartite est signée entre l’établissement scolaire d’accueil, l’Université de Nantes (et/ou l’IFM3R) et les étudiants intervenant dans un même établissement. L’arrêté du 29 juin 2020 précise que les frais de transport des étudiants entre le lieu de réalisation de l’action de service sanitaire et l’unité de formation d’inscription de l’étudiant ou le domicile seront remboursés sur la base des frais kilométriques.

V.1.e – Le Calendrier du Service Sanitaire

Le calendrier est mieux défini avec 4 étapes clés qui correspondent à des objectifs précis :

- Etape 1 : Les étudiants et le référent pédagogique prennent contact afin de fixer le calendrier des échanges et rencontres. Ils s'assurent de la compréhension des modalités des interventions et d'évaluation du service sanitaire. Les étudiants et le référent de proximité définissent ensemble le public cible, la thématique et le calendrier des interventions
- Etape 2 : Le référent pédagogique s'assure que le travail des étudiants a bien été commencé et que les créneaux d'intervention ont été fixés avec l'établissement. Les étudiants peuvent échanger si nécessaire avec le référent de proximité concernant la construction des actions.
- Etape 3 : Les étudiants et le référent pédagogique valident ensemble les conducteurs de séances pour le partager au référent de proximité, juste avant la réalisation de l'intervention.
- Etape 4 : Le référent de proximité transmet au référent pédagogique et à la scolarité les fiches d'évaluations individuelles. Le référent pédagogique réalise alors l'entretien de validation avec les étudiants, grâce à une restitution collective et aux carnets de bord.

V.1.f – Les Ressources

Afin de construire leur projet d'éducation pour la santé, les étudiants sont guidés par l'IREPS, grâce au guide SESAME²⁸. Cette ressource compile différentes astuces et conseils. En effet, elle permet aux étudiants d'apprendre à mieux connaître la structure d'accueil et leurs attentes. Elle permet aux étudiants de trouver leur stratégie d'intervention, d'élaborer leur projet et de choisir le contenu de leur intervention. Un point est accordé à l'identification des personnes ressources au sein de l'établissement et de la personne à contacter en cas de difficultés lors d'une séance éducative. Il est aussi important de connaître les actions d'éducation pour la santé antérieure ou à venir et faire le lien avec le programme scolaire sur la thématique en question.

V.1.g – Les Objectifs du Service Sanitaire

Les différents objectifs pédagogiques des interventions sont définis et clairs :

- Prendre conscience de ses croyances, ses représentations et mettre à distance les stéréotypes
- Acquérir des connaissances sur les enjeux (facteurs protecteurs et de risque conséquences sur la santé) et les recommandations actuelles (2 à 3 messages clefs simples)
- Identifier et mobiliser ses ressources individuelles pour favoriser les comportements favorables à la santé
- Mettre en évidence les facilitateurs et les obstacles personnels à la mise en œuvre des comportements favorables à la santé
- Renforcer ses compétences, et notamment ses compétences psycho-sociales, pour faire des choix informés, responsables et respectueux envers soi-même et les autres
- S'approprier les informations sur les ressources d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement

V.1.h – Les Modalités du Service Sanitaire

La nature des interventions et leurs modalités pratiques sont également spécifiées. Les séances éducatives doivent durer environ 2 heures et doivent être dispensées sous un format ludique, à l'aide d'outils d'animation validés et dans une démarche participative. Les étudiants recherchent avant tout la mise en place d'une réflexion collective autour d'une thématique de santé. Ils font d'abord émerger les représentations des participants afin d'adapter par la suite leur discours au niveau de connaissance du public, en apportant des informations vérifiées. Les étudiants veillent constamment à maintenir le cadre défini avec les participants en début de séances : écoute, respect, tolérance (non-jugement), bienveillance et confidentialité.

V.1.i – L'Évaluation du Service Sanitaire

La validation du service sanitaire repose sur 4 éléments :

- une Fiche d'évaluation individuelle de l'action de prévention, complétée par le référent de proximité
- une Restitution collective du groupe d'étudiants auprès du référent pédagogique (entretien de validation), en présentiel ou en distanciel, d'une durée d'1 heure minimum
- une Remise du carnet de bord par chaque étudiant au référent pédagogique
- un Questionnaire national d'auto-évaluation complété en ligne par l'étudiant

V.2 – Les Actions de Prévention Réalisée

V.2.a – Le Cas du COVID-19

Le maintien en 2020-2021 du service sanitaire a été confirmé par l'instruction ministérielle du 27 novembre 2020²⁹, avec différentes adaptations possibles pour faire face à la situation sanitaire liée à la pandémie : suspension des actions conduites en établissement d'hébergement pour personnes âgées, adaptation du calendrier, des lieux et/ou des contenus d'actions. L'instruction réaffirme la vocation pédagogique du Service Sanitaire des Etudiants en Santé et sa nécessaire insertion dans les dispositifs de prévention existants. La prévention des risques infectieux et de l'antibiorésistance est ajoutée à la liste des thématiques à privilégier. A titre exceptionnel, les actions du Service Sanitaire peuvent appuyer les activités de dépistage et de contact tracing pour le contrôle de l'épidémie de COVID-19.

A Nantes, la totalité des interventions de l'année 2020-2021 a été réalisé en milieu scolaire.

Conclusion

Le Service Sanitaire mobilise plusieurs blocs de compétence en cours de développement chez les étudiants.

Tout d'abord, l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité sont des dimensions très intéressantes du service sanitaire. Cela permet de donner du sens au travail en interprofessionnalité et de guider l'apprentissage de la transversalité, de la connaissance des autres métiers. Le service sanitaire en interprofessionnalité peut faire évoluer les stéréotypes de représentation hiérarchique des métiers et préparer les étudiants à un mode d'exercice professionnel en structures pluriprofessionnelles. Il développe l'aptitudes au travail en équipe, à la communication interprofessionnelles et à la résolution des problèmes et des conflits.

De plus, dans un processus progressif de positionnement professionnel, l'étudiant se questionne sur sa posture, son attitude, son rapport au collectif de travail, la coordination avec d'autres professionnels, le sens de son travail et de ses responsabilités, les valeurs humaines et l'esprit d'équipe. Il met en œuvre un processus de prise d'initiative et d'autonomie, une capacité d'adaptation au terrain, aux personnes rencontrées. Il accomplit un travail sur la posture à adopter face aux autres. Une réflexion est nécessaire pour interagir avec des collègues, avec un public qu'il ne connaît pas et pour contribuer aux objectifs de la structure d'accueil. L'étudiant, futur professionnel, est amené à se questionner sur les principes éthiques de respect mutuel, de confidentialité des données, de valeurs humaines d'équité et de dignité. Selon les personnes entendues en entretien, le service sanitaire permet aux étudiants de comprendre qu'ils ont une responsabilité populationnelle que la santé n'est pas que le soin et que sa préservation passe par la prévention.

Aussi, le développement des compétences relationnelles est transférable dans l'activité professionnelle à venir pour les relations futures entre professionnels et personnes prises en charge. Ces compétences vont aussi développer la capacité de négociation et de

médiation. La profession de soignant nécessite des compétences humaines pour faire face à l'hétérogénéité des publics rencontrés. Les compétences relationnelles, communicationnelles, émotionnelles, gestion du stress, capacité à prendre la parole, capacité d'adaptation, doivent être travaillées, tant elles sont nécessaires dans l'exercice de professionnel de santé.

Avant de mener un projet d'éducation à la santé, les étudiants doivent prendre conscience qu'un problème de santé est bien souvent plus complexe qu'il n'y paraît. La réflexion éthique permet de saisir la complexité des déterminants des comportements et habitudes de vie et conduit l'étudiant à comprendre l'inutilité du modèle pédagogique descendant, paternaliste de prescription de ce qu'il faut faire et ne pas faire pour préserver la santé. Les étudiants acquièrent donc des compétences pédagogiques, en termes de capacité d'observation et d'adaptation aux besoins d'apprentissage d'un public cible.

Enfin, en utilisant la méthodologie de gestion de projet, les étudiants développent leur rôle de promoteur de santé. Ils construisent l'organisation des travaux de groupes, prévoient les étapes et les échéances à respecter, identifient les ressources disponibles.

A ce titre, le service sanitaire représente un atout pédagogique important car ce qui est retenu dans la pratique quotidienne de l'exercice professionnel est ce qui a été réalisé concrètement pendant les études.

Bibliographie

1. GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 8 octobre 2016, volume 388, numéro 10053, page 1813-185
2. Organisation Mondiale de la Santé. Glossaire de la promotion de la Santé [Internet]. 1999. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consulté en Janvier 2022
3. GORDON, Robert S. An operational classification of disease prevention. *Public Health Report*. 1983, page 107-109.
4. SAN MARCO, Jean-Louis. Définition. *Trait de Santé Publique*. Flammarion, 2009, page 421.
5. Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport annuel : santé, pour une politique de prévention durable. [Internet] 2003. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000331.pdf> Consulté en Janvier 2022
6. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa : pour la promotion de la santé. [Internet] 1986. Disponible sur : https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf Consulté en Janvier 2022
7. Organisation Mondiale de la Santé. Politiques pour la santé : les recommandations d'Adélaïde. [Internet] 1988. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59559/WHO_HPR_HEP_95.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consulté en Janvier 2022
8. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Sundsvall : des milieux favorables à la santé. [Internet] 1991. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59965/WHO_HED_92.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consulté en Janvier 2022
9. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Jakarta : à ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au 21^{ème} siècle. [Internet] 1997.

Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63698/WHO_HPR_HEP_4IHP_BR_97.4_eng.pdf Consulté en Janvier 2022

10. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé : faire place à l'équité. [Internet] 2000. Disponible sur : https://www.reseau-lsps.org/wp-content/uploads/sites/6/2019/02/Declaration-de-Mexico_FR-2000.pdf Consulté en Janvier 2022
11. Organisation Mondiale de la Santé. Charte de Bangkok : pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. [Internet] 2005. Disponible sur : https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf Consulté en Janvier 2022
12. Organisation Mondiale de la Santé. Appel à l'action de Nairobi. [Internet] 2009. Disponible sur : https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/01_2009_OMS%20Nairobi_Call%20to%20action.pdf Consulté en Janvier 2022
13. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Helsinki. [Internet] 2013. Disponible sur : http://promosante.org/wp-content/uploads/2016/03/declaration_Helsinki.pdf Consulté en Janvier 2022
14. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Shanghai. [Internet] 2016. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5> Consulté en Janvier 2022
15. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Rotorua. [Internet] 2019. Disponible sur : https://www.iuhpe.org/images/CONFERENCES/world/2019/Rotorua_statement_fr.pdf Consulté en Janvier 2022
16. Organisation Mondiale de la Santé. La charte de Genève pour le bien-être. [Internet] 2021. Disponible sur : https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2021/12/ac-211230-Geneva_Charter_for_Well-being_WHO.pdf Consulté en Janvier 2022
17. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Tiohtià:ke. [Internet] 2022. Disponible sur :

https://www.iuhpe.org/images/CONFERENCES/world/2022/Tiohtia_ke-Statement-FINAL_FR.pdf Consulté en Janvier 2022

18. Union Européenne. Article 129. *Traité de Maastricht*, 1992, Titre X : Santé Publique.
19. Union Européenne. Résolution du Conseil concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique. [Internet] 30 mai 1994. Disponible sur : <https://ec.europa.eu/dorie/fileDownload.do;jsessionId=rNjbPCu6bfYPQiJyb7zyoofZ2WLQYUhs-8-EOS4mjcBRJ5ZdfMRV!1830116846?docId=313615&cardId=313615> Consulté en Janvier 2022
20. Union Européenne. Article 152. *Traité d'Amsterdam*, 1997, Troisième partie : les politiques de la communauté, Titre XIII : Santé Publique.
21. Union Européenne. Article 36. *Traité de Rome*, 1957, Chapitre 2 : l'élimination des restrictions quantitatives entre les Etats membres.
22. Commission Européenne. *Livre Vert - Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne*. 2005. 30 pages.
23. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Prévention et Promotion de la santé. [Internet] 2017-2018. Disponible sur : <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/prevention-avis-hcaam-12-02-2019.pdf> Consulté en Février 2023
24. VAILLANT L., BENSADON A-C., SLAHMED H., GICQUEL R. Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. [Internet] 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_service_sanitaire_pr_vallant.pdf Consulté en Janvier 2022
25. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. [Internet] 2017. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf Consulté en Février 2023
26. Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Mallette Pédagogique. [Internet] Disponible

sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple> Consulté en Février 2023

27. PRUESSNER J., NEMEROFF C., MLETZKO T., MAYBERG H., HEIM C. Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, juin 2013, 170(6), 616-623.

28. Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé. Guide SESAME. [Internet] 2019. Disponible sur : <https://www.sesamepdl.org/methodologie/suivez-le-guide/> Consulté en Février 2023

29. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du service sanitaire des étudiants en santé. [Internet] 2022. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1244> Consulté en Février 2023

Nom - Prénoms : ROY Vincent, Pierre

Titre de la thèse :

Etat des Lieux de la Mise en Place du Service Sanitaire à Nantes

Résumé de la thèse :

La création du Service Sanitaire en 2018 représente un défi d'organisation et de mise en place. Son instauration constitue un nouvel atout pédagogique dans la formation des étudiants en santé. Le Service Sanitaire contribue alors au développement de compétences en termes de prévention, de promotion de la santé, d'interprofessionnalité, de travail de groupe.

MOTS CLÉS

Service Sanitaire
Formation
Prévention
Promotion de la Santé
Interprofessionnalité
Travail de Groupe

JURY

PRESIDENTE : Mme Delphine Carbonnelle, Professeur de Physiologie, UFR Sciences
Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

ASSESEURS : Mme Muriel Duflos, Professeur de Chimie Organique, UFR
Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Nantes

M. Xavier Reculeau, Pharmacien d'officine, Montaigu

Adresse de l'auteur :

35 bis rue Georges Clemenceau, 85130 Les Landes Genusson