

RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ POUR LA PRÉVENTION
DES ADDICTIONS

Avec le soutien de Santé publique France
et en partenariat avec l'Ispep-Université
de Bordeaux, le CHU de Bordeaux
et l'ARS Nouvelle-Aquitaine

9 et 10
septembre
2019

BORDEAUX

CENTRE
DE CONGRÈS
CITÉ MONDIALE

18 Parvis des Chartrons

PREMIER
COLLOQUE

Lieu de santé promoteur de santé

www.reseau-lsps.org



SOMMAIRE

JOUR 1

PLÉNIÈRES

Le Réseau français Lieu de santé promoteur de santé.....	4
Nicolas Bonnet	
Regard international sur les Hôpitaux promoteurs de santé.....	4
Margareta Kristensson	
TABLE RONDE : « Hôpital sur le territoire, responsabilité populationnelle ».....	4
Discutant : François Alla	
Intervenants : Laurence Garo, Frank Chauvin, Christine Ferron	

JOUR 2

ATELIERS

Atelier 1 Politique de gestion.....	6
Discutante : Linda Cambon, Rapportrice : Virginie Migeot	
• État des lieux de la promotion de la santé au CHU de Nantes. Exemple d'une démarche diagnostique.....	6
Leila Moret, Anne Le Rhun, Lucie Malloggi	
• Un département dédié à la promotion de la santé au CH du Mans.....	9
Angèle Dali-Youcef	
• Le dispositif la Villa Santé du CHU de Poitiers.....	10
Marion Albouy-Llaty	
Atelier 2 Continuité et coopération.....	14
Discutante : Christine Ferron, Rapporteur : Léo Donzel Godinot	
• Expérimentation d'un parcours coordonné Ville-Hôpital dans l'arrêt du tabac.	14
Nathalie Lajzerowicz	
• Parcours de PEC préventive activité physique graduée.....	17
Philippe Nguyen	
• Le projet « Pessac prévention et sensibilisation aux AVC ».....	19
Stéphane Olindo	
Atelier 3 Évaluation des actions de prévention.....	23
Discutante : Carine Mutatayi, Rapportrice : Delphine Couralet	
• Le registre français d'interventions validées ou prometteuses : quelle place pour les actions hospitalières ?.....	23
Pierre Arwidson	
• Actions innovantes de terrain.....	26
Nolwenn Stevens	
• Évaluation et suivi de programmes ETP labellisés en établissement SSR.....	28

Isabelle Boissard

Atelier 4 Promotion de milieux de travail sains.....31
Discutante : Catherine Verdun-Esquer, Rapporteur : Nicolas Bonnet

- **La stratégie « Lieu de santé sans tabac ».....31**
Irène Philip
- **Le concept des magnets hospitals.....33**
Anne-Marie Pronost
- **Structurer une politique RH vis-à-vis des professionnels seniors.....35**
Javier Mata Penuela
- **Co-construction d'un « Hôpital et Territoire Promoteur de santé » par les parties prenantes.....36**
Dorothee Hénin, Nathalie Albert

TABLE RONDE : Regards croisés sur les enjeux contemporains de la prévention et de la promotion de la santé.....39

Discutante : Linda Cambon

Intervenants : Stéphanie Vandentorren, Matthieu Sibé

RESTITUTION DES ATELIERS.....44

- **Atelier 1 « Politique de gestion ».....44**
Rapportrice : Virginie Migeot
- **Atelier 2 « Continuité et coopération ».....45**
Rapporteur : Léo Donzel Godinot
- **Atelier 3 « Évaluation des actions de prévention ».....46**
Rapportrice : Delphine Couralet
- **Atelier 4 « Promotion de milieux de travail sains ».....47**
Rapporteur : Nicolas Bonnet

CLÔTURE.....48
Geneviève Chêne

ANNEXES.....49

PLÉNIÈRES

🌐 Le Réseau français Lieu de santé promoteur de santé

🌐 **Nicolas BONNET**
RESPADD

🌐 Regard international sur les Hôpitaux promoteurs de santé

🌐 **Margareta KRISTENSSON**
Réseau international HPH

[Pour consulter les présentations : voir ANNEXES]

TABLE RONDE

« Hôpital sur le territoire, responsabilité populationnelle »

François ALLA
CHU de Bordeaux

Laurence GARO
Association des directeurs d'hôpital
Frank CHAUVIN
Haut Conseil de santé publique
Christine FERRON
FNES

Éléments de conclusion présentés par François ALLA

Cette table ronde souligne un certain nombre de points clefs, dont voici quelques exemples :

La promotion de la santé à l'hôpital nécessite plusieurs préconditions : d'abord une vision politique et éthique, portée au niveau national comme à l'échelle de l'établissement ; une stratégie et des moyens au service de cette stratégie. Il s'agit d'expliquer ici les enjeux, de s'interroger sur les motivations qui sous-tendent cette stratégie (pourquoi ?), ce que l'on veut en faire et comment veut-on le faire ?

Ensuite, considérer que la promotion de la santé contribue à instaurer un cercle vertueux : améliorer les conditions de travail améliore aussi la qualité des soins, améliorer la qualité des soins, améliore la satisfaction au travail...

Enfin, une part majoritaire de la morbi-mortalité est liée à des facteurs accessibles à la prévention. Il y a donc un enjeu économique important, car la soutenabilité de notre système de santé dépend de notre capacité à réduire les dépenses de soin en agissant en amont, c'est-à-dire en faisant de la prévention. Les actions de plaidoyer doivent intégrer cette dimension.

Pour avancer sur le plan concret, François ALLA retient trois points importants :

La responsabilité populationnelle des lieux de santé ne peut pas se construire seule. Elle nécessite d'inscrire l'hôpital dans plusieurs réseaux de périmètres différents (GHT, CLS, organisations des professionnels de ville, etc...), ainsi que dans un périmètre populationnel cohérent.

Cette démarche doit être structurée au niveau de la gouvernance, comme du point de vue de l'appui méthodologique (besoin d'outils, incluant le plaidoyer).

Enfin, dernier point, il convient de garder à l'esprit que nous sommes dans une phase de construction. De nombreuses initiatives existent sur le terrain qui devraient être rendues visibles. C'est pourquoi, il est crucial de s'appuyer sur le partage d'expérience pour valoriser les interventions efficaces fondées sur des données probantes.

ATELIER 1

Politique de gestion

● **Discutante**

Linda CAMBON

Isped-Université de Bordeaux

● **Rapportrice**

Virginie MIGEOT

CHU de Poitiers

Linda CAMBON remercie les participants à cet atelier et souligne qu'il traitera de management, de promotion de la santé, et de structuration de la promotion de la santé. Les conférences qui se sont déroulées le 9 septembre ont mis l'accent sur les éléments clés qui permettent de pérenniser les stratégies de promotion de la santé dans le cadre de la présentation de la démarche « H Lieu de santé promoteur de santé ».

Le leadership et la volonté de la hiérarchie sont une clé de réussite des initiatives liées à la promotion de la santé. Franck Chauvin a eu l'occasion de présenter des référentiels qui permettent de développer des stratégies de promotion de la santé. Cette activité ne concerne pas uniquement les pratiques préventives, mais recouvre des enjeux systémiques et globaux. Il est en effet important que les responsables d'établissement ancrent ces pratiques en interne avant de les déployer en externe.

📍 **État des lieux de la promotion de la santé au CHU de Nantes. Exemple d'une démarche diagnostique**

● **Leila MORET, Anne LE RHUN, Lucie MALLOGGI**

CHU de Nantes

Leila MORET, responsable du service d'évaluation médicale et d'épidémiologie au CHU de Nantes, rappelle que cet établissement est réparti sur six sites et rassemble 12 000 professionnels, de nombreux étudiants et douze pôles hospitalo-universitaires. Par ailleurs, Mme MORET dénombre environ 130 000 passages aux urgences et 4 000 naissances par an. Un nouvel hôpital devrait ouvrir à l'horizon 2026 sur un site du centre-ville et cet établissement regroupera les activités de formation et de recherche ainsi que les deux principaux sites de courts séjours.

Pour développer la promotion de la santé, il convient de faire preuve de motivation et d'être soutenu par l'ARS et par la direction de l'établissement. Le diagnostic mené par l'équipe de santé publique a permis de constituer une impulsion permettant d'initier la démarche.

Au début du premier semestre 2018, Mme MORET a estimé qu'il était temps de développer la promotion de la santé et ce point a été inscrit comme un axe de travail prioritaire du contrat pluriannuel du PHU11. Cette orientation a été soutenue par le Directeur général de l'établissement ainsi que par l'ARS. Le Directeur général s'est engagé en juin 2018 auprès de l'ARS sur ce sujet. Un travail a été mené sur ce sujet dans le cadre du Comité régional des acteurs Hôpitaux promoteurs de santé (HPS). Par ailleurs, un Comité de pilotage autour de la promotion de la santé a été mis en place et est co-présidé par la Direction des usagers. Une petite équipe a été constituée afin de travailler sur ce projet.

Anne LE RHUN indique que le diagnostic a été effectué en deux temps. Tout d'abord, un questionnaire a été établi et envoyé aux professionnels de l'établissement. L'équipe de

recherche a consulté les publications du CHU comme les journaux et les lettres d'information afin d'identifier les communications relatives à la promotion de la santé qui avaient été adressées aux personnels. Il a été nécessaire de recenser les actions et les projets réalisés au cours des cinq dernières années et d'identifier des référents HPS. Au cours de l'été 2019, Anne LE RHUN et Lucie MALLOGGI ont rencontré les représentants de tous les pôles afin de valoriser les actions menées et de prioriser les projets. Cette étape a permis de présenter la démarche et de convaincre les professionnels de son utilité.

Plus de 300 actions ont été recensées. La majorité concerne les patients et leur entourage, 31 % des actions concernent les professionnels et 10 % la communauté. Par ailleurs, de nombreuses pratiques qui n'étaient pas considérées par les professionnels comme relevant de la promotion de la santé, mais qui y concourent ont été identifiées.

Par ailleurs, l'équipe de recherche a constaté que les actions liées à l'éducation thérapeutique étaient nombreuses ainsi que des actions liées à la qualité de vie au travail. En revanche, le nombre d'actions liées à l'éducation pour la santé était très faible, malgré quelques pratiques éducatives en maternité.

Lucie MALLOGGI indique que la stratégie d'action a été élaborée au cours du second semestre de l'année 2019. Les membres de l'équipe souhaitaient structurer une démarche institutionnelle pour soutenir le développement de la prévention et de la promotion de la santé au CHU de Nantes dans une optique d'amélioration de la qualité des soins. Cet objectif s'est articulé autour de trois axes : incorporer les concepts, les valeurs et les stratégies de promotion de la santé dans la structure organisationnelle de l'établissement, sensibiliser et former les professionnels en valorisant les actions déjà entreprises et innover afin d'améliorer les pratiques.

Sur la base de cet objectif, le Comité HPS a établi cinq objectifs intermédiaires qui traduisent la stratégie pour la période 2020-2022. Ainsi, il est prévu de :

- intégrer la promotion de la santé et la prévention comme une dimension prioritaire au sein du CHU ;
- mettre en place une organisation support mobilisant une équipe ressource ;
- coordonner des actions transversales impliquant le CHU dans son ensemble ;
- développer l'éducation pour la santé en mettant l'accent sur le renforcement des compétences psychosociales ;
- promouvoir une dimension partenariale avec la participation des patients et des usagers.

Afin de décliner cette stratégie, un plan d'action qui prévoit de répondre aux appels à projets de l'ARS a été établi. Ce plan s'appuie autour de la création d'un espace dédié à l'éducation pour la santé et à la promotion de la santé. Il est destiné aux patients et à leur entourage, au personnel et à la communauté. Il accompagnera les projets menés dans les pôles et les services, proposera une offre destinée aux professionnels et permettra de développer des programmes d'éducation pour la santé.

Cette démarche s'est donc appuyée sur l'initiative du service de santé publique qui a été soutenue par la Direction générale du CHU et par l'ARS. Le diagnostic initial a permis de donner une impulsion à ce programme et d'établir une stratégie. L'appel à projets auquel le service répond actuellement devrait permettre de disposer de moyens pour poursuivre cette démarche.

 **Questions de la salle**

Une participante demande des précisions sur la notion d'éducation pour la santé.

Leila MORET répond que cette expression désigne un programme structuré qui s'appuie sur les besoins des personnes et qui est décliné à travers plusieurs séances. Il convient de mettre l'accent sur l'auto-observation des participants à ces séances. La notion d'éducation pour la santé concerne les patients qui ne souffrent pas d'une maladie chronique alors que l'expression éducation thérapeutique concerne les cas de maladie chronique. Néanmoins, ces deux programmes peuvent se rejoindre, notamment sur les compétences psychosociales.

Une intervenante demande si l'équipe de santé publique du CHU de Nantes est en contact avec d'autres acteurs sur le territoire.

Anne LE RHUN répond avoir travaillé cinq ans à l'Instance régionale d'éducation pour la santé (IREPS). L'équipe du CHU a l'habitude de travailler avec cette structure. À titre d'exemple, il est prévu de bâtir avec l'IREPS une formation sur les compétences psychosociales pour les professionnels.

Leila MORET ajoute que dans le cadre du GHT, un groupe de travail sur l'éducation thérapeutique a été mis en place. Il est prévu de procéder de la même manière pour la promotion de la santé. Il est important d'évaluer les besoins du territoire et les attentes des autres partenaires.

Lucie MALLOGGI précise que des associations sont impliquées dans les projets des services, notamment dans le domaine de la santé sexuelle. Il est prévu de renforcer ces partenariats.

Anne LE RHUN note que des programmes d'éducation pour la santé existent dans les Maisons de santé. Il convient de mener un travail de construction avec ces différentes structures.

Une participante demande des précisions sur les moyens dont l'équipe a besoin pour mener à bien cette démarche.

Leila MORET répond que Lucie MALLOGGI, qui sera nommée chef de clinique prochainement, et Anne LE RHUN s'impliqueront sur ce projet. Dans le cadre de l'appel à projets de l'ARS, il conviendrait de nommer un coordonnateur de ce centre. Il sera sans doute nécessaire de faire appel à des diététiciennes ou à des APA. Ce point fait l'objet d'un travail, mais il est vrai que les moyens du CHU sont limités.

Une participante demande si les professionnels ont adhéré à cette démarche.

Leila MORET répond avoir reçu 15 % de réponses à la suite de l'envoi du questionnaire à 800 personnes. Ce taux de réponse est plutôt positif. Il est trop tôt pour savoir si tous les personnels adhèrent à ce programme, mais il semble avoir rejoint certaines de leurs préoccupations. Il convient de prendre en compte le fait que la situation reste tendue dans la plupart des services.

Anne LE RHUN observe que les entretiens menés avec les représentants des services ont permis d'expliquer la démarche. Il est intéressant de souligner qu'au début des entretiens les

professionnels exprimaient une forme de réticence tandis qu'à la fin ils comprenaient l'utilité d'une telle démarche.

Lucie MALLOGGI ajoute que les réunions ont permis de clarifier les enjeux liés à la prévention et à la promotion de la santé. Les échanges ont rappelé aux professionnels qu'ils menaient déjà des actions dans ce domaine, mais qu'il était nécessaire de structurer cette démarche.

Gwendoline DE GUÉNIVEAU, conseillère en stratégie des politiques de prévention à l'ARS Pays-de-Loire souhaite mettre l'accent sur la communication, indispensable pour mobiliser les équipes d'une part mais également les personnels non soignants. Par ailleurs, l'ARS Pays de la Loire a demandé au CHU de Nantes de travailler avec un autre hôpital. Il est important d'avancer par étapes.

Un département dédié à la promotion de la santé au CH du Mans

 **Angèle DALI-YOUCÉF**
Centre hospitalier du Mans

Le centre hospitalier du Mans est l'établissement support du GHT de la Sarthe. Il est composé de 1 600 lits et 4 500 professionnels y travaillent. Mme DALI-YOUCÉF dénombre 100 000 séjours, 80 000 passages aux urgences et 3 996 naissances par an.

Le projet d'établissement 2013-2018 mentionne la promotion de la santé, mais cette démarche était restée discrète au cours de cette période. Le projet d'établissement 2019-2023 a, quant à lui, mis l'accent sur la promotion de la santé dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 ». Ainsi, la Direction a souhaité construire une démarche collective de prévention et de santé publique avec tous les partenaires de l'établissement. La gouvernance s'est engagée de manière volontariste en adhérant au réseau LSPS. Cette évolution a constitué un réel levier et constitue un facteur de réussite du projet. Il est prévu que le centre hospitalier s'ouvre au GHT en associant les autres établissements à ce projet.

La Direction a souhaité que cette démarche soit pilotée dans un pôle clinique, le pôle des activités cliniques transversales d'éducation et de support (PACTES). Ce pôle intervenait déjà sur les questions de promotion de la santé puisqu'il disposait d'équipes d'addictologie, de prévention-vaccination-dépistage, de diététique, du centre de planification, ou encore de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire. Ce pôle est missionné par l'institution pour porter ce programme.

Il est important de considérer que la promotion de la santé est l'affaire de tous et des priorités ont été définies. Ainsi, il convient de faire évoluer la culture des professionnels dans ce domaine. En effet, l'hôpital est surtout centré sur le curatif et non sur la promotion de la santé, même s'il est possible de constater des évolutions dans ce domaine. À titre d'exemple, les chirurgiens s'intéressent à la promotion de la santé dans le sillage du virage ambulatoire puisqu'ils préfèrent opérer des patients bien préparés que des patients dont l'état général est dégradé. Il convient de s'appuyer sur le management puisque la promotion de la santé doit être traitée par l'équipe de direction. Il est important de saisir toutes les opportunités pour parler de promotion de la santé et adopter une démarche de plaidoyer.

Il convient de définir des publics prioritaires comme les enfants, les adolescents, les femmes enceintes, les détenus et les professionnels de l'établissement. Le centre hospitalier souhaite créer des partenariats avec la Municipalité, l'Université, la CPAM ou encore les associations d'usagers.

La question des ressources constitue un élément important puisqu'il est nécessaire de disposer d'une équipe qui suit les actions menées dans le domaine de la promotion de la santé. Ainsi, une infirmière est en charge de ce programme et cette démarche est suivie avec attention par le trio de pôle. La Direction souhaite, par ailleurs, étoffer l'équipe avec des temps médicaux et de coordination. Il est aussi nécessaire de disposer de ressources afin de mener des actions de communication et de tisser des liens avec les correspondants dans les autres pôles cliniques et les directions fonctionnelles. Les représentants des usagers sont particulièrement mobilisés sur ce sujet. L'établissement prévoit de répondre à des appels à projets pour financer cette politique.

Le pôle en charge de la promotion de la santé essaie d'occuper le terrain, de communiquer, d'interpeller certains services et de les accompagner. Des journées thématiques sont organisées et l'établissement est très investi sur la démarche « Hôpital sans tabac ».

À l'avenir, il conviendra de mener des actions plus intégrées en proposant des ateliers, des formations sur les compétences psychosociales et des outils pour les professionnels. Par ailleurs, il est important que l'établissement poursuive son ouverture sur le territoire.

Questions de la salle

Une participante demande comment la Direction de l'établissement envisage cette démarche. Par ailleurs, elle estime important compte tenu du calendrier actuel de lier « Hôpital sans tabac » et le réseau Lieu de santé promoteur de santé. En effet, des financements dédiés existent dans le cadre de la démarche « Hôpital sans tabac ». Le travail effectué par Mme Dali-Youcef en deux ans est impressionnant.

Angèle DALI-YOUCÉF répond qu'il est nécessaire de faire preuve de militantisme pour développer la promotion de la santé à l'hôpital. Il convient de se mobiliser et de prendre du temps pour rédiger les appels à projets. Il est important de mettre l'accent sur l'intérêt à agir pour l'établissement et pour la collectivité. Mme DALI-YOUCÉF rappelle avoir travaillé sur la promotion de la santé au cours de sa formation d'élève directeur. Elle a pu mettre en œuvre des actions qu'elle avait définies dans son travail de mémoire. L'équipe de direction a adhéré à ses propositions, notamment grâce à la démarche « Ma Santé 2022 ». Vis-à-vis de la communauté, il convient de travailler progressivement, d'avancer par étapes et de rassurer les professionnels. Il est important que la promotion de la santé devienne un sujet institutionnel.

Une participante demande des précisions sur les cadres de santé et les référents.

Angèle DALI-YOUCÉF répond qu'une infirmière travaille à temps plein sur ce sujet et mène des actions d'accompagnement, notamment dans le cadre du pôle mère-enfant. La promotion de la santé est l'affaire de tous et il a été décidé de valoriser les engagements des personnels. La promotion de la santé fait désormais partie des politiques publiques et elle devrait être considérée au même titre que la prévention des infections associées aux soins.

Le dispositif « La Villa Santé » du CHU de Poitiers

 **Marion ALBOUY-ILATY**
CHU de Poitiers

La « Villa Santé » est un dispositif proposé par le Professeur MIGEOT, chef du service de santé publique, qui a été accepté par le Directeur général du CHU. Le projet a vocation à

s'étendre au niveau du GHT qui est composé de six établissements. Le territoire est assez urbain et marqué par une population vieillissante.

Il convient de mettre l'accent sur les besoins. En effet, l'équipe a ressenti un besoin d'humaniser la relation, de créer de la santé et non de lutter contre la maladie et d'échanger avec les autres. Les patients et les proches souhaitent mieux comprendre la maladie. Par ailleurs, les patients ont exprimé le besoin d'être autonome et d'apprendre à faire. Ces besoins s'appuient sur un besoin de cohérence.

L'équipe s'est appuyée sur les déterminants de santé et l'hôpital doit être un acteur de promotion de la santé et non uniquement un lieu de prestations. Un travail important a été mené sur le projet architectural et le CHU a ouvert une plateforme qui crée de la santé. Des ateliers thématiques sont organisés dans cette plateforme de 700 mètres carrés. Quatorze professionnels à temps plein animent ces ateliers et aucune différence n'est faite entre éducation thérapeutique et éducation pour la santé. L'équipe met l'accent sur l'éducation en santé.

Un film est projeté en séance présentant le dispositif.

L'équipe a souhaité sortir des murs de l'hôpital en organisant des ateliers sur le territoire. Ce projet a été rendu possible par une volonté institutionnelle ainsi que par une opportunité architecturale puisqu'un bâtiment de 1 000 mètres s'est libéré. La création d'une fondation hospitalière a permis de contribuer au financement de ce projet et l'établissement peut recevoir des dons au titre du mécénat.

Le dispositif s'inscrit dans le cadre des politiques territoriales notamment celles liées au bien-vieillir et au bien-vivre avec une maladie chronique. Par ailleurs, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a mis en place une politique de promotion de la santé proactive. Le Conseil régional a souhaité développer les actions liées au numérique et à la santé environnementale.

Ce projet répond aux besoins des personnes et une évaluation du dispositif est en cours. Il permet de décloisonner les parcours puisqu'il accueille des malades comme des non-malades. Il contribue à faire de l'hôpital un lieu de santé. Le service de santé publique espère qu'il permettra de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Il permet de développer les partenariats et l'établissement a signé des contrats locaux de santé. Enfin, une action de formation des étudiants dans le cadre du service sanitaire est effectuée.

Questions de la salle

Une participante de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, demande si dans le cadre de l'évaluation, il est prévu d'étudier les conditions de transférabilité et de mise à l'échelle d'un tel dispositif. Par ailleurs, elle souhaite savoir si le service prévoit d'étudier les conditions de pérennisation de cet équipement.

Marion ALBOUY-ILATY répond que la question de la pérennité soulève des enjeux économiques et ce point fait l'objet d'un travail avec les partenaires. Concernant la transférabilité, les leviers qui ont permis de créer ce projet ne sont pas les mêmes que ceux qui peuvent être utilisés dans d'autres établissements. À titre d'exemple, le CHU de Poitiers est en bonne santé financière, ce qui n'est pas le cas d'autres établissements hospitaliers. Le service souhaite que ce modèle essaime dans d'autres structures du GHT et il est envisagé de créer des antennes.

Une participante demande des précisions sur les activités de recherche menées dans le cadre de ce dispositif.

Marion ALBOUY-ILATY répond que la Villa Santé s'inscrit dans l'axe dirigé par le Professeur MIGEOT sur la santé environnementale et les perturbateurs endocriniens. Des ateliers sont organisés et sont évalués à l'aide de différents critères. L'équipe de recherche est composée d'une dizaine de personnes et un travail est aussi mené sur l'éducation thérapeutique.

Une participante demande comment les personnes, les patients comme les non-patients, ont connaissance de l'existence de cette plateforme.

Marion ALBOUY-ILATY répond que les patients du CHU sont orientés par les cliniciens. Par ailleurs, l'établissement a communiqué autour de cette offre et un travail de plaidoyer a été mené auprès des médecins libéraux pour présenter l'offre.

Conclusion

Linda CAMBON indique que ces trois interventions ont mis l'accent sur l'importance du diagnostic préalable. Il était intéressant de présenter la manière dont un établissement s'est mobilisé autour de la création d'un département. La dernière présentation a permis de mettre l'accent sur des ateliers créateurs de santé.

Ces trois présentations témoignent de trois approches différentes qui concernent des publics différents. Néanmoins, les mêmes leviers ont été mis en avant comme l'implication du management, la volonté politique et la manière dont elle est ancrée, notamment par la contractualisation. Souvent, il convient de créer une unité, un service ou un pôle afin de porter le projet. Cette structure doit être le porte-parole de la volonté politique partagée par le management et par l'ensemble des professionnels en lien avec les acteurs externes à l'hôpital.

L'intérêt à agir constitue un élément clé dans la réussite du projet et les interventions ont mis l'accent sur l'importance du plaidoyer. Pour convaincre quelqu'un, il est nécessaire de se mettre à sa place pour lever ses incertitudes et ses peurs.

Le leadership institutionnel est essentiel, mais il est intéressant de souligner que ces projets sont menés grâce à des individus, qui peuvent être désignés par les expressions de « courtiers », d'« agents du changement », ou encore d'« entrepreneurs-frontières ». Il serait intéressant de savoir comment il est possible de passer du militantisme d'un entrepreneur-frontière à une organisation collective.

Anne LE RHUN répond avoir participé en 2011 à la création d'une association, la Fabrique créative de santé qu'il n'a pas été possible d'implanter au CHU. Cette association n'est pas parvenue à obtenir des financements et n'a pas bénéficié du soutien du management.

Une intervenante souhaite mettre l'accent sur l'opportunité dans la réussite du projet. Différentes structures ont été intégrées afin de faire le lien entre les différentes activités de santé publique.

Adèle DALI-YOUCHEF indique que la réussite du projet s'appuie sur la conviction, la méthode et la rigueur. Il convient de s'adapter à ce que peuvent entendre les décideurs qui doivent évoluer dans un environnement financier difficile et contraint. Il convient de présenter un projet structuré et maîtrisé.

Une intervenante estime qu'il convient de prendre son temps et de construire le projet par étape.

Une intervenante souhaite mettre l'accent sur la confiance partagée et sur la nécessité de ne pas s'auto-censurer afin de proposer des actions radicales. Il convient de profiter de la démarche « Ma Santé 2022 » pour demander des ressources.

ATELIER 2

Continuité et coopération

● **Discutante**
Christine FERRON
FNES

● **Rapporteur**
Léo DONZEL GODINOT
CHU de Bordeaux

● **Christine FERRON**
FNES

Chacun des ateliers est consacré à l'une des normes de l'OMS pour la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux. La notion de collaboration du milieu hospitalier avec les autres secteurs est primordiale dans cet atelier, notamment à l'échelle territoriale. Les acteurs mobilisés par les porteurs de ces expérimentations diffèrent fortement, tout comme les partenariats mis en œuvre autour d'activités de promotion de la santé. Les programmes menés doivent s'inscrire en cohérence avec les dispositifs existants, les plans et les cadres institutionnels en place. L'organisation s'assure de la disponibilité et de la mise en œuvre des activités et des procédures de promotion de la santé pendant les visites en ambulatoire et après la sortie du patient.

📍 **Expérimentation d'un parcours coordonné Ville – Hôpital dans l'arrêt du tabac**

● **Nathalie LAJZEROWICZ**
Hôpital Suburbain du Bouscat, Nouvelle-Aquitaine

Nathalie LAJZEROWICZ, médecin addictologue à l'Hôpital Suburbain du Bouscat et praticien attaché au CHU de Bordeaux, est également chargée de projet au sein du réseau régional de prévention des addictions AGIR 33 Aquitaine.

Elle présente ici un parcours coordonné Ville – Hôpital pour l'arrêt du tabac, permettant de conjuguer les compétences des acteurs autour du patient pour accompagner ce dernier dans sa démarche. Ce projet a été initié à l'Hôpital Suburbain du Bouscat : sa diffusion est soutenue par l'ARS Nouvelle Aquitaine et portée par le réseau AGIR 33. Elle fera l'objet d'une analyse de transférabilité par le pôle Prévention et Innovation du CHU de Bordeaux.

En matière de contraintes et de difficultés du système actuel, il faut souligner que les politiques de santé sur le tabagisme sont de plus en plus déterminées (Programme national de réduction du tabagisme, Mois du tabac, augmentation des prix, remboursement des traitements substitutifs ou médicamenteux). Ces dispositifs contribuent à l'accroissement de la demande d'aide à l'arrêt du tabac et de la nécessité d'y répondre. De plus, dans un contexte de forte augmentation des maladies chroniques, les médecins spécialistes se montrent de plus en plus incitatifs vis-à-vis de leurs patients pour que ces derniers arrêtent de fumer. Enfin, le manque de temps médical ne permet pas de prendre correctement en charge toutes ces pathologies évitables ainsi que les chronicisations et les complications liées au tabac.

Les patients s'adressent alors à une consultation d'addictologie ou de tabacologie, à condition que celle-ci soit accessible à proximité. Ils peuvent aussi s'adresser à leur médecin généraliste, bien que la principale réponse de ce dernier consiste à renvoyer les patients vers une consultation hospitalière d'addictologie. Cela donne lieu à une surcharge de consultations qui entraîne un accroissement des délais d'attente, qui s'élèvent parfois à plusieurs mois, ainsi que des difficultés de prise en charge des cas complexes ou urgents (préopératoire, grossesse, post-infarctus, cas de cancers en chimiothérapie...)

Une grande partie des prises en charge pour l'arrêt du tabac pourrait être réalisée par les médecins de premier recours, à condition qu'ils soient efficacement accompagnés. Il faudrait mettre en œuvre une formation innovante expérientielle, s'apparentant à une « conduite accompagnée ».

Il a tout d'abord fallu s'intéresser aux obstacles et résistances des médecins de ville. Les professionnels font valoir plusieurs arguments de blocage. Ils considèrent tout d'abord que si fumer est un comportement, l'arrêt dépend de la volonté. Ils estiment ensuite qu'un patient qui ne sollicite pas d'aide n'est pas motivé. Ils relèvent aussi que les tentatives d'arrêt de leurs patients se sont soldées par des échecs. Enfin, il apparaît que ce type de prise en charge est chronophage, d'autant plus que les motifs de consultation sont nombreux.

Force est de constater que les patients formulent en miroir les mêmes contre-arguments. Ils avancent ainsi qu'ils n'ont pas suffisamment de volonté pour arrêter de fumer, ou que ce sujet n'est pas important dans la mesure où leur médecin ne l'aborde pas. Ils mentionnent leurs rechutes passées et mettent en avant d'autres priorités de santé. Ainsi, bon nombre de malentendus apparaissent en addictologie vis-à-vis de ces concepts et il est nécessaire d'incrémenter les compétences des acteurs.

L'évaluation préalable de la consultation de tabacologie de l'hôpital du Bouscat a représenté le socle du dispositif. Elle s'est déroulée sur 5 ans, ce qui a permis d'analyser plusieurs centaines de dossiers entre 2011 et 2016. Cette démarche a démontré l'efficacité de la prise en charge, puisque 60 % d'abstinence de plus de 6 mois ont été enregistrés. Cela a entraîné la proposition d'un transfert de compétences acquises auprès des médecins généralistes en modélisant le parcours de consultation.

Selon la configuration du parcours coordonné, la prise en charge est initialisée en addictologie de manière à acter l'engagement du patient et à poser les fondements de la démarche. Le patient est ensuite envoyé vers son médecin traitant pour assurer un suivi hebdomadaire. Une consultation de renforcement en addictologie est prévue dans un délai d'un mois. Le parcours se poursuit en consultation alternée, tout en préservant des suivis stratégiques au bout de 3 mois, puis 6 mois. Cela permet d'évaluer le risque de transfert addictif, le risque de rebond dépressif et de prévenir le risque de rechute.

Le parcours coordonné s'appuie sur une prise en charge tripartite entre :

- la consultation spécialisée ;
- le patient ;
- le médecin généraliste.

L'addictologue prend en charge l'éducation thérapeutique initiale du patient et la transmission de concepts essentiels. Le patient gère son parcours de soin et transmet des informations essentielles à son médecin traitant. Enfin, le médecin traitant a la responsabilité de réaliser des consultations dédiées à cette prise en charge et de tracer ses observations dans le dossier partagé.

L'expérimentation a débuté en septembre 2017 auprès de 44 fumeurs primo consultants. 13 cas complexes ou urgents ont été maintenus dans une prise en charge exclusive, de

sorte que 31 patients se sont inscrits dans le parcours partagé (soit 30 médecins généralistes). L'expérience se poursuit à ce jour et concerne 89 généralistes.

Les résultats sont conformes aux attentes. 20 des 31 patients ont intégré, au moins partiellement, le parcours auprès du médecin généraliste. Force est de constater un taux de 60 % d'arrêt de plus de 6 mois.

L'enthousiasme des médecins généralistes s'est révélé plus inattendu. Ils se sont déclarés très motivés par le principe de cette prise en charge partagée. La plupart d'entre eux étaient satisfaits de la distribution des consultations et de leur durée, ainsi que du référentiel reçu. Ils ont eu le sentiment d'avoir été aidés. 85 % d'entre eux souhaitent renouveler cette prise en charge partagée.

Force est de constater en parallèle le plébiscite des patients qui se sont sentis doublement pris en charge, mais aussi valorisés de mener cette démarche. Les patients ont tout intérêt à être actifs dans cette démarche. Ce parcours coordonné a permis aux patients de bénéficier de :

- une accessibilité géographique ;
- une pérennité du suivi avec leur médecin traitant ;
- une réelle considération de leur problématique.

En parallèle, les addictologues profitent d'un allègement de leur surcharge. Les médecins traitants verraient quant à eux une augmentation de leur efficacité thérapeutique sur des maladies aiguës, permettant un allègement de soins et à terme, un gain de temps médical. Enfin, ce parcours répond aux politiques de santé actuelles.

Avec le décroisement de l'hôpital et de la ville, du secteur spécialisé et de premier recours, cette cohérence est nécessaire pour fluidifier les parcours et permettre une gradation des prises en charge. La génération d'une vision intégrative de la promotion de la santé dans le soin est une condition essentielle au renforcement de l'efficacité du système de santé : cela passe par de nouvelles modalités de formation des professionnels. Enfin, l'appui sur les compétences des usagers a représenté un point fort de cette expérience.

Cette expérimentation a été diffusée dans la région Nouvelle Aquitaine. 15 structures réunissant 20 addictologues se sont portées volontaires pour expérimenter cette modélisation. L'enthousiasme des patients, des addictologues et des médecins traitants est sans doute lié à la valeur de partage. Il faut espérer que la transversalité et la mutualisation des compétences restent possibles dans notre système de santé.

Questions de la salle

Une intervenante précise que les médecins généralistes rapportent que ce type de consultation est plus chronophage que d'autres. Elle demande par ailleurs ce qu'il en est des remboursements de consultation dédiés.

Nathalie LAJZEROWICZ répond qu'il n'est pas encore question de remboursements dédiés. Ce projet a été déposé au titre de l'article 51 (expérience innovante) et le modèle économique propose la mise en place d'un forfait de parcours qui est dédié au médecin généraliste et à l'addictologue. Le temps de consultation du médecin pourrait donc être valorisé.

Une intervenante souhaite savoir comment les médecins ont été recensés et intégrés dans l'expérimentation.

Nathalie LAJZEROWICZ a préalablement contacté les 30 médecins concernés, au moment où elle adressait le patient à son médecin traitant. Elle veille à ce que le patient ne se sente pas abandonné en lui expliquant l'articulation du parcours et en lui montrant le référentiel.

Un intervenant comprend que le médecin généraliste n'est pas formé au préalable, mais formé grâce au référentiel lorsqu'il se trouve devant le patient.

Nathalie LAJZEROWICZ acquiesce. De la formation est dispensée depuis 10 ans aux médecins généralistes, mais sans aboutir à des résultats. Dans le cadre de ce parcours, le médecin reçoit le référentiel par courrier. Ce référentiel correspond à un calendrier qui mentionne les principaux repères de consultation du médecin traitant et de l'addictologue, ce qui assure une transparence.

Une intervenante s'enquiert de la typologie des médecins traitants s'intégrant dans ce parcours. Par ailleurs, il faudrait déterminer si ce type de parcours serait envisageable avec d'autres professionnels de santé, notamment dans des zones touchées par la désertification médicale.

Nathalie LAJZEROWICZ convient qu'il faut tenir compte de la désertification médicale. C'est précisément en raison du manque de temps médical qu'il faut partager les compétences de manière à démultiplier les prises en charge de tabacologie.

Par ailleurs, il est évident que les infirmières ont leur place dans ce dispositif. Il faut toutefois initialement incrémenter les compétences des médecins traitants, de sorte qu'une articulation avec les infirmières se mette en place par la suite dans le cadre d'une prise en charge partagée. Le médecin traitant reste néanmoins le référent symbolique du patient : il est alors le seul à même de suivre le patient dans la durée.

© Parcours de PEC préventive activité physique graduée

 **Philippe NGUYEN**
CH de la Côte Basque

Le parcours en activité physique dédié aux maladies chroniques s'ouvre à l'hôpital et se poursuit en ville dans un objectif de pérennisation. Cette expérience a débuté 2 ans plus tôt au sein de l'Unité Transversale d'Activité Physique pour la Santé (UTAPS). Elle s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation de la sédentarité, ce qui contribue au développement des maladies chroniques, entraînant un déconditionnement physique, psychologique et social.

Les experts s'accordent depuis longtemps sur le bénéfice de l'exercice physique sur la santé. Deuxièmement, la capacité d'exercice de la personne représente un indicateur de santé pertinent. Les recommandations des experts ont été reprises par les instances aux niveaux national, régional et départemental, notamment à travers la stratégie Sport, Santé, Bien-être.

Or le médecin prescripteur n'est pas formé à la prescription de l'activité physique. Une sensibilisation à ce domaine s'impose pour ce type de prescription. De plus, de nouveaux métiers de l'activité physique apparaissent : les éducateurs médicaux sportifs se trouvent parfois en difficultés devant des patients dont la prise en charge suscite des inquiétudes. Enfin, les bénéficiaires attendent une prise en charge adaptée, personnalisée et sécurisée.

Une prise en charge globale est proposée. Elle se base sur l'intention du patient, qui doit sentir les effets de la démarche engagée afin de s'inscrire dans une pratique régulière. La formation des professionnels permet de renforcer le maillage territorial.

Le parcours est ouvert aux patients atteints d'une maladie chronique pour lesquels une prescription médicale est réalisée. La première partie du parcours, d'une durée d'environ 2 mois, s'effectue en ville. Elle a pour objectif de démontrer au patient ce dont il est capable et mettre fin à la spirale du déconditionnement. Une équipe pluridisciplinaire se réunit avec le patient à l'issue de cette première phase pour identifier une activité adaptée au patient et à son mode de vie. La deuxième partie du parcours se déroule en ville, au sein d'un réseau réunissant une soixantaine d'organisations, tout en assurant un partenariat avec l'hôpital.

Le suivi de patients débute par une consultation médicale qui détermine les éventuelles contre-indications et évalue les aptitudes du patient. De plus, 2 tests d'activité physique (marche et test d'effort cardio-respiratoire) sont effectués. L'évaluation est réitérée à la fin de la période initiale de 2 mois. Suit une période de 10 mois de suivi en ville. Les patients sont vus 3 mois et 6 mois après leur sortie ainsi qu'à la fin du parcours. Une autre consultation médicale est organisée à la fin du parcours et les tests d'activité physique sont réitérés.

Des réunions de patients rassemblent toutes les 6 ou 8 semaines les anciens et les nouveaux patients afin qu'ils témoignent de leurs parcours respectifs. Ces réunions sont aussi l'occasion de présenter des associations du réseau.




L'UTAPS s'est greffée en 2017 sur le dispositif Sport sur ordonnance, né en 2015. Cette association a contribué à une augmentation régulière du nombre de patients pris en charge. L'association Côte Basque Sport Santé a signé des partenariats avec 60 clubs et associations sportives. Elle propose aussi des activités gratuites. Ce réseau rassemble 280 médecins prescripteurs.

Les patients sont issus de l'ensemble du territoire sanitaire, de sorte que le maillage répond aux besoins de chacun des patients. 528 patients ont été vus lors d'une consultation d'orientation. 360 évaluations initiales ont été réalisées et 313 personnes ont été réentraînées. Il faut prendre en considération 38 suspensions ou abandons, qui s'expliquent parfois par les traitements de patients atteints de cancer. Les suspensions font ainsi partie du parcours pour ce type de patients fragiles. 278 patients, soit 88 % des personnes concernées, ont terminé ce parcours. Ce dispositif poursuit un objectif de pratique autonome et l'UTAPS fournit des outils pour assurer une pratique en toute sécurité.

Les bénéfices de ce parcours sont à la fois physiques, psychologiques et sociaux. La part des actifs augmente et le taux de fatigue excessive diminue. L'anxiété et la dépression baissent également. La Puissance Maximale Théorique (PMT) du patient augmente, de sorte qu'il est en capacité d'en faire plus. Son niveau de réentraînement augmentera et sa fréquence cardiaque diminuera pour un même effort.

Questions de la salle

Suite à une question sur les implications de ce parcours en termes de temps médical, Philippe NGUYEN précise qu'il faut comptabiliser 80 % d'un Equivalent Temps Plein. Le nombre de patients s'accroissant, le suivi prend de plus en plus de place. Le temps médical se répartit entre :

-  un tiers de consultations initiales ;
-  un tiers d'explorations ;
-  un tiers de suivi.

Un intervenant souhaite obtenir des précisions sur la fonction de physiologiste.

Philippe NGUYEN indique que le physiologiste met en œuvre les épreuves d'effort avec le médecin.

Un intervenant s'enquiert du mode de financement de cette démarche.

Philippe NGUYEN explique que l'UTAPS est financée par l'hôpital. En revanche, la seconde partie du parcours bénéficie d'un financement à la fois public et privé. Côte Basque Sport Santé a ensuite négocié les tarifs des activités physiques des patients en ville.

Une intervenante souhaite savoir par quel biais les patients accèdent au parcours de l'UTAPS.

Philippe NGUYEN indique que la prescription relève pour l'heure des médecins spécialistes. L'UTAPS n'a pas encore communiqué auprès de la médecine de ville.

Le projet « Pessac prévention et sensibilisation aux AVC »

 **Stéphane OLINDO**
CHU de Bordeaux

Ce programme vise à dépister l'arythmie cardiaque, qui représente un facteur de risque conséquent des accidents vasculaires cérébraux. Il s'agit d'une prévention primaire. La fibrillation auriculaire est un trouble du rythme cardiaque : les oreillettes battent de façon anarchique, et fabriquent potentiellement des caillots qui rejoignent la circulation générale. L'âge représente un facteur de risque important : la prévalence de la fibrillation auriculaire dans la population générale augmente de façon exponentielle avec l'âge. Ce risque augmente donc avec l'âge, avec un palier notable à 65 ans. Le taux de prévalence s'élève ainsi à 4 % pour la tranche d'âge comprise entre 65 ans et 69 ans. De plus, 8 % de la population âgée de plus de 65 ans souffrent de fibrillation auriculaire.

Le poids de la fibrillation auriculaire dans la survenue d'AVC est très conséquent puisque 30 % des infarctus cérébraux sont dus à une cause cardiaque, la fibrillation auriculaire étant surreprésentée dans ces causes cardiaques. De plus, les causes inconnues recouvrent bon nombre de fibrillations auriculaires paroxystiques, soit des fibrillations auriculaires qui ne sont pas permanentes, mais surviennent pendant quelques heures. Chez les plus de 85 ans, la fibrillation auriculaire est la cause de plus de la moitié des cas des accidents vasculaires.

Le dépistage de la fibrillation auriculaire en prévention primaire se concentre sur la population âgée de 65 ans et plus. La détection passe par la prise du pouls, puis par un électrocardiogramme en cas de doute. Les outils d'autodétection se développent, à l'instar de la montre connectée. La détection s'avère relativement efficace et le traitement prescrit par la suite est bien accepté des patients.

Le programme dont il est question ici se concentre sur la commune de Pessac qui compte 60 000 habitants, dont 10 000 âgés de plus de 65 ans. Ce programme a été mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat avec les pharmacies. Ainsi, les pharmaciens peuvent réaliser un dépistage sur une personne âgée de 65 ans et plus grâce à un outil qui génère un électrocardiogramme monodérivation. Cet outil a été choisi, sur les conseils des cardiologues, pour sa fiabilité et sa facilité d'utilisation.

Ce programme est financé par l'ARS. Il a tout d'abord fallu convaincre les différents acteurs d'y participer, que ce soit :

- la mairie de Pessac, qui a joué un rôle important dans la campagne d'information ;
- les 19 pharmacies de Pessac ;
- les médecins.

Des partenariats ont été conclus, notamment avec des mutuelles pour compléter le financement du programme.

Lors de son passage en pharmacie, la personne peut solliciter le pharmacien pour effectuer un test de dépistage, ou peut à l'inverse être sollicitée par le pharmacien. Elle remplira un court formulaire de santé. Le test de dépistage dure une minute. En cas de résultat défavorable, le pharmacien imprimera le tracé de l'électrocardiogramme et le remettra à la personne, accompagné d'une lettre préétablie à destination du médecin traitant. Ce dernier confirmera ou infirmera le diagnostic.

L'expérimentation s'est déroulée entre les mois d'octobre 2018 et d'octobre 2019. Une disparité en termes de dépistage en fonction des différentes pharmacies apparaît au cours des 7 premiers mois. Cela s'explique par la taille des pharmacies et par leur motivation.

Un total de 1 713 dépistages a été réalisé au cours des 7 premiers mois de l'expérimentation. 70 dépistages ont été positifs, ce qui semble rassurant. Pour ces cas, 36 médecins ont formulé un retour. Les autres médecins ont été relancés. Sur ces 36 cas, il s'avère notamment que :

- 5 cas de fibrillation auriculaire permanente étaient méconnus et sont désormais pris en charge ;
- 3 cas de fibrillation auriculaire paroxystique sont en cours d'investigation.

Suite aux premiers mois de l'expérimentation, le programme sera réorienté. Il sera déployé dans le nord Médoc, zone où les médecins sont moins nombreux et où la population est sans doute moins suivie. L'expérimentation s'ouvre au mois de septembre dans 14 pharmacies du nord Médoc. La procédure sera quelque peu modifiée, afin de recevoir directement l'électrocardiogramme lorsque le résultat est positif, afin d'éviter les artefacts.

Questions de la salle

M. Stéphane OLINDO précise que l'outil de dépistage coûte environ 500 euros. Il est fabriqué en Hollande.

Un intervenant s'enquiert de la représentativité des personnes qui se sont inscrites dans ce programme de dépistage.

M. Stéphane OLINDO précise que le pourcentage de dépistages positifs est resté inférieur aux estimations. Les statistiques sont tirées vers le haut par des populations très âgées. Or ces dernières ne se rendent pas forcément à la pharmacie, mais y envoient un tiers. Ce phénomène explique ainsi le delta entre les statistiques et le taux de dépistages positifs. En conséquence, ce programme n'est pas optimal dans la mesure où cette détection ne s'applique pas aux personnes très âgées. Il faut donc imaginer un autre type de dispositif pour cette population la plus à risque.

 **Nathalie LAJZEROWICZ**
 **Philippe NGUYEN**
 **Stéphane OLINDO**

Christine FERRON souhaite savoir si, au-delà des expériences menées, les intervenants ont relevé des changements susceptibles de s'installer dans la durée, dans les relations entre les différents partenaires mobilisés.

Nathalie LAJZEROWICZ indique que suite à la diffusion du dispositif auprès des addictologues, l'évaluation sera accompagnée par le pôle Prévention et Innovation du CHU de Bordeaux qui réalisera une analyse de la transférabilité. Cette évaluation portera aussi sur le changement des pratiques internes.

Stéphane OLINDO ajoute que les pharmaciens sont de plus en plus sollicités en matière de prévention. La majorité d'entre eux ont conscience que cette mutation va dans le bon sens et leur permet de s'investir davantage en matière de prévention. Cela requiert néanmoins un investissement conséquent.

Philippe NGUYEN rapporte que le sujet du sport / santé donne lieu à de fréquentes communications, de sorte que la population s'accapare rapidement ce sujet. Il faut en parallèle prendre en compte la lourdeur des professionnels auxquels il faut expliquer le dispositif, puis relancer... Il semble que la population s'accapare plus rapidement le sujet que les professionnels.

Christine FERRON souligne l'importance de la formation et de l'accompagnement des professionnels à ces nouveaux dispositifs. Elle demande quels acteurs sont les mieux placés pour ce faire.

Philippe NGUYEN répond que dans le cas de son expérimentation, l'association Côte Basque Sport Santé s'est beaucoup impliquée dans la formation. La formation des éducateurs médicaux sportifs s'effectue aussi avec l'hôpital. Ce dernier sera sans doute amené à s'investir davantage et à utiliser des outils innovants.

Nathalie LAJZEROWICZ ajoute que la sensibilisation des médecins généralistes reste modeste, en s'appuyant sur leurs compétences propres.

Un intervenant recommande de ne pas réduire le partenariat entre la ville et l'hôpital à la formation des médecins. Il s'agit généralement de sensibilisation qui ne modifie pas réellement les pratiques. Seuls la formation par la pratique et le face-à-face s'avèrent efficaces.

Nathalie LAJZEROWICZ confirme que le déploiement du dispositif est davantage basé sur la communication que sur la formation. Les délégués Santé Prévention visitent les médecins en se focalisant sur le parcours coordonné. Une communication est ensuite diffusée dans la revue du Conseil de l'Ordre de Gironde, puis par tous les canaux. Il s'agit là de sensibilisation, tandis que la formation s'effectue de manière expérientielle.

Un intervenant observe que le rôle du patient est particulièrement développé dans ces 3 expérimentations. Or la vision du patient, voire la participation de ce dernier, n'est pas forcément bien perçue dans le milieu des médecins généralistes et des pharmaciens.

Dans le cas de la détection de l'arythmie, Stéphane OLINDO explique que la démarche est engagée de manière volontaire par l'individu qui se rend en pharmacie. Les campagnes

d'information ont permis d'assurer une forte affluence pour réaliser cette détection. Les personnes sont ensuite motivées pour consulter leur médecin sur la base du résultat du test.

Philippe NGUYEN relève quant à lui que les médecins qui reçoivent des patients au sujet de la pratique d'une activité physique manifestent des inquiétudes, d'où l'intérêt des formations. Le patient qui constate l'amélioration de sa qualité de vie sera le meilleur promoteur de ce système.

Nathalie LAJZEROWICZ considère que le patient est tellement investi dans le cadre de son expérimentation que le risque d'infantilisation du patient n'existe que peu. À l'inverse, c'est presque un risque d'infantilisation du médecin qui apparaîtrait. Ce risque est pris en considération.

Christine FERRON constate que les 3 expériences mises en place représentent des leviers de transformation des pratiques et des organisations.

ATELIER 3

Évaluation des actions de prévention

● **Discutante**

Carine MUTATAYI

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

● **Rapportrice**

Delphine COURALET

Ireps Nouvelle-Aquitaine

Carine MUTATAYI souligne que l'évaluation transparaît désormais dans toutes les politiques territoriales de santé. Il s'agit d'une exigence pour tous les guichets de subventionnement, pour les actions de prévention comme pour les actions de promotion de la santé, en raison de considérations politiques et économiques. Les décideurs locaux et nationaux tiennent à rationaliser les dépenses, ce qui permet d'avoir une visibilité sur le rapport coûts-bénéfices des interventions.

Il faut aussi considérer la finalité épistémologique ou méthodologique de l'évaluation, ainsi que sa dimension éthique. L'évaluation permet de s'interroger sur ses pratiques et sur l'écosystème dans lequel les actions s'inscrivent, c'est-à-dire la manière dont le projet s'inscrit dans l'établissement de santé et par rapport aux politiques territoriales de santé. L'évaluation permet de s'interroger sur les mécanismes et les dynamiques mis en place dans le cadre des projets. Elle permet également de s'interroger sur les injonctions contradictoires que Frank CHAUVIN évoquait le 9 septembre.

D'avantage qu'un outil de contrôle, l'évaluation constitue donc un outil de soutien. L'article 15 de la Déclaration des droits de l'Homme de 1789 stipule d'ailleurs que « la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration. » Les principes de transparence et de responsabilité envers la société civile sont donc présents en France depuis longtemps.

Il s'agit ainsi de réinterroger ses pratiques, d'intégrer de nouveaux principes et axes de travail. Dans cette perspective d'innovation et d'adaptation, l'évaluation constitue un outil indispensable, indissociable de la volonté de transfert des connaissances. Celui-ci, nécessaire à l'harmonisation des réponses de santé, constituera le fil rouge des trois interventions prévues, et qui iront des aspects plus conceptuels aux dimensions plus pratiques.

© **Le registre français d'interventions validées ou prometteuses : quelle place pour les actions hospitalières ?**

● **Pierre ARWIDSON**

Santé publique France

Pierre ARWIDSON souligne que le portail des interventions validées ou prometteuses, en ligne depuis peu de temps, sert à établir le lien entre les résultats des recherches et évaluations, et les chefs de projets et financeurs. De plus, un réseau européen est en cours de constitution.

En outre, un comité d'experts en prévention et en promotion à la santé, présidé par Christian PRADIER, a réalisé des auditions de janvier 2018 à juin 2019, puis a établi une grille

d'évaluation d'interventions. La première version diffusée en ligne porte sur quinze interventions. 80 fiches descriptives d'interventions sont aussi établies, l'usage de la grille restant en l'occurrence à venir.

Le portail recueille des recherches issues de la littérature et des données issues du terrain et remontées par des porteurs. Six recherches françaises hospitalières peuvent ainsi être mentionnées. Les trois recherches achevées concernent des hôpitaux ayant souhaité partir des services d'urgences. L'étude *BREVALCO – Abus et dépendance à l'alcool aux urgences* a impliqué quatre services parisiens. *Intervention brève pour les urgences à risques* a été réalisé dans l'équipe de Carine MUTATAYI. *OSTA* concerne les personnes faisant des tentatives de suicide, pour lesquelles un suivi est réalisé pendant un an par l'établissement de Bicêtre.

Cependant, les auteurs de ces trois études n'ont pas observé d'effet significatif par rapport aux groupes témoins. Elles possèdent néanmoins de l'importance, notamment pour des chercheurs qui voudraient s'y référer pour les améliorer.

D'autres recherches se poursuivent. Le FISCOP concerne l'incitation financière à l'arrêt du tabac pendant la grossesse, à la Pitié-Salpêtrière. PromoVac vise à augmenter la couverture vaccinale. Les conclusions de la recherche Vigilans, débutée à Lille, sont évaluées actuellement dans plusieurs hôpitaux, sur la question de la tentative de suicide, qui s'avère très mal codée.

Hospital-Based propose par ailleurs un programme mené dans le Maryland concernant les « récidives » d'agression physique aux États-Unis, de nombreuses personnes s'étant rendues plusieurs fois à l'hôpital pour cette raison. Ce programme comprend le traitement des addictions, ainsi que des formations professionnelles, des aides à la famille et des visites à domicile. Il permet une forte diminution des risques d'être arrêté ou condamné pour un crime violent. Les gains s'avèrent donc sociétaux plutôt que sanitaires.

L'hôpital général de San Francisco a lancé un programme comprenant un accompagnement intensif, qui divise par quatre le risque de blessures dues à une nouvelle agression. Pour cent personnes accompagnées, il est évalué que 24 années de vie sont gagnées, et 4 100 dollars, économisés.

Le CDC américain incite par ailleurs les hôpitaux à se mobiliser dans la prévention des chutes des personnes âgées. Il a ainsi lancé un programme national. En France, la groupe associatif Siel Bleu a réalisé des interventions dans le même sens, dont l'efficacité s'est avérée, mais qui sont réalisées en ambulatoire. Le programme du CDC pourrait donc inspirer des actions hospitalières.

Une étude internationale porte en outre sur la promotion de la santé clinique. Elle a impliqué 40 hôpitaux de huit pays. Des mesures de qualité de vie ont été réalisées, avec le SF 36, auprès des patients et du personnel. Aucune différence n'est toutefois observée entre les hôpitaux actifs et les hôpitaux témoins. Les mesures d'impact secondaire ont en revanche constaté un meilleur repérage des patients à risque et un meilleur respect des standards de l'OMS dans les établissements ayant appliqué les normes concernant le tabagisme quotidien, la mauvaise nutrition, le surpoids, l'activité physique et la consommation d'alcool.

Des actions hospitalières figurent déjà dans la base des interventions. Cependant, la recherche sur les actions hospitalières de promotion de la santé semble moins abondante que la recherche dans d'autres champs, peut-être parce que les mots-clés simples ne permettent pas de trouver les études existantes. Par ailleurs, il existe la possibilité d'adapter à l'hôpital des interventions qui se sont avérées efficaces dans d'autres lieux de vie, par exemple pour la prévention des chutes.

Enfin, il faut bien sûr développer la recherche et l'évaluation sur les actions hospitalières de promotion de la santé, française et internationale. Cela exige toutefois des ressources financières suffisantes, des savoir-faire techniques en évaluation, et des systèmes de recueil d'informations.

● Questions et commentaires

Carine MUTATAYI souligne que le répertoire français évoqué par Pierre ARWIDSON possède l'avantage de présenter des études françaises récentes, adaptées au contexte national. Il témoigne aussi de la nécessité d'une posture d'humilité dans la démarche d'évaluation.

Christine FERRON, de la FNES, ajoute qu'un programme cofinancé par Santé publique France et par la Direction générale de la santé vise à développer la capitalisation des expériences en prévention et en promotion de la santé, en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique des patients. Ce programme est porté par la Société française de santé publique et par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé. Réalisé dans le cadre d'un groupe de travail pluri partenarial, il consiste d'abord à élaborer un outil de capitalisation, celle-ci devant être réalisée par un tiers qui doit avant tout recueillir des informations sur les actions. Cette grille est en voie d'achèvement. Une réflexion porte aussi sur les modalités de déploiement de ce processus de capitalisation, qui pourra alimenter une troisième « entrée » du portail, s'ajoutant à celles évoquées par Pierre ARWIDSON. Des actions menées en milieu hospitalier pourront ainsi être capitalisées, en étudiant leurs moments-clés, les compétences mobilisées, les freins rencontrés et les manières de les surmonter, c'est-à-dire des données très concrètes qui figurent rarement dans la littérature scientifique.

Anne LE RHUN, médecin en santé publique au CHU de Nantes, souhaite savoir si les trois études françaises dont les résultats se sont avérés insatisfaisants se basaient seulement sur des données quantitatives. L'analyse qualitative des entretiens et interventions s'avère cependant très longue.

Pierre ARWIDSON souligne que les articles d'évaluation ne décrivent presque pas l'intervention, ce qui limite leur utilité. Certains chercheurs ont donc décidé, après une évaluation, de mettre en place des formations et des manuels. Le qualitatif se trouve en effet dans les modalités précises de l'intervention. En revanche, les recherches bien financées proposent des analyses qualitatives. Les petites recherches présentées n'ont cependant mobilisé que de petits services, qui pouvaient seulement rédiger un article.

Carine MUTATAYI observe que les chercheurs rencontrent plus de difficultés pour mettre en valeur leurs études qualitatives, en raison notamment de la nature des moteurs de recherche.

Stéphanie THOUMYRE, CHU de Bordeaux, demande si des évaluations à plus long terme des trois études évoquées sont envisagées.

Pierre ARWIDSON indique que certains projets de prévention incluent des suivis sur 20, 30 ou 40 ans. Ils nécessitent toutefois un budget élevé. L'ouverture des bases médico-administratives à la recherche peut aussi favoriser les études à long terme.

Une intervenante (non nommée) souligne que dans le système actuel, la recherche de nouveautés est favorisée par rapport à l'évaluation des actions existantes. Néanmoins, des thèses de médecine intéressantes existent, sans être toujours valorisées.

Carine MUTATAYI demande si le répertoire fournit des éléments-clés de l'évaluation, qu'ils soient positifs ou négatifs, pour aider à la construction d'un argumentaire sur le transfert d'un programme ou la mise en place d'une évaluation.

Pierre ARWIDSON souligne que le catalogue vise à faciliter la mise en relation du responsable de projet, qui débute, avec les concepteurs du programme, afin notamment de se former. Un centre de référence semble nécessaire pour chaque programme, afin de faciliter les formations et de connaître les adaptations réalisées dans les différents contextes. Un « monitoring d'effets en continu » doit aussi permettre de connaître les conséquences des modifications d'un paramètre donné.

Carine MUTATAYI suppose donc que les personnes souhaitant faire apparaître leur programme dans le registre doivent s'engager dans une démarche de réseau et de soutien à l'ingénierie de projet pour d'autres porteurs.

Pierre ARWIDSON signale que les chercheurs sont généralement heureux que leur travail soit reconnu. Ils remplissent donc les documents qui leur sont soumis, ce qui permet au registre de disposer d'autres informations que des articles scientifiques, généralement assez vides.

Une intervenante (non nommée) demande si le registre présente des actions d'éducation thérapeutique.

Pierre ARWIDSON répond par la négative. L'HAS s'occupe en effet de ces sujets, en accord avec Santé publique France.

Actions innovantes de terrain

 **Nolwenn STEVENS**
CHU de Bordeaux

Nolwenn STEVENS indique que le Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention (SSMIP), ouvert en novembre 2018, accompagne les offreurs du système de soin dans leurs missions de prévention, tandis que l'UHIP s'intéresse à la recherche interventionnelle en milieu de soins.

L'innovation constitue une réponse aux besoins sanitaires et à leurs évolutions, aux transformations et aux défis du système de santé, et à l'apparition de nouveaux outils et pratiques. Elle apparaît toujours pour s'adapter à de nouveaux enjeux ou pratiques, ou à des constats d'insatisfaction. La définition de l'innovation s'avère multiple, comme le montre le Manuel d'Oslo de l'OCDE, l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, et le ministère de la Solidarité et de la Santé.

En santé, il s'agit de répondre à un problème lié à la santé ou au système de santé, par l'amélioration d'un bien, d'un service ou d'une méthode préexistants ou par l'introduction d'un bien, d'un service ou d'une nouvelle méthode, en intégrant les données de la science, au service de la population ou de la société, et en anticipant la transférabilité et la mise à l'échelle de l'innovation.

Toutefois, les innovations souffrent souvent d'un manque d'évaluation, qui les prive de perspectives d'avenir. Or toute innovation devrait être évaluée pour savoir si elle répond à un problème ciblé et si elle est généralisable. De plus, certaines innovations restent à l'état de projet de recherche. À l'inverse, de nombreuses innovations portées ou soutenues par les

pouvoirs publics ignorent les données probantes, voire sont déployées à leur rebours. Dans l'ensemble, les collaborations entre acteurs, décideurs et chercheurs s'avèrent donc insuffisantes. Les innovations manquent aussi de visibilité, faute de communications. Enfin, certaines interventions sont conçues comme des unités figées, ne pouvant supporter aucune modification. Or l'innovation doit être conçue de manière modulaire, avec des marges d'adaptation aux contextes et besoins.

Pour permettre la mise à l'échelle de l'intervention, il importe d'abord de la considérer comme un système interventionnel complexe, comprenant plusieurs modalités d'intervention, elles-mêmes composées d'éléments interventionnels, populationnels et contextuels. Il faut aussi distinguer les caractéristiques conditionnant l'efficacité de l'intervention.

Il importe ainsi d'anticiper les perspectives de généralisation dès la conception de l'intervention, en se posant les questions suivantes : l'applicabilité, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les processus d'une intervention peuvent être mis en œuvre dans un autre contexte ; la transférabilité, à savoir la mesure dans laquelle les effets d'une intervention peuvent être atteints dans un autre contexte ; la mise à l'échelle, qui correspond à la généralisation des interventions ou programmes sur l'ensemble du territoire.

L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 témoigne du soutien des pouvoirs publics à cette perspective de généralisation. Il stipule notamment que « les projets d'expérimentation seront sélectionnés en particulier sur leur caractère innovant, efficient et reproductible. » Il prévoit aussi que l'évaluation prendra en compte l'amélioration du service rendu à la population, l'équilibre du financement, l'impact sur les organisations, et la faisabilité opérationnelle.

Le ministère de la Santé a fait appel au SSMIP pour expérimenter un programme pilote d'accompagnement du dispositif « article 51 », sur l'obésité. Celui-ci repose sur une démarche d'analyse transversale des projets soumis à l'article 51, avec un espace de co-construction et d'échange entre porteurs de projets, décideurs nationaux et régionaux, et chercheurs. L'enjeu consiste à encourager et faciliter le développement de projets pérennes et immédiatement généralisables. La méthode concernant l'obésité est donc transposable à d'autres thématiques.

De décembre 2018 à juin 2019, une quinzaine de projets régionaux ou nationaux ont été accompagnés, autour de l'obésité des adultes, de l'obésité pédiatrique et de la chirurgie bariatrique, constituant trois groupes, rassemblant chacun des porteurs de projet et des décideurs. Chacun a été invité à changer de regard sur son innovation et à évoluer vers une représentation de l'innovation comme une combinaison de modules. Chacun a réfléchi dès la conception à sa transférabilité.

Cette démarche facilite les échanges entre les porteurs de projets, voire la mutualisation de certains projets ou modalités, et la mise en commun de ressources. Elle favorise aussi l'articulation avec l'existant et la réflexion sur les mécanismes reliant actions et résultats. Elle permet également d'identifier les composants-clés des innovations proposées. Pour les décideurs, la démarche permet d'asseoir leurs décisions sur une compréhension détaillée des interventions, d'identifier les similitudes entre projets et leurs complémentarités.

La démarche permet ainsi de compléter l'évaluation de chaque projet par une évaluation transversale, d'analyser la fidélité et la qualité de mise en œuvre de l'innovation, et de favoriser le processus de mise à l'échelle en donnant aux pouvoirs publics des éléments concrets sur ce qui fonctionne, à quelles conditions, et sur ce qu'il faudrait changer.

La première étape consiste à décrire le projet d'innovation en identifiant les principales modalités d'intervention puis leurs composantes interventionnelles, populationnelles et

contextuelles. La deuxième étape concerne l'appréciation des conditions de transférabilité de l'intervention *a priori*, en identifiant les fonctions-clés et les marges de souplesse et d'adaptation.

Il a ainsi été proposé une structuration accompagnée d'une description des innovations, pour favoriser leur mise à l'échelle. Un guide et des fiches outils ont notamment été élaborés et seront prochainement publiés, à destination des porteurs de projets et des décideurs, afin notamment qu'ils puissent anticiper l'adaptation de toute innovation à d'autres contextes, publics et territoires.

● Questions et commentaires

Isabelle BLANCHARD, médecin de santé publique au centre hospitalier de la Côte basque, demande comment il est possible de savoir qu'une intervention est une innovation.

Nolwenn STEVENS répond qu'il faut répondre à un problème de santé, améliorer l'existant, introduire de nouveaux outils, en intégrant les données de la science. Il faut en outre que l'intervention connaisse un déploiement réussi, en répondant aux attentes de la société. L'innovation est donc précédée d'expérimentations, avant d'être transférable.

Gwendoline DE GUÉNYVEAU, conseillère en stratégie des politiques de prévention à l'ARS Pays de la Loire s'interroge sur la transférabilité de l'exemple exposé, sachant qu'il ne procède pas d'une transversalité de domaines.

Nolwenn STEVENS explique que l'étape d'identification des fonctions-clés exige notamment le croisement d'expériences. Les échanges ont ainsi montré que de nombreuses modalités d'intervention paraissaient claires, mais différaient selon les porteurs de projets. De telles discussions resteraient possibles dans un cadre trans-thématique, mais sont plus fructueuses en présence d'experts pouvant échanger de manière précise.

Carine MUTATAYI souhaite savoir pourquoi le public n'a pas été sollicité dans le cadre des échanges évoqués, qui ont inclus des décideurs et des porteurs de projets.

Nolwenn STEVENS indique que les échanges visaient d'abord à s'accorder sur les finalités de l'innovation, des projets et de l'article 51. Les bénéficiaires ne se seraient peut-être pas retrouvés dans une telle discussion.

🕒 Évaluation et suivi de programmes ETP labellisés en établissement SSR

● Isabelle BOISSARD

SSR Marguerite Boucicaut, Croix-Rouge française

Isabelle BOISSARD indique que le SSR possède trois spécialités, la pneumologie, la cardiologie et la neurologie, avec des hospitalisations complètes et de jour. Les séjours des patients durent de trois semaines en cardiologie à trois mois pour des pathologies neurologiques. Le SSR comprend cinq services de soins et deux plateaux techniques. Depuis 2014, deux programmes d'éducation thérapeutique sont en place, Educœur en cardiologie et Air de vie en pneumologie. S'ajoutent plusieurs ateliers, obligatoires ou optionnels.

Des consultations en tabacologie sont assurées par des infirmières spécifiquement formées et par un kinésithérapeute qui suit actuellement un DU de tabacologie. Elles sont planifiées à l'entrée du patient, à la suite du diagnostic éducatif, défini par l'infirmière et l'ergothérapeute,

qui orientent le patient vers les ateliers les plus utiles. Les consultations en tabacologie se répartissent également entre les patients atteints de pathologies cardiaques et les patients atteints de pathologies pneumologiques. Chaque patient bénéficie de deux ou trois consultations en moyenne. Les médecins prescrivent ensuite le traitement de substitution.

Le SSR a en outre signé en 2015 une convention avec le réseau Tab'Agir, présent en Bourgogne. Les patients adhérant au réseau disposent de consultations gratuites, à savoir quatre consultations de suivi chez un prescripteur libéral (médecin, infirmière, kinésithérapeute), de quatre consultations d'un diététicien et de quatre consultations d'un psychologue pour la dépendance gestuelle et comportementale. Ce réseau a en outre formé deux infirmières du SSR dès 2015, suivies de deux autres en 2016 et de deux nouvelles en 2019.

En 2016, 54 patients ont eu une consultation initiale en tabacologie, dont 34 % ont intégré le réseau Tab'Agir, 22 % ayant poursuivi leur sevrage. En 2017, les 75 consultations ont donné lieu à des taux de 75 % et de 22 %. Pour 2018, les données restent incomplètes.

En juin 2019, le SSR a constitué un comité de pilotage « lieu de santé sans tabac », car la présence de fumeurs devant l'établissement semblait contradictoire avec ses objectifs. Cette décision a été affichée et publiée sur l'Intranet du SSR. Celui-ci a aussi adhéré au RESPADD et a signé la charte « hôpital sans tabac ». La signalétique des zones réservées aux fumeurs et vapoteurs est également améliorée, tout comme la sensibilisation aux déchets de mégots.

Les objectifs suivants sont poursuivis : faire diminuer la consommation de tabac par les patients et le personnel, tout en sensibilisant les proches du patient et les transporteurs, c'est-à-dire les taxis et ambulanciers ; soumettre au personnel, en septembre, un questionnaire sur sa consommation de tabac et ses souhaits de sevrage, tout en soulignant le rôle du soignant dans l'accompagnement du patient ; généraliser les consultations de tabacologie à l'ensemble des patients fumeurs, y compris les patients en neurologie ; systématiser le traitement de substitution, en augmentant le choix de traitements ; former deux infirmières au DU addictions ; distribuer aux transporteurs un kit avec des affichettes et un cendrier de poche ; répondre à l'appel à projet de l'ARS Bourgogne-Franche Comté sur la lutte contre les addictions.

Questions et commentaires

Martine VALADIE-JEANNEL, médecin-addictologue, apprécie que la politique du SSR inclue les ambulanciers. La cohérence suppose en effet d'élargir les actions. À l'ARS Nouvelle-Aquitaine, il est apparu que les personnes les plus à risques étaient les personnes intervenant dans les locaux, par exemple pour le nettoyage.

Nolwenn STEVENS demande comment est apparue la volonté d'évaluer les programmes d'éducation thérapeutique.

Isabelle BOISSARD répond que ces deux programmes ont été créés par une infirmière coordinatrice. Pour les ARS, l'évaluation constitue une obligation. Cependant, tous les patients n'adhèrent pas au réseau Tab'Agir à leur sortie du SSR, quand le personnel ne peut plus intervenir directement auprès d'eux. Le SSR tient donc à créer des liens avec toutes les structures et associations susceptibles d'y travailler. Une réflexion porte aussi sur l'élaboration d'un questionnaire destiné aux anciens patients, six ou douze mois après leur sortie, afin de savoir si leur sevrage a réussi. Des ateliers et groupes de paroles rentreraient dans ce cadre. Le personnel du SSR disposerait de temps spécifiquement consacrés au suivi de ces anciens patients, ce qui permettrait d'améliorer les démarches en œuvre.

Une intervenante, médecin-addictologue dans une ELSA, demande si le SSR est en relation avec la médecine de ville et les médecins traitants.

Isabelle BOISSARD indique que le courrier de sortie, qui établit la synthèse du séjour, constitue le seul contact avec les médecins traitants.

ATELIER 4

Promotion de milieux de travail sains

● **Discutante**
Catherine VERDUN-ESQUER
CHU de Bordeaux

● **Rapporteur**
Nicolas BONNET
RESPADD

Catherine VERDUN-ESQUER, chef du service de médecine du travail au CHU de Bordeaux, rappelle, en introduction de l'atelier, qu'un ergonome français a démontré que le bien-être au travail était indissociable du bien faire. La qualité des soins, comme du travail, contribue à la création d'un lieu de travail sain.

© La stratégie « Lieu de santé sans tabac »

● **Irène PHILIP**
Centre Léon Bérard de Lyon

Irène PHILIP revient sur l'expérience du centre de cancérologie Léon Bérard de Lyon. Cet établissement, qui suit près de 34 000 patients par an, exerce trois missions. Il délivre des soins et il œuvre pour l'enseignement et la recherche. En 2016, le centre a souhaité être certifié par l'Organisation européenne des instituts de cancérologie pour la qualité de son activité intégrée en matière de cancérologie. La lutte contre le tabagisme comptait parmi les 297 items qui devaient être autoévalués. Cette politique devait être clairement documentée et visible. Les zones accessibles au public étaient identifiées comme étant « non-fumeur » et un espace fumeur dédié aux patients avait été conservé à l'extérieur des locaux. Des informations sur la réglementation anti-tabac étaient mises à la disposition des patients et l'hôpital proposait un accompagnement pour ceux qui voulaient arrêter de fumer, ainsi que pour les soignants. Malgré la mise en place de ces mesures, les auditeurs ont considéré que le centre n'avait pas été en mesure « *d'instituer un campus entièrement non-fumeur* ».

Le chef d'établissement a alors décidé de prendre en main ce sujet, jugeant que la crédibilité du centre était en jeu. A ses yeux, « *qu'il s'en défende ou non, le personnel d'un hôpital a un rôle d'exemplarité vis-à-vis des patients, d'autant plus dans un centre de lutte contre le cancer* », mais aussi vis-à-vis des salariés et des visiteurs. À titre personnel, Irène PHILIP s'est réjouie de la relance de cette politique contre le tabagisme, car l'implication de l'équipe de direction est un facteur clé de son succès. Elle regrette par exemple l'absence de volontarisme d'un DRH, qui était lui-même fumeur, qui avait stoppé cette démarche alors que le centre avait été certifié « Hôpital sans tabac » dès 1991.

Irène PHILIP précise les actions engagées. En premier lieu, un Comité local de prévention du tabac (CLPT) a été formalisé. Cette instance réunit le DGA, le DRH, la médecine du travail, l'équipe d'addictologie, l'ensemble des départements ainsi que le service communication. À l'initiative de ce comité, les consultations dédiées au tabac ont été comptabilisées et des enquêtes ont été menées auprès des patients et des salariés avant et après les campagnes de prévention. Les prescriptions de traitements nicotiques de substitution ont été suivies. Le centre participe également, de façon récurrente, au « Moi(s) sans tabac », y compris en dehors du calendrier national de cette opération. Des ateliers sont notamment proposés à cette occasion.

Les patients fumeurs ont été repérés dès leur hospitalisation, puis en consultation et en ambulatoire. Les professionnels ont été formés et sensibilisés pour conseiller les patients et les orienter, pendant leurs séjours, vers des substitutions nicotiques. Les dossiers médicaux informatisés ont inclus une nouvelle rubrique permettant de renseigner le statut fumeur ou non fumeur des patients et de préciser l'évolution de leur dépendance.

Irène PHILIP aimerait qu'une clause interdisant la consommation de tabac dans le centre soit intégrée, dès 2019, dans les contrats de travail des sous-traitants et des ambulanciers. Aujourd'hui, l'interdiction de fumer dans les locaux est inscrite dans le règlement intérieur. Irène PHILIP plaide également pour la création d'une équipe d'infirmiers experts et d'infirmiers pivots susceptibles de guider les patients dans leur parcours ORL et en pneumologie. Il convient, enfin, de rappeler quotidiennement les règles aux fumeurs et aux visiteurs récalcitrants.

En parallèle, le centre a contribué à la rédaction d'un guide de bonnes pratiques en tabacologie avec le RESPADD. Il a participé au forum dédié à la santé publique organisé par l'Association Amicale des Étudiants en Pharmacie de Lyon et au groupe UNICANCER onco-addiction.

Irène PHILIP souligne l'importance du pilotage pluridisciplinaire dans la réussite d'une politique anti-tabac. La présence d'un tabacologue à mi-temps dans l'établissement a également contribué à sa réussite, tout comme la mise à disposition de moyens humains au moment du lancement du projet. Le pôle universitaire du département de santé publique a été, lui aussi, d'un grand soutien, en proposant un appui en termes de prévention auprès des patients, des salariés et des organismes extérieurs (campus proches, médecine du travail, pharmacie, IFSI). Irène PHILIP voit par ailleurs dans cette démarche un véritable outil de management interne.

Afin de valoriser formellement les actions de lutte contre le tabagisme, des démarches de certification peuvent être engagées par les établissements. Irène PHILIP prend l'exemple des indicateurs IQSS-HAS pour l'infarctus du myocarde ou encore de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Elles peuvent également être mises en avant dans le cadre de l'axe « qualité de vie au travail » en matière de santé des salariés, ou encore via le projet de certification 2020 tel que proposé par la Haute Autorité de Santé. L'institution promeut la « *responsabilisation du patient et des proches* », l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), le travail en réseau avec les autres structures et la poursuite des comptes-qualité.

Le centre de cancérologie Léon Bérard de Lyon entend s'appuyer sur ces actions pour devenir un « lieu de santé promoteur de santé ». Cette initiative, qui figure dans la feuille de route du CLPT, a été présentée à la direction puisqu'elle doit s'inscrire dans le projet de l'établissement. Elle sera précédée d'une demande d'inscription de sa politique anti-tabac. Elle pourra, en outre, être complétée par l'élargissement du cadre de l'activité physique adaptée. Dédiée aux patients, elle pourrait être proposée aux salariés cinq heures par semaine.

Nicolas BONNET, directeur du RESPADD, signale que dans le cadre du programme « Lieu de santé sans tabac », l'hôpital doit préciser dans son règlement intérieur qu'il est engagé dans cette stratégie. De cette façon, il oblige le personnel à respecter la réglementation autour du tabagisme sans pointer les comportements individuels. Cette mention souligne en outre la responsabilité des soignants vis-à-vis des patients.

Un participant s'interroge sur la façon de faire respecter le règlement intérieur. Son établissement, l'hôpital de Saintes, s'est engagé dans une politique similaire à l'initiative de la direction générale.

Irène PHILIP refuse, en premier lieu, de promouvoir le tabac dans un hôpital. Il est donc interdit de fumer en son sein, y compris dans les chambres, qui pourraient être considérées comme des espaces privés. Dans son centre anti-cancer, les fumeurs ne peuvent fumer qu'à l'extérieur.

Une participante évoque la situation des personnes en fin de vie. Pour certaines d'entre elles, la cigarette constitue l'un des derniers plaisirs.

Irène PHILIP a conscience de cette problématique, mais elle rappelle qu'elle a dû faire face, dans le même temps, à des personnes qui faisaient des malaises après avoir respiré de la fumée de cigarette. Selon elle, l'hôpital est avant tout un lieu de soins. Quand des patients sont en fin de vie, l'équipe médicale tente de les faire regagner leur domicile. Irène PHILIP refuse, par exemple, d'installer certains d'entre eux à l'extérieur pour qu'ils puissent fumer. Elle n'approuve pas ce type de pratique, à laquelle cèdent certains établissements.

Le concept des magnet hospitals

 **Anne-Marie PRONOST**
Clinique Pasteur de Toulouse

Anne-Marie PRONOST insiste, en introduction, sur l'indépendance de la clinique HAD de Toulouse. Les médecins, qui sont actionnaires de l'établissement, réinvestissent les dividendes dans leur outil de travail. Ils sont ainsi solidaires des personnels. Anne-Marie PRONOST est également attachée aux valeurs d'éthique et d'innovation de la clinique. Cet engagement se traduit par des actions concrètes : développement durable, démarches de certification, promotion de l'économie circulaire et du sport, partenariat avec des associations... Le management par la confiance est également valorisé.

Anne-Marie PRONOST reviendra sur un premier projet mené en 2009 autour de la qualité de vie au travail baptisé ARIQ. Sa présentation portera également sur le cluster QVT mis en place sur la période 2016-2019, qui a bénéficié du soutien des pouvoirs publics. À l'origine de cette démarche, en 2009, l'établissement souhaitait améliorer son attractivité vis-à-vis des infirmières et les fidéliser. Aujourd'hui, cette problématique concerne l'ensemble des personnels. Il convient de stabiliser les équipes, d'améliorer les conditions de travail, ainsi que l'ensemble des indicateurs sociaux, comme le turnover.

Le projet ARIQ (pour Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins) est issu du concept de *magnet hospital* importé des États-Unis. Il a été traduit pour être déployé au Québec et en Belgique. En 2001, l'étude belge Next a démontré que seuls ces établissements se démarquaient des autres lieux de soins.

Ce concept s'appuie sur trois piliers fondamentaux en termes de qualité de vie au travail : le sens de la mission, l'ouverture vers l'extérieur et le support organisationnel aux personnels. Anne-Marie PRONOST recommande de bâtir la démarche, très structurée, autour de l'évaluation des 88 critères du référentiel plutôt que de se fonder sur ses 19 références. Elle voit également dans le soutien de la direction un facteur clé de succès. Il convient, en outre, de canaliser les énergies vers des actions concrètes.

Anne-Marie PRONOST s'est d'abord attachée à réaliser un autodiagnostic, qui a été testé sur l'encadrement avant d'être généralisé. Le projet a été présenté à la Commission de

Soins Infirmiers et aux instances représentatives du personnel. Une commission ARIQ a ensuite vu le jour. Elle a réuni un IDE, une AS de chaque service et quelques responsables.

Les 88 critères ont été consciencieusement renseignés. Des preuves ont été recherchées afin de permettre une cotation et d'élaborer des plans d'action. Les membres de la commission ont par exemple été invités à se prononcer sur la référence 12 : « *Des experts reconnus, et particulièrement des infirmiers-cliniciens (ou de pratique avancée), sont disponibles pour un soutien et une consultation des pairs dans et hors du département ou de l'institution* ».

Les équipes opérationnelles ont été sollicitées dès lors qu'il fallait apprécier la maturité de leur établissement sur telle ou telle thématique. À l'issue de cette phase d'analyse, 74 critères ont été notés A, 13 critères ont été notés B et un critère a été noté C. Aucun critère n'a obtenu la cotation D.

Après cette phase d'évaluation, des actions d'amélioration doivent être poursuivies et suivies très régulièrement en associant l'équipe dirigeante de l'établissement. L'efficacité du projet est mesurée chaque année par le score de satisfaction au travail (*Work Quality Index*). Une différence notable est apparue dès 2010, après la mise en place de la démarche ARIQ. Entre 2010 et 2013, la satisfaction au travail s'est maintenue.

Après avoir déployé le projet ARIQ sur l'ensemble des services de la clinique Pasteur, il était essentiel de s'inscrire dans une démarche expérimentale plus ciblée. La dynamique régionale des clusters QVT en HAD (ARS, HAS, ANACT) a constitué une véritable opportunité de poursuivre cette politique, mais aussi de rencontrer l'ensemble des EHAD partageant cet objectif.

Anne-Marie PRONOST estime que ce projet est plus facile à mettre en œuvre que le concept ARIQ. Il comprend cinq phases : définition du périmètre de l'action, mise en œuvre et analyse du changement opéré, évaluation, conclusion, pérennisation. Ce pilotage suppose de mobiliser plusieurs catégories d'acteurs : le corps médical, la direction de l'établissement, les professionnels de terrain et les représentants des instances représentatives du personnel. Ce projet est un projet global de changement ou de fonctionnement. Il ne touche pas uniquement la dimension RH. De plus, il pose la question des conditions d'exécution du travail comme un facteur d'engagement et, partant, comme un levier de performance et de qualité des soins.

Anne-Marie PRONOST souligne l'importance de créer des espaces de discussion afin de faire valoir un management par l'intelligence collective. La démarche fait aussi toute sa place à la concertation et au droit à l'erreur. Les équipes multi-professionnelles sont notamment mises en situation d'expérimenter des changements qu'elles ont elles-mêmes initiés. La démarche est évaluée au fil de l'eau, par des opérationnels eux-mêmes. Les équipes terrain ont notamment travaillé sur l'accueil des nouveaux arrivants, qui était défaillant, ou encore sur les parcours cliniques et de soins.

Anne-Marie PRONOST insiste sur la nécessité d'impliquer l'ensemble des personnels. L'équipe dirigeante doit être partie prenante de la démarche, mais elle doit aussi faire confiance aux professionnels. Anne-Marie PRONOST a constaté qu'ils ne formulaient pas des propositions irraisonnables. Les risques inhérents aux *clusters* ou aux *magnets hospitals* sont minimisés, car ces processus sont particulièrement cadrés. Ils nourrissent, enfin, la politique RSE des établissements.

Avec le recul, Anne-Marie PRONOST voit dans la sensible pénurie d'infirmières le facteur déclencheur des deux projets décrits ci-dessus. Elle considère également que l'implication des équipes terrain est fondamentale. Les deux infirmières qui siégeaient au sein du comité

ARIQ à tour de rôle prenaient soin de restituer les travaux de cette instance et de mobiliser leurs collègues dans la résolution des problèmes soulevés dans ce cadre. Il était également bien précisé, dans une charte élaborée avec les acteurs concernés, qu'elles n'étaient pas en charge de mener les actions envisagées. De cette façon, chacun s'est senti embarqué dans la démarche.

Cette dernière a eu pour effet d'améliorer le coefficient de rotation et donc de réduire le turnover des personnels. Anne-Marie PRONOST invite cependant ses confrères à ne pas s'illusionner sur ces retombées. Les jeunes infirmières ont adopté les comportements de leur génération. Elles ont envie d'évoluer, de changer de poste, ou encore de faire le tour du monde pendant un an avant de retrouver leur emploi.

🕒 Structurer une politique RH vis-à-vis des professionnels seniors

👤 **Javier MATA PENUELA**
CHU de Dijon

Le « projet seniors » mené au sein du CHU de Dijon par Nadine ROUX-THEVENIAUD a pour but de permettre à cette population de bien vieillir au travail et donc d'améliorer les conditions de travail. Pour l'établissement, le terme « seniors » correspond aux personnes de plus de cinquante ans. Ils constituent un atout pour l'hôpital, auxquels ils apportent une réelle richesse humaine, sociale et technique. Ils contribuent en outre à la performance collective des soignants.

Le CHU a structuré une politique RH vis-à-vis des professionnels seniors. Elle s'attache, en premier lieu, à maintenir et à valoriser les compétences, le dynamisme et la motivation des personnels appelés à rester plus longtemps au travail. Elle a également pour but d'agir sur l'égalité professionnelle entre les générations, par exemple en accompagnant le déploiement de nouveaux outils informatiques. Enfin, elle a pour objectif d'accompagner les fins de carrière et de donner des signes de reconnaissance aux seniors afin qu'ils se sentent bien au travail. Les réactions à cette dernière action ont été très positives.

Le projet a débuté fin 2015/début 2016. Le 11 mars 2016, l'ensemble des acteurs impliqués (syndicats, commission des soins, CME, médecine du travail, secteur technique et logistique, DRH) a pris part à une journée de travail. Le fruit de ces réflexions a été présenté à la direction générale fin mars 2016. Un retour sur le plan d'action et les axes prioritaires a été adressé par la suite à tous les participants.

L'adaptation des conditions de travail a fait l'objet d'un premier axe. Une enquête a été délivrée afin d'identifier les tâches pénibles et contraignantes et l'ergonome a émis des recommandations. L'encadrement a été sensibilisé au travail par pôles et une réflexion a été menée afin de favoriser l'activité physique : identification de lieux de repos et d'activité sportive, organisation de séances hebdomadaires de Pilate.

L'axe n°2, dédié à l'accompagnement des fins de carrières, a consisté à promouvoir les entretiens RH de seconde partie de carrière ou encore à communiquer sur les dispositifs permettant de préparer sa retraite (par exemple consommation du compte épargne temps).

Chaque année, afin de nourrir l'axe n°3 (« valorisation du senior en tant que personne »), une conférence sur le bien vieillir au travail est organisée. Une formation collective en conseil en image a été proposée, ainsi que des ateliers individuels.

En complément d'une communication positive sur les seniors, une enquête a été conduite auprès des personnels du CHU. Le taux de retour des professionnels seniors (57 %) a été


satisfaisant. Près des trois quarts d'entre eux estiment que leur capacité de travail actuelle équivaut au mieux à 80 % de celle qu'elle était à son meilleur niveau. Les répondants qui ressentent le plus de difficulté quand ils doivent fournir des efforts de réflexion sont les techniciens de laboratoire, les ASH, les cadres de santé et les IDE. Les personnels qui effectuent des efforts physiques s'interrogent sur leur capacité à les réitérer en prenant de l'âge. De plus, la moitié des seniors répondants est inquiète quant à l'évolution de sa fin de carrière.

Les sondés formulent des demandes pour réduire la pénibilité du travail : installer des rangements, des sièges et des équipements plus ergonomiques, choisir des chariots, des lits et des fauteuils plus maniables et qui roulent mieux, installer des variateurs pour adapter l'éclairage ou la température, imposer, sur les écrans, une taille de caractères minimale, ou encore adapter le travail et les horaires aux capacités des seniors. Par exemple, les professionnels de santé en internat pourraient être relevés pendant la nuit.

Javier MATA PENUELA dresse le bilan du projet. Il signale le déblocage d'un budget de 57 500 euros pour l'achat de matériels adaptés pour soulager les efforts physiques : rails plafonniers, verticalisateurs, charriot desserte, charriot réapprovisionnement, fenêtres virtuelles, sièges adaptés, blouses pression... Il précise que 130 entretiens RH de seconde partie de carrière ont été réalisés en 2018 avec un taux de satisfaction des professionnels de 98,5 %. 148 confrères ont participé aux six conférences « Bien vieillir au travail » en 2017 et 2018 avec un taux de satisfaction de 100 %. 149 participants ont suivi la formation en conseil en image, qui a recueilli un taux de satisfaction de 88 %. Des séances hebdomadaires de pilates ont été proposées.

L'équipe projet et la direction de l'établissement ont prévu de revoir chaque année le plan d'actions et de poursuivre les initiatives engagées. Une réflexion sur les rythmes de travail et l'échauffement collectif avant la prise de poste sera engagée. Enfin, une enquête dédiée aux médecins pourrait être diligentée.

Co-construction d'un « Hôpital et Territoire Promoteur de Santé » par les parties prenantes

 **Dorothee HÉNIN, Nathalie ALBERT**
ARS Ile-de-France, CASH de Nanterre

Le Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre rassemble un hôpital, des structures médico-sociales, ainsi que des unités d'hébergement et d'assistance aux personnes sans abri. Après avoir été placé sous la tutelle de la préfecture de Paris, il est revenu dans le droit commun après avoir perdu, au passage, ses services de chirurgie. L'établissement connaît des difficultés financières. Il est engagé depuis très longtemps dans des missions de santé publique auprès des populations précaires.

D'ici cinq ans, il formera un groupe hospitalier avec le centre Roger Prévot de Moiselles, spécialisé dans la santé mentale, afin de rapprocher la population des soins. Cette opération nécessite de reconfigurer l'ensemble du site de Nanterre dans un secteur classé « politique de la ville ». 600 nouveaux professionnels de santé le rejoindront.

L'ARS Île-de-France a été sollicitée afin d'inscrire ce projet dans la démarche « Hôpital et Territoire, Promoteurs de Santé », qui s'adapte aux spécificités de chaque territoire. L'agence a accompagné le CASH de Nanterre pour qu'il devienne un acteur global de la santé, notamment en menant des actions de prévention et de promotion de la santé. Il convenait également de ne pas limiter les investissements publics consentis pour construire un nouveau bâtiment aux seules structures de santé.

La ville de Nanterre devait être partie prenante de ce projet en menant une politique volontariste dans ce domaine. Les données épidémiologiques sont parlantes. À Nanterre, le taux de pauvreté des ménages s'élève à 21 % contre 12,4 % dans les Hauts-de-Seine. La ville compte 16 % de bénéficiaires de la CMU contre 5 % pour le département. L'espérance de vie des femmes est inférieure de deux ans à la moyenne départementale et celle des hommes de quatre ans. Enfin, selon les estimations, près de vingt décès pourraient être évités chaque année grâce à des mesures de prévention et de promotion de la santé.

Pour changer l'image de l'hôpital et renforcer son attractivité vis-à-vis des usagers et des personnels hospitaliers, la démarche a été co-construite avec les acteurs du territoire. Cette réflexion a donné naissance à un projet territorial de santé. Avant toute mise en œuvre, le CASH de Nanterre a promu les comportements sains, car il se doit d'être exemplaire en la matière. Toutes les parties prenantes ont été acculturées à la prévention et à la promotion de la santé (usagers, personnels et communautés).

Le projet, qui a été lancé il y a un an, se révèle particulièrement ambitieux puisqu'il touche à l'ensemble des normes HPH en vigueur. Il est de nature tripartite puisqu'il est porté par l'établissement, par la commune et par l'Agence régionale de santé. La ville y a été associée afin de partager les responsabilités. Elle interagit avec l'hôpital pour améliorer la santé de la population en présence, des patients et des personnels. Les parties prenantes œuvrent, de concert, sur l'ensemble des déterminants de la santé. De plus, grâce à l'appel à projet « Inventons la métropole du Grand Paris », l'établissement a gagné la possibilité d'intervenir en dehors de ses murs. Une partie de la parcelle du CASH de Nanterre a été cédée à la ville pour réaliser un projet d'aménagement urbain.

Dans le cadre du premier axe, dédié à la conception d'un projet immobilier hospitalier et d'un projet urbain, les acteurs appliquent les principes d'un urbanisme favorable à la santé, qui cible les usagers, les personnels et les riverains. L'axe n°2, consacré à la « mise en œuvre d'une prise en charge globale de la santé par le développement de la promotion de la santé dans et hors les murs de l'hôpital » est celui qui a le moins progressé. Il s'adresse lui aussi aux cibles précitées et vise l'application des principes d'un hôpital promoteur de santé. L'équipe a pris pour référence les normes de l'OMS et le rapport du Haut Conseil de la santé publique.

Les années 2018-2019 seront dédiées au projet immobilier autour de la restructuration de l'hôpital, qui intègre les principes du développement durable. Le nouveau bâtiment devra par exemple réutiliser les matériaux de l'ancien établissement. Des ateliers collaboratifs ont impliqué les professionnels, les usagers et partenaires.

Les personnels ont été interrogés sur leur vision de l'évolution de leur métier dans le cadre de ce nouveau schéma architectural. Cette étude a permis d'identifier leurs besoins, qui se déclinent en cinq thèmes : accès et traitement de l'entrée de l'hôpital, accompagnement de la transformation, création de lieux favorisant la vie collective hospitalière en lien avec la ville, aménagement d'une trame de jardin hospitalier, organisation des circulations internes au site. Après cette phase de diagnostic, d'état des lieux et de recommandation de l'ARS, des actions seront menées.

Il a été envisagé de créer des lieux hybrides pouvant accueillir des espaces de réunion ou de restauration et favorisant les rencontres des collectifs de travail, qu'elles soient formelles ou informelles. Ces locaux accueilleraient un restaurant, une zone de prévention et de promotion de la santé. Ils prévoiraient un accès à des activités sportives pour les personnels. L'objectif poursuivi est également de bénéficier d'une plus grande fluidité entre les espaces collectifs, de les ouvrir à d'autres publics pour mêler les usages et les populations et d'intégrer ces lieux à la programmation immobilière. En complément, le projet a vocation à

générer des synergies, à améliorer la transversalité entre les pôles et à optimiser les superficies. Les professionnels du centre Roger Prévot étaient particulièrement attachés au maintien d'un brassage des publics puisqu'ils déjeunent dans un self qui accueille les soignants comme les patients.

Une maison dédiée au projet est prévue pour lui donner de la visibilité et présenter les différentes phases du chantier. Conviviale, elle serait animée par l'hôpital, par la ville et par l'aménageur privé. Elle serait ouverte au public pendant les premières phases des travaux et elle permettrait aux personnels de se rencontrer, de se projeter dans les nouveaux locaux, de tester et de préfigurer de nouveaux usages. Des visites virtuelles pourraient être organisées pour que tous les publics s'approprient la nouvelle physionomie des lieux.

Le projet urbanistique constitue l'occasion de créer une offre de santé répondant aux attentes des personnels. L'architecture doit aussi contribuer à leur bien-être. Cette opération pourrait également leur permettre de s'inscrire dans le territoire et d'impulser une nouvelle dynamique en matière de prévention et de promotion de la santé. À terme, leur implication et leur motivation seraient renforcées. Les conditions d'accueil et de travail seraient améliorées et plus propices au décloisonnement et à la transversalité. De nouvelles pratiques pourraient naître sur ce terrain.

Les intervenants ont conscience d'évoluer dans un environnement complexe de restructuration. Ils travaillent en collaboration avec la DRH, notamment sur le volet de la qualité de vie au travail. En complément, les organisations seront progressivement adaptées et les modes de fonctionnement des acteurs seront analysés. Il conviendra enfin de créer l'identité de ce nouveau site, de faire émerger une filière de prise en charge du patient, d'harmoniser les pratiques et les outils.

Il sera difficile d'attirer les professionnels sur le site, car ils résident loin de l'établissement. Une cellule d'appui a été mise en place pour étudier les souhaits de mobilité dans les hôpitaux de proximité et accompagner les projets professionnels. Il sera nécessaire de garantir la continuité de la prise en charge du patient avec moins de soignants.

TABLE RONDE

Regards croisés sur les enjeux contemporains de la prévention et de la promotion de la santé

Linda CAMBON

Chaire Prévention, Isped-Université de Bordeaux

Stéphanie VANDENTORREN

Cire Nouvelle Aquitaine

Matthieu SIBÉ

Observatoire national sur la QVT des professionnels de santé

Linda CAMBON indique qu'a été amorcé le virage de la prévention, qui vient impacter le système de soins, qui en était jusqu'ici éloigné, à l'exception d'initiatives locales portées par des personnes engagées dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, qui tentent de le développer.

Pour ce faire, il convient de réunir des conditions, dont la volonté politique des directeurs d'établissements hospitaliers, celle de leurs partenaires, et un partage de valeurs, de culture, et de connaissance. Chacun exerce son métier et détient des expertises, qui devront être croisées pour développer la prévention et la promotion de la santé, notamment grâce aux pratiques cliniques préventives. Cependant, il convient d'aller beaucoup plus loin, puisque la prévention et la promotion de la santé touche toute l'organisation de l'hôpital, dont la manière dont les professionnels de santé traitent leurs patients. C'est pourquoi il est prévu d'échanger aujourd'hui sur les enjeux du développement de la prévention et de la promotion de la santé.

Elle revient sur le virage et les réformes en cours, annoncées dans Ma Santé 2020-2022 et souhaite savoir comment Stéphanie VANDENTORREN et Matthieu SIBÉ, dans leurs champs d'intervention respectifs, appréhendent le développement de la prévention et de la promotion de la santé en France.

Stéphanie VANDENTORREN évoquera principalement son expérience dans sa région et voit dans la prévention et la promotion de la santé une nouvelle opportunité pour la Nouvelle Aquitaine, qui fonctionnait jusqu'ici avec les cellules régionales de l'institut de veille sanitaire. Elle se félicite de cette évolution, qui permettra notamment d'acculturer les équipes au plan opérationnel.

Elle prend l'exemple de la canicule, qui donne lieu à des plans spécifiquement élaborés pour les personnes âgées, et a observé une augmentation du nombre d'enfants reçus aux urgences en période de forte chaleur, invitant à prévoir des mesures spécifiques aux sujets plus jeunes. Or, le développement de la promotion de la santé a favorisé l'initiative de ces équipes, qui a consisté à solliciter l'agence régionale de santé et abouti à la mise en place de mesures de prévention dans les établissements scolaires, prévoyant l'arrêt des activités physiques en cas de forte chaleur. C'est ainsi que le nombre d'enfants reçus aux urgences a baissé lors de la canicule.

Elle fera en sorte de déterminer auprès de l'agence régionale de santé les actions éprouvées autour desquelles orienter celles qui seront mises en œuvre en cohérence avec le plan régional de santé. Il s'agit de faciliter la prise de décision pour les décideurs s'agissant des

mesures à prendre. En outre, elle indique qu'elle est amenée à proposer une aide à l'évaluation des actions, en cas de besoin.

En préambule, Matthieu SIBÉ rappelle que l'observatoire pour lequel il travaille a été créé en 2018 par la ministre de la Santé, à la suite de la mise en place de la stratégie nationale de qualité de vie au travail proposée par Marisol TOURAINE.

Il s'agit notamment de faire vivre la question des milieux de travail sains. Il précise que l'observatoire n'est pas paritaire et composé de douze experts dans tous les champs ayant trait au travail et aux conditions de travail, qu'il s'agisse de médecins, de soignants, ou d'universitaires. L'observatoire travaille principalement sur la santé des professionnels de santé qui évoluent dans le secteur hospitalier, mais aussi dans le domaine médico-social et dans la médecine de ville, où sont prodigués les soins primaires.

Il explique que le virage de la prévention constitue un enjeu important pour l'observatoire, qui s'attelle au développement d'une vision d'un établissement où il fait bon travailler et se faire soigner. Il considère que la santé des professionnels de santé constitue l'un des déterminants de la qualité du système de santé et des soins. Il convient de sensibiliser à l'importance de prendre soin des professionnels de santé.

À ce jour, il indique que l'observatoire relève les premiers défis de la qualité de vie au travail et fait en sorte de créer un espace de dialogue entre les professionnels, qui soit affranchi de toute idéologie sur le travail et qui permette, via l'échange d'expériences, de prouver que les organisations de travail ne sont pas forcément pathogènes et peuvent être salutaires. L'objectif consiste à développer un leadership positif sur l'enjeu de la prévention et de la promotion de la santé des professionnels.

Il fait remarquer que ce concept touche à des comportements individuels, mais qu'il convient également de formuler des recommandations visant à accompagner la transformation des établissements au niveau global.

Une intervenante s'enquiert du dialogue avec les représentants du personnel, qui jouent un rôle significatif dans la capacité des institutions à proposer des innovations.

Matthieu SIBÉ répond que l'observatoire a mis en place quatre groupes de travail, qui se penchent chacun sur une thématique, dont l'impact du numérique sur la qualité de vie au travail et la santé des professionnels, le lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins, la préservation des collectifs de travail, et les restructurations. Il précise que des représentants du personnel participent aux groupes de travail et font part de la réalité du quotidien et des difficultés rencontrées par les salariés.

Il entend passer à une démarche plus prospective, plutôt que gérer la souffrance au travail a posteriori ; il explique qu'il convient de passer des risques psychosociaux et des risques professionnels, à une vision davantage centrée sur la culture d'opportunité organisationnelle, en vue de mettre à jour l'ensemble des déterminants de la qualité de vie au travail pour les professionnels de santé. Ce changement de paradigme peut être favorisé par chacun des acteurs, dont les représentants du personnel, dans leur rôle.

Il considère qu'il convient de travailler auprès des équipes de Direction, pour qu'elles favorisent le dialogue en vue d'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels, traditionnellement abordée en France sous l'angle de la santé au travail, et pas forcément sous celui du bien-être au travail. Il s'agit donc d'envisager un changement de perspective.

Un intervenant souhaite savoir si des points d'amélioration au sein de l'organisation hospitalière visant à favoriser le bien-être au travail ont été identifiés aujourd'hui.

Matthieu SIBÉ répond que l'hôpital et plus généralement le secteur sanitaire découvre parfois des fondamentaux de la science de l'organisation et du management, pourtant connus depuis des années. Il prend l'exemple des hôpitaux magnétiques, développés en Amérique du Nord dans les années 1980 suite à une étude sur le manque de fidélisation des infirmiers et visant à identifier les éléments les faisant rester dans certains établissements. Ainsi ont été listés un ensemble de déterminants organisationnels et managériaux, qui ont permis de diminuer le nombre d'accidents du travail, l'absentéisme, et d'augmenter la stabilité des équipes et ainsi de mieux soigner les patients.

Il précise que les chercheurs américains ont identifié des conditions de nature organisationnelle, grandement liées à l'autonomie, à la relation de confiance qui doit exister entre le management et les soignants, qui doivent pouvoir agir plus librement et moins subir le poids de la hiérarchie. Il ajoute qu'il convient également de développer une culture de relation collaborative entre médecins et gestionnaires.

Il indique que chacun, respecté pour son expertise, travaillera plus efficacement avec ses collègues. Il cite aussi l'importance du développement de la formation et de pratiques professionnelles exemplaires. Il revient sur le contexte français, spécifique, notamment en raison du statut de la fonction publique hospitalière et celui du médecin libéral, et qui mériterait de plus amples recherches.

Une intervenante indique que la santé est souvent perçue comme une affaire privée et souhaite savoir comment les représentants des organisations réagissent à l'intérêt porté à la santé des salariés.

Matthieu SIBÉ répond que les représentants du personnel s'assurent qu'aucune donnée individuelle n'est divulguée et met en avant la nécessité d'opter pour une approche plus collective, notamment à travers les services de santé au travail, qui doivent proposer des prestations en matière de prévention de la santé collective des professionnels.

Ainsi, des actions pourront-elles être mises en œuvre, en cas de restructuration, ou pour accompagner les cadres dans une période de changement. Il s'agit de faire comprendre aux professionnels que des actions de prévention bénéficieront à leur santé. Il travaille aujourd'hui à partir d'indicateurs plutôt globaux.

Stéphanie VANDENTORREN indique que la cellule régionale de Nouvelle Aquitaine traite de plus en plus des signaux sanitaires, souvent multifactoriels, provenant des collectifs de travail, et se concentre alors plus particulièrement sur l'environnement de travail et le volet psychosocial.

Elle a constaté une perte du lien social et de la solidarité dans les milieux de travail et considère que des mesures de prévention pourraient permettre d'éviter des situations problématiques, et de retisser le lien social, ce qui s'avère chronophage et ce qui n'entre pas dans les tâches normalement dévolues à la cellule régionale.

Une intervenante évoque un outil pédagogique, qui prend la forme d'un jeu de cartes illustrées figurant les grandes composantes de la qualité de vie au travail, telles que la solidarité, les liens au sein des équipes, d'un autre jeu compilant les difficultés rencontrées, et enfin d'une série de cartes présentant les différentes actions d'amélioration pouvant être mises en œuvre.

Linda CAMBON invite Stéphanie VANDENTORREN et Matthieu SIBÉ à évoquer les chantiers stratégiques à mettre en œuvre et les priorités à retenir pour développer la prévention et la promotion de la santé en France et en faire un volet important de l'offre de soins.

Stéphanie VANDENTORREN recommande de prendre la prévention plus au sérieux et considère que l'enjeu ne doit pas se résumer à mettre en œuvre des actions, dont certaines se sont avérées nocives, mais qu'il doit consister à mobiliser des moyens pour apprécier l'efficacité des mesures.

En outre, elle évoque un enjeu organisationnel et partenarial, et la nécessité d'élaborer une cartographie des acteurs, leur rôle, et leurs complémentarités, sur l'ensemble d'un territoire donné, afin de centraliser les informations.

De plus, après que l'efficacité d'une action a été éprouvée, il convient de réfléchir à la manière de la dupliquer dans d'autres zones, y compris les plus reculées, dans d'autres établissements, et d'en assurer un suivi, grâce à des outils de mesure simples.

Matthieu SIBÉ juge primordial de faire des ressources humaines un élément stratégique, au niveau d'un établissement, du ministère, d'une agence régionale de santé, ou dans les nouvelles communautés professionnelles de territoire à naître, où des équipes traiteront les besoins de santé au niveau local.

Alors que l'expertise technique, ou la qualité des équipements sont souvent mises en avant, il convient selon lui de sensibiliser les différents acteurs à l'importance de l'impact des décisions en matière de RH sur les soins prodigués. Il prône une refonte de la politique RH, qui implique probablement pour les dirigeants de demain de porter un nouveau regard sur l'organisation des activités et sur la place des ressources humaines.

Pour ce faire, il recommande d'accompagner les transformations organisationnelles et managériales, obligatoires, en dispensant des formations et en faisant la promotion d'un management plus bienveillant, en allant au-delà des seules considérations économiques. Il prend l'exemple de formations de management obligatoires dispensées aux chefs de pôle dans les CHU et dont le contenu a trait au contexte global de l'hôpital, à la tarification de l'activité, ou encore au modèle économique, sans que les questions de management d'un service soient abordées. Or, il rappelle que les soins sont prodigués par des hommes et des femmes.

Il estime que mettre en avant l'importance des ressources humaines permettra aux managers convaincus de l'impact positif d'une gestion positive des personnels sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins d'oser et d'innover, et d'avoir le courage d'expérimenter de nouveaux modes de travail. De plus, il importe de prendre en compte la complexité d'une organisation humaine de travail et de faire preuve d'une plus grande humanité dans la gestion des hommes et des femmes au travail.

Par ailleurs, il évoque le chantier des données probantes, de la recherche, et de l'évaluation, et l'importance de renforcer la recherche sur les services de santé en France, et donc de mobiliser les moyens d'évaluation des interventions, grâce à des chercheurs qui puissent se rendre sur le terrain. Il cite les programmes de recherche et d'évaluation de l'efficacité et de la performance des soins dans les hôpitaux, mais également le secteur médico-social, et la Direction générale de la cohésion sociale, qui doit aussi mettre en œuvre un programme de recherche équivalent.

Il considère que les recherches devraient être orientées vers l'ensemble des déterminants de la qualité de vie au travail et vers la compréhension des modes d'interaction, dans les organisations, les services, etc. Il mentionne également les déterminants individuels, tels que l'installation d'équipements comme des salles de sport dans des établissements hospitaliers, notamment.

Revenant sur les inégalités sociales de santé, une intervenante rappelle que la stratégie ne peut se bâtir sans données, et a le sentiment que celles qui manquent le plus souvent sont celles relatives aux personnes les plus vulnérables.

En outre, en sa qualité de chef de pôle, elle tente de gérer humainement des ressources et reconnaît manquer à la fois de formation, pourtant essentielle, et d'outils pour accompagner au mieux les hommes et les femmes de l'organisation qu'elle dirige. Elle indique qu'un chef de pôle doit disposer des moyens lui permettant d'échanger chaque jour avec les personnels et insiste sur l'importance de faire évoluer le management pour le rendre plus bienveillant.

Stéphanie VANDENTORREN confirme que les données relatives aux publics vulnérables constituent une véritable problématique, parce qu'elles sont effectivement peu nombreuses, en particulier celles relatives aux personnes qui ne recourent pas aux soins. Elle indique que seules des études permettent de recueillir des informations sur les plus fragiles, dont les sans-abris.

Elle ajoute que Santé publique France travaille actuellement, notamment avec la CNIL, à la mise en place d'outils permettant de recueillir des informations sur les personnes les plus vulnérables, données qui peuvent également être obtenues grâce aux permanences d'accès aux soins de santé, en particulier les permanences mobiles.

Matthieu SIBÉ confirme la nécessité de développer aujourd'hui le leadership et de créer des espaces de partage de pratiques professionnelles entre managers, notamment dans les établissements hospitaliers. Il reconnaît que le temps consacré par les chefs de service à animer les équipes doit être pris en compte et qu'il ne doit pas être négligé.

Il indique que la qualité de vie au travail et le management bienveillant renvoient à la notion de *discussion* et à l'éthique de la discussion, et juge indispensable de remettre au centre du débat le contenu du travail. Il constate que les symptômes de souffrance au travail subsistent et qu'il convient aujourd'hui de trouver un consensus sur les objectifs visés, les méthodes de travail, et les modes de fonctionnement.

Par ailleurs, il indique qu'un leader doit pouvoir se former régulièrement, partager avec ses collègues, mais qu'il a également besoin de proximité avec les équipes, ce qui implique pour un manager de s'imposer une réelle discipline.

Un intervenant évoque le recueil des données et considère que les urgences constituent un véritable laboratoire de santé publique, a fortiori depuis l'augmentation exponentielle du nombre des passages observée au cours des dernières années, et où une partie de la précarité s'avère particulièrement visible.

Il estime que nombre de données pourraient être captées grâce au renforcement du partenariat entre la santé publique et les secteurs d'urgence. Il recommande d'examiner plus en détail les profils des personnes reçues aux urgences et les parcours de soins, et de redonner de la cohérence à ces derniers.

Stéphanie VANDENTORREN partage ces propos et confirme que les précaires se rendent davantage aux urgences, mais souligne les difficultés rencontrées pour détecter qui des patients reçus sont réellement dans la précarité.

Un intervenant répond que la permanence d'accès aux soins de santé pédiatrique est intégrée au parcours de soins aux urgences pédiatriques et ne constitue pas un guichet à part ; ainsi, est-il possible d'identifier le public précaire reçu aux urgences.

Stéphanie VANDENTORREN suggère alors à l'intervenant de travailler sur un pilote.

Linda CAMBON relève plusieurs enjeux importants en matière de prévention et de promotion de la santé :

- l'intégration de l'expertise de chacun, sa reconnaissance et son respect par les différents acteurs du domaine ;
- le partage des bonnes pratiques et des données probantes ;
- l'importance des ressources ;
- le management stratégique au service d'un projet ;
- la visibilité et l'accès aux données ;
- et les organisations professionnelles salutogènes.

Elle rappelle que les différents acteurs accompagneront d'autant mieux les personnes dont ils sont responsables dans les organisations qu'ils seront eux-mêmes dans une logique positive. Pour ce faire, il convient de passer d'un risque de pathologie à une logique de bien-être, d'une logique de prévention des risques à une logique de promotion de la santé, mais également de donner de l'autonomie aux professionnels, et de promouvoir la collaboration et les alliances, au bénéfice du collectif.

En conclusion, elle indique que la réforme managériale consiste à faire auprès des professionnels de santé ce qu'il est demandé à ces derniers de faire auprès des patients.

Restitution des ateliers

- **Atelier 1 « Politique de gestion »**
- **Virginie MIGEOT**
CHU de Poitiers

En préambule, Virginie MIGEOT indique que l'atelier a rapidement renvoyé aux éléments de structuration et de management de projets ou de dispositifs de promotion de la santé.

Elle précise que trois intervenants ont présenté des projets ou structures hospitaliers, dont un projet au CHU de Nantes, un deuxième au CH du Mans, et un troisième projet au CHU de Poitiers. Elle évoque trois démarches aux états d'avancement différents et propose de présenter les caractéristiques communes aux trois projets, qui pourraient se résumer en six termes.

Le premier correspond au *leadership*, au niveau institutionnel, à l'intérieur de l'établissement hospitalier, mais aussi au niveau des tutelles, telle que l'agence régionale de santé, et au leadership opérationnel. Celui-ci doit être incarné par une Direction convaincue de la nécessité d'aller à la rencontre des autres acteurs et d'opter pour une démarche permettant d'aller rapidement, ou progressivement vers la promotion de la santé.

L'évaluation, deuxième terme fort, semble primordiale ; il s'agit de l'évaluation des besoins, des moyens, des processus, mais également des impacts.

La confiance partagée, ou *contractualisation*, à l'intérieur des établissements, mais aussi en dehors, renvoie à la recherche de l'intérêt de chacun à agir ; les personnes rencontrées s'interrogent rapidement sur les gains et devoirs accompagnant la nouvelle politique de gestion.

Le *temps* constitue également une donnée importante, puisque le changement de paradigme ne peut s'imposer rapidement ; il convient de prendre conscience du temps nécessaire pour modifier les processus et ainsi pérenniser les dispositifs mis en place.

Elle cite le *sens* comme un autre terme qui pourrait caractériser les trois projets. Elle revient sur la difficulté rencontrée par certains acteurs pour faire comprendre à leur hiérarchie la différence entre les notions de prévention et de promotion de la santé. Elle ajoute qu'il convient également d'échanger sur les nuances entre l'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé, et explique que partager sur le sens de la démarche permettrait de lever ces ambiguïtés.

Enfin, Virginie MIGEOT met en exergue le mot *Ambition*. Elle constate qu'il n'existe pas encore aujourd'hui de véritable modèle économique permettant de structurer de façon pérenne des dispositifs de prévention et de promotion de la santé ; elle estime qu'il faut éviter l'autocensure et arrêter de considérer que ce sujet serait moins important que d'autres.

● **Atelier 2 « Continuité et coopération »**
● **Léo DONZEL GODINOT**
CHU de Bordeaux

Léo DONZEL GODINOT explique que *Continuité* et *Coopération* incarnent une véritable volonté organisationnelle et ajoute qu'il s'agit d'encourager la collaboration entre les différents acteurs, les institutions de santé, et la mise en place de partenariats avec les acteurs de santé et du territoire, de manière continue. Il convient effectivement d'intégrer en permanence les activités de promotion de la santé dans les parcours de soins des patients, et ainsi favoriser l'émergence de parcours de santé.

Il évoque les trois expérimentations présentées lors de l'atelier :

- le projet de parcours coordonné, qui vise à renforcer les compétences du médecin généraliste et le rôle du patient dans le cadre du sevrage tabagique ;
- le projet de prise en charge préventive par l'activité physique vise à accompagner les malades chroniques vers une pratique de l'activité physique autonome, d'abord dans un cadre hospitalier ;
- et le projet de dépistage et de sensibilisation aux risques d'AVC, qui doit permettre de détecter les arythmies en officine.

Ces expérimentations sont différentes, mais présentent des points communs, notamment en ce qu'elles s'inscrivent dans un contexte qui incite les professionnels à assumer de nouvelles missions de santé. Ces expérimentations répondent à des manques et suscitent une demande de formation et d'accompagnement des professionnels impliqués dans ces innovations, et se structurent autour de la coopération entre les acteurs du soin et de la santé d'un territoire donné, mais également autour de l'aspect pluridisciplinaire.

En revanche, ces projets montrent que la promotion de la santé et la coopération ne font pas encore partie des pratiques de base des acteurs du soin. Ils s'inscrivent dans une logique de continuité, d'abord à travers l'attention portée à l'accessibilité de l'offre, géographique et financière, et doivent se développer sur d'autres territoires. En réponse à l'arrêt des aides financières à l'issue de l'expérimentation, les projets évoluent et font en sorte d'être viables sur le long terme.

En conclusion, Léo DONZEL GODINOT met en avant l'importance du patient et l'intention de l'intégrer dans son parcours de santé, et de le rendre actif et contributif au projet.

● Atelier 3 « Evaluation des actions de prévention »

● Delphine COURALET

Ireps Nouvelle-Aquitaine

Delphine COURALET explique que cette évaluation doit permettre de mettre en œuvre des actions sur la base de données probantes.

Elle évoque trois types d'action extrêmement différents et complémentaires.

La première, une action macroscopique, correspond à l'intervention de Nolwenn STEVENS, du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention du CHU de Bordeaux, qui a insisté sur la question de l'innovation dans une perspective de généralisation, afin de dépasser le stade de l'expérimentation. L'innovation permet de s'adapter, de répondre aux nouveaux besoins, d'accompagner les évolutions et les transformations en cours. Les innovations n'intègrent pas aujourd'hui les données probantes et ne peuvent donc être évaluées ; en outre, les interventions sont conçues comme des unités figées, difficilement transférables. C'est pourquoi les innovations de demain doivent anticiper la généralisation des expérimentations.

Nolwenn STEVENS a ancré la question de la généralisation des interventions dans la dynamique soutenue par les pouvoirs publics, à travers l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale. Deux guides, rédigés, mais non encore diffusables, permettront d'accompagner les acteurs dans cette perspective de généralisation des interventions.

Par ailleurs, Isabelle BOISSARD, qui travaille dans un service de réadaptation à Chalon-sur-Saône, a présenté une initiative mise en œuvre dans le cadre de deux programmes d'éducation thérapeutique du patient, à destination de patients malades du cœur et du poumon, et qui s'étend au personnel du service concerné. Ces deux programmes se sont progressivement déployés sur le territoire et donnent lieu à un accompagnement et à un suivi des patients et des personnels souhaitant continuer de bénéficier d'un tel accompagnement sur le chemin du sevrage tabagique.

Il s'agit de sensibiliser l'ensemble de l'environnement des personnes en présence ; il convient également de souligner la difficulté rencontrée pour situer l'évaluation de l'impact des consultations visant à permettre d'arrêter de fumer, en raison de la perte de suivi des personnes concernées. C'est pourquoi il importe de réfléchir à la mise en place d'un protocole de suivi.

La troisième intervention met en avant l'importance de pouvoir disposer d'une banque de données d'actions probantes ; Pierre ARWIDSON, travaillant à la Direction Prévention Promotion de la santé de santé publique France, a évoqué le nouveau portail répertoriant les interventions prometteuses dans le domaine. Il existe deux portes d'entrée, dont les données et les actions de terrain validées, tandis qu'une nouvelle porte d'entrée intégrera les expériences capitalisées. L'ensemble de ces actions doivent être analysées suivant une grille de lecture par un comité d'expert. Le portail ne proposera que les actions validées par ces derniers comme étant probantes et prometteuses.

● **Atelier 4 « Promotion de milieux de travail sains »**

● **Nicolas BONNET**
RESPADD

Nicolas BONNET indique que l'objectif consiste à soutenir le développement d'un milieu de travail sain et les activités de promotion de la santé du personnel.

Il évoque à présent les quatre interventions, dont celle relative à la stratégie « lieu de santé sans tabac », cruciale dans l'optique de prendre soin des professionnels, la promotion des milieux de travail sains, celle visant à structurer une politique de ressources humaines vis-à-vis des professionnels seniors au CHU de Dijon, et la co-conception d'un Hôpital et Territoire Promoteurs de Santé par les parties prenantes.

Il souligne les points communs de ces quatre interventions, dont des besoins et demandes multiples des salariés, qui souhaitent évoluer dans un milieu de travail favorable, mais également des demandes des Directions, qui mettent en avant l'importance du leadership, ou encore la place des tutelles, dont l'agence régionale de santé. Il cite également des demandes d'ordre démographique et la mise en place d'une nouvelle politique d'accompagnement RH des seniors au CHU de Dijon.

Il mentionne aussi les contraintes ou demandes réglementaires, dont la certification de l'OEIC, organe européen des centres de lutte contre le cancer, ou encore la certification 2020. Il met également en avant l'enjeu de crédibilité et d'exemplarité de l'hôpital, qui, en tant que personne morale, doit s'engager fortement auprès de ses personnels, et établit un lien avec l'enjeu de la qualité des soins.

Il ajoute que les quatre interventions ont suivi une méthodologie commune, impliquant notamment une écriture collective et partenariale, le caractère participatif et collaboratif de la démarche, et la pédagogie nécessaire pour expliquer la stratégie à l'ensemble des professionnels.

Nicolas BONNET attire l'attention de chacun sur l'importance de pouvoir utiliser des indicateurs fiables, qui permettent notamment un travail de reporting, à partir duquel les ajustements à réaliser et les besoins qui n'auraient pas été comblés pourront être identifiés.

En outre, il aborde l'autoévaluation et la possibilité d'être évalué par ses pairs, élément important qui vient renforcer et fédérer les actions mises en œuvre, au service de l'élévation du niveau de qualité. Il ajoute que les résultats doivent être partagés, communiqués, et ainsi valorisés. Il cite également l'importance d'impliquer tous les acteurs, de travailler dans la confiance, et de promouvoir le management par l'intelligence collective.

Enfin, il reprend une citation prononcée en ouverture des travaux, à savoir « bien-être au travail, indissociable du bien-être ».

CONCLUSION

Geneviève CHÈNE

Directrice de l'Ispe-Université de Bordeaux

Geneviève CHÈNE remercie l'ensemble des intervenants pour leur présence et se félicite que l'événement se soit tenu à Bordeaux, où travaillent nombre d'acteurs importants dans le domaine de la santé publique.

Elle souligne l'originalité du pôle bordelais, qui tient dans la capacité de ce dernier à développer les trois piliers de la santé publique que sont la formation, la recherche, et les pratiques ou l'expertise. Elle cite notamment le master « 11 parcours » de l'institut de santé publique, d'épidémiologie, et de développement, qui couvre l'ensemble des spécialités majeures de la santé publique, une chaire Prévention financée par Santé publique France, un centre de recherche composé de 14 équipes de recherche, et le pôle de santé publique au CHU dédié aux métiers de l'information en santé.

Elle espère que d'ici à la fin des années 2020, cinq ou six pôles académiques semblables à celui de Bordeaux se seront constitués en France, où la formation, la recherche et les pratiques s'articuleront fortement entre elles, mais également de manière synergique avec les décideurs territoriaux, les acteurs et les réseaux de santé publique.

Par ailleurs, elle explique que le mouvement en marche, majeur, doit pouvoir s'appuyer sur la formation, qui constitue un enjeu crucial, et insiste sur l'importance de former les étudiants, mais aussi les professionnels d'aujourd'hui. Elle indique que l'ensemble des professionnels de santé doivent être en mesure de compléter le programme de soins individuel par des actions de prévention. Il s'agit d'amener les étudiants à comprendre la pertinence d'un travail collectif interprofessionnel.

En outre, elle indique que les professionnels de santé publique doivent retenir une approche globale de la santé publique, qui implique d'identifier les problèmes de santé dans une population, et ses déterminants, de reconnaître les actions à entreprendre ou les services à offrir pour résoudre les problèmes, et d'évaluer les actions mises en œuvre.

De plus, elle souligne l'importance de besoin de renforcer les compétences dans deux champs particuliers, dont celui du leadership en santé et en santé publique, et celui de la communication et de la médiation envers l'ensemble des parties prenantes.

Elle souhaite que la réflexion se poursuive au cours de prochains colloques et qu'elle s'inscrive dans une démarche européenne, mais également mobiliser les réseaux francophones et internationaux, tout en conservant un ancrage territorial hexagonal fort.

Enfin, elle remercie chaleureusement les organisateurs du colloque et tous ceux qui ont contribué à sa réussite.

ANNEXES

Lieu de santé sans tabac   

Réseau français Lieu de santé promoteur de santé

Nicolas BONNET
Pharmacien de santé publique
Directeur
Réseau des établissements de santé sur la prévention des addictions - RESPADD

Une dimension internationale
 Un bref rappel...30 ans

HEALTH PROMOTING HOSPITALS

Lieu de santé sans tabac  

La création du Réseau international HPH

- 1986 : Charte d'Ottawa, réseau « ville-santé » OMS
- 1988 : **Initiation du projet par l'OMS**
- 1997 : Naissance du réseau européen
- 2004 : Création du réseau international HPH
- 2008 : **Publication constitution HPH**
 - Le réseau change de nom « International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH)
- 2011 : **Création de la revue Journal of Clinical Health Promotion**
 - soutenir les travaux de recherche
 - offrir une plateforme d'échange entre professionnels de la promotion de la santé
 - valorisation des pratiques fondées sur les données probantes
- 2018 : **690 membres, affiliés à 25 réseaux nationaux et régionaux / Création LSPS**

Un engagement historique, une conviction, des valeurs
 Le Réseau hôpital sans tabac, plus de 700 établissements adhérents

Multiplier les initiatives pour devenir Lieu de santé promoteur de santé ...près de 25 ans

CHARTRE Hôpital sans tabac

1. Mettre les patients, travailleurs, bénévoles, visiteurs, familles, étudiants, fournisseurs, fournisseurs de soins, etc. au cœur de la démarche.
2. Mettre en place un comité de promotion de l'hôpital sans tabac.
3. Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé.
4. Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé.
5. Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé.
6. Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé.
7. Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé.
8. Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé.
9. Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé.
10. Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé.

2018...

En 2018...

Le RESPADD
 ...Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions,
 ...Reprend la coordination du réseau des Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé HSPS
 ...Crée le Réseau français Lieu de santé promoteur de santé

convention avec Santé publique France

Les objectifs de la convention

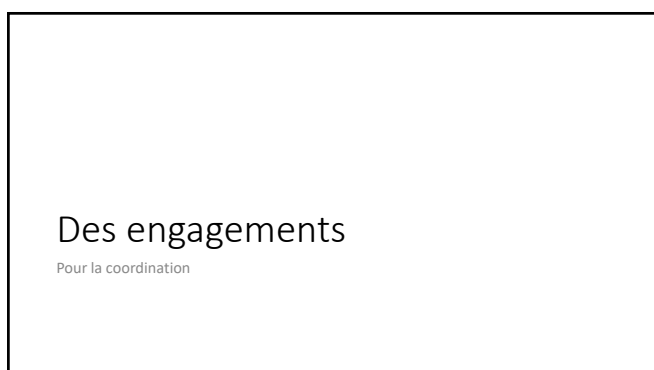
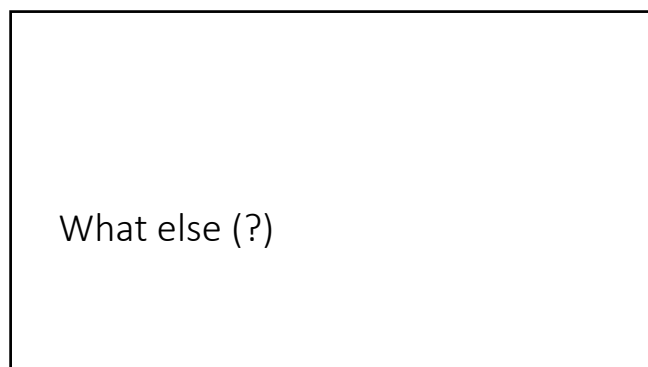
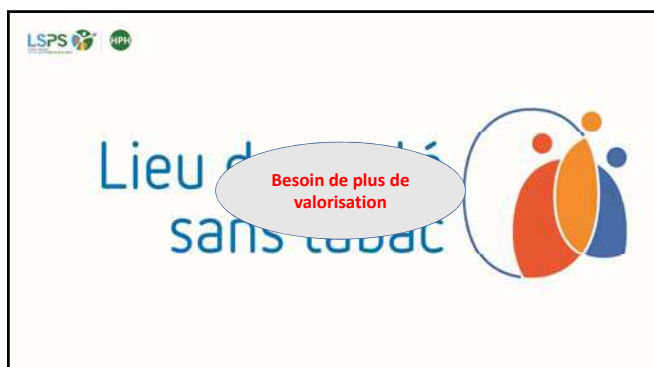
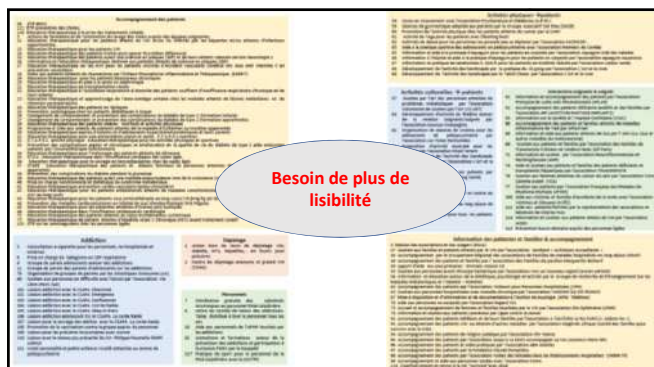
« Promotion de la santé en milieu de soins »

Objectif général: Coordination du Réseau français LSPS|HPH visant son développement et sa valorisation au regard des standards Health Promoting Hospitals de l'OMS.

4 objectifs opérationnels:
 OB1 – Promouvoir le concept de promotion de la santé en milieu de soins
 OB2 – Donner un cadre au développement de la promotion de la santé dans les lieux de santé
 OB3 – Coordonner, former et soutenir les membres du réseau dans le développement de la PS
 OB4 – Faciliter la coopération et le partage d'expérience entre les membres du réseau

De la promotion de la santé?!
 Evidemment!!

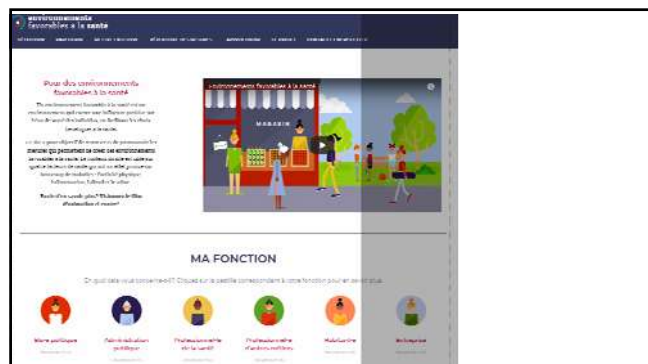
Qui fait quoi?



1. Renforcement de la politique **Lieu de santé sans tabac**, condition essentielle et nécessaire à l'acquisition du label HPH/LSPS
2. Définition d'**axes de promotion de la santé** transversaux :
 - les addictions;
 - la périnatalité - partenariat réseau IHAB (Initiative hôpital ami des bébés);
 - le handicap;
 - la santé mentale;
 - la perte d'autonomie et le vieillissement (promotion de la santé des seniors, environnement thérapeutique, aide au maintien de la mobilité);
 - l'activité physique;
 - l'alimentation
 - ...

...Agir sur les déterminants de santé

- Individuel
 - **renforcement des compétences et connaissances en santé** du patient, de son entourage et de l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé;
- Communautaire
 - constitution de **réseaux d'entraide**, communautés de patients, patient-expert, **médiateur en santé** et pair-aidance (maladie chronique)
 - collaboration entre les professionnels de santé, les niveaux de recours et la **coordination santé-ville**, IDE de pratiques avancées, Azalée, MS médicales, MdS, IDE scolaires, etc.
- Environnemental
 - transformation des structures de santé en **environnements favorables à la santé**
 - Collaboration suisse <https://www.environnements-sante.ch/>
 - meilleure organisation du parcours de soin
 - **Environnement professionnel promoteur de santé**



Des engagements

Pour les adhérents

Les engagements des adhérents (1)

- Promouvoir **une vision globale de la santé** centrée sur les besoins de santé des **populations**, des **patients** et des **personnels de l'établissement**
- S'engager à **respecter la Constitution du Réseau international HPH** et **mettre en place des actions, des stratégies et politiques de promotion de la santé**
- Développer **une politique visible** de promotion de la santé et **soutenir l'implémentation de la démarche « Lieu de santé sans tabac »** comme une action prioritaire de promotion de la santé
- **Développer et évaluer un plan d'action** de la Promotion de la santé pour introduire la promotion de la santé dans la culture et la vie de son Lieu de santé

Les engagements des adhérents (2)

- Identifier un **coordinateur local** (etp)
- **Communiquer** :
 - **Partager** des informations et des expériences à l'échelle nationale et internationale
 - échange de bonnes pratiques, élaboration d'indicateurs
 - **Valoriser** les actions
 - Contributions scientifiques en partenariat avec le coordinateur national (articles scientifiques, congrès scientifiques...)
 - **Contribuer à <http://www.hphnet.org/>**


Des engagements

Evaluation

Besoins pour évaluer

- Disposer d'une **banque de données** actualisée des actions de promotion de la santé évaluées comme efficaces
- Disposer d'**outils et de dispositifs** permettant l'accompagnement au transfert
- Prévoir un **budget « évaluation » dans chaque projet** de promotion de la santé
- **Anticiper et planifier** la mise en place de l'évaluation avec le recueil des données pré et post évaluation
- Organiser le recueil de données en routine
- Efficience : liens avec PMSI
- DSP forte

Expériences, pratiques et besoins des professionnels en promotion de la santé pour l'évaluation de leurs actions et leurs programmes.
K. Legrand et al. (Revue Lieu de santé promoteur de santé, oct. 2018)



- 5 normes :
 - Politique de gestion
 - Evaluation des patients
 - Information et intervention auprès des patients
 - Promotion de milieux de travail sains
 - Continuité et coopération

Des engagements

Concrètement

Le Réseau français LSPS en action(s)

- Traduction et mise à disposition des ressources de l'OMS
 - Soutien à l'implantation des standards HPH
- Participation à la Conférence internationale HPH / Groupes de travail
 - Une publication - La Revue LSPS
 - Prix Lieu de santé promoteur de santé

Une chargée de projets dédiée



- Traduction et mise à disposition des ressources de l'OMS
- Soutien à l'implémentation des standards en milieu de soins

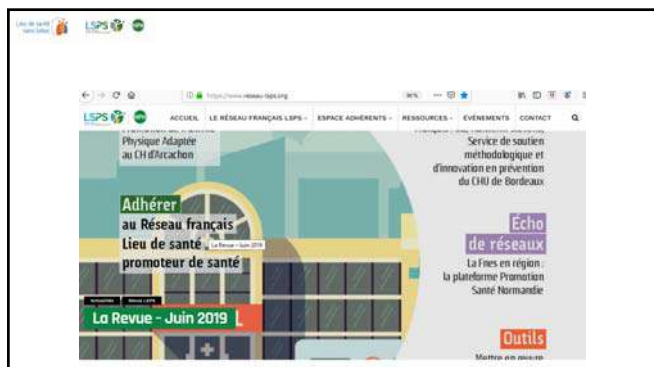


Site internet

- Documents téléchargeables
- Ressources en ligne
- Cartographie des actions existantes
- Événements

www.reseau-lsps.org

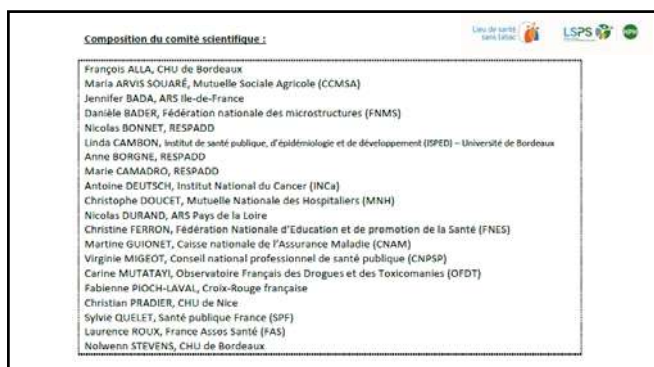




- Traduction et mise à disposition des ressources de l'OMS
- Soutien à l'implémentation des standards en milieu de soins

En pratique:

Mise en place d'un Comité scientifique LSPS | HPH
Appui méthodologique
Organisation de séminaires en lien avec le Réseau international HPH.



- Conférence internationale HPH / Groupes de travail HPH
- Colloque annuel Lieu de santé promoteur de santé

En pratique:

- Valoriser les initiatives et expertises de promotion de la santé
- Faire le point sur les dernières avancées de la recherche en France et à l'international.



- Conférence internationale HPH / Groupes de travail HPH
- Colloque annuel Lieu de santé promoteur de santé

En pratique c'est:

- Participer à des projets de recherche internationaux
- Contribuer aux groupes de travail HPH
 - Intervenir sur des questions spécifiques de promotion de la santé.



- La Revue LSPS (semestrielle)
- Prix Lieu de santé promoteur de santé



En pratique:

- La Revue LSPS
 - informer de l'actualité en promotion de la santé
 - Valoriser les bonnes pratiques et fournir des outils aux établissements.

Appel à communication

Les établissements sont invités à faire remonter leurs actions et proposer des articles pour la Revue LSPS



Adhérer!!

Pourquoi?

Adhérer au réseau LSPS c'est...

- **s'engager à promouvoir une vision de la santé globale** dans son établissement en répondant aux **besoins de santé de ses populations, patients et professionnels**
- **Faire partie d'un réseau international reconnu**
 - Contribuer au **partage d'expérience** avec d'autres professionnels exerçant en milieu de soins
 - Participer à des **projets de recherche** internationaux / groupes de travail HPH
 - **Être valorisé** en tant que membre actif par la coordination nationale LSPS | HPH
- **Être accompagné** par les équipes du Réseau français LSPS | HPH et du Réseau international HPH
 - **Bénéficier d'outils et de ressources méthodologiques**

Pour adhérer au Réseau français LSPS | HPH

- Renseigner la Lettre d'intention du Réseau international HPH et l'adresser à la coordination nationale LSPS | HPH à l'adresse contact@reseau-lsps.org
- S'acquitter d'une cotisation annuelle de 300€ directement versée auprès du Secrétariat international HPH



Les premiers adhérents

Le Réseau français LSPS | HPH



Six établissements adhérents :

- CHU de Nantes
- CHU de Bordeaux
- CH Le Mans
- CH d'Arcachon
- CH de Libourne
- Hôpital Suburbain du Bouscat



Le Réseau français LSPS | HPH



Établissements en cours d'adhésion:
(lettre d'intention envoyée)

- CASH de Nanterre
- CH de la Rochelle
- CH de la Côte Basque
- CH de Laval
- CH de Rouffach
- CH Yves Le Foll



La promotion de la santé dans les lieux de santé

Une nécessité

La promotion de la santé dans un lieu de santé

Forte prévalence de patients dont les modes de vie préjudiciables à la santé et présentant des pathologies non transmissibles et chroniques (diabète, obésité...)

- ...permet le **rétablissement** de la personne
- ...réduit les risques professionnels et améliore les conditions de travail
- ...favorise l'inter-sectorialité et l'échange de bonnes pratiques entre les services
 - Reconnaissance...
- ...optimise la gestion des dépenses énergétiques pour un lieu de santé plus durable

Un enjeu : PRESERVER L'HÔPITAL

Comme ressource en santé
Comme un lieu d'échange et d'élaboration
Comme un lieu d'exemplarité
Comme un lieu d'excellence

Perspectives

Demain...

Le patient/visiteur/professionnel pris en charge dans un Lieu de santé promoteur de santé :

- **Exerce** un contrôle sur sa maladie, ses facteurs de risque et son parcours de soin
- **Est impliqué** dans des associations de patients, groupes d'entraide
- **Manifeste** une exigence de qualité des soins
- **Exige** de son Lieu de santé des actions de promotion de sa santé comme parties intégrantes de son parcours de soin



LSPS
RÉSEAU FRANÇAIS
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

HPH

nicolas.bonnet@respadd.org
www.respadd.org

Remerciements à Santé publique France
Anne-Cécile Cornibert et Marie Camadro (RESPADD)

Je vous remercie pour votre attention

Adhérer



LSPS
RÉSEAU FRANÇAIS
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

HPH

Lieu de santé sans tabac  

Lieu de santé sans tabac 



LSPS
RÉSEAU FRANÇAIS
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

HPH

Je vous remercie pour votre attention

Coordination nationale LSPS | HPH
contact@reseau-lsps.org
www.reseau-lsps.org

ANNEXES

Lieu de santé sans tabac  

Lieu de santé sans tabac 



Le guide Hôpital et lieu de santé sans tabac

Agir Addictions #5



La charte "Hôpital et lieu de santé sans tabac"

Les résultats de l'audit

Le livret d'aide à la pratique pour les professionnels

LSPS  

Réseau français LSPS|HPH
RÉALISATIONS 2018

Lieu de santé sans tabac  

Ressources RH	
Recrutement d'un chargé de projet – CDI Temps plein	Octobre 2018
Publications	
Outils pour l'implémentation des standards de l'OMS	
Manuel d'autoévaluation et Formulaires, OMS 2006	Traduction en français
Stratégie globale HPH	Traduction en français
Constitution & Mémoire d'Accord HPH	Traduction en français
Autres publications	
Lettre d'intention	Traduction en français et mise en page
Revue LSPS	N°1 – Novembre 2018
Outils de communication	
Création Logo et charte graphique	Octobre 2018
Dépliant d'information LSPS	Décembre 2018
Site internet	Mars 2019
Conférences et rencontres thématiques	
Conférences internationales HPH	
Health promotion strategies to achieve reorientation of health services - evidence-based policies and practices – Bologne, Italie [6-8 Juin 2018]	Participation du RESPADD
Événements du Réseau français LSPS	
Colloque Lieu de santé promoteur de santé – 1 ^{er} éd.	En préparation – septembre 2019
Gouvernance	
Comité scientifique LSPS HPH	1 mars 2019

- Traduction et mise à disposition des ressources de l'OMS
- Soutien à l'implémentation des standards en milieu de soins

• Implication de l'ensemble des acteurs mobilisés dans le champ de la promotion de la santé = 50aine d'institutions sollicitées.

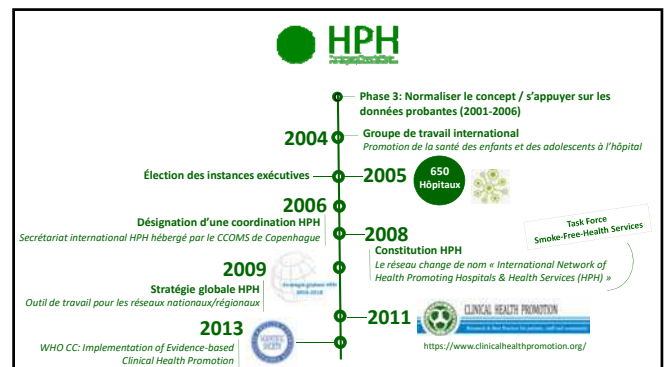
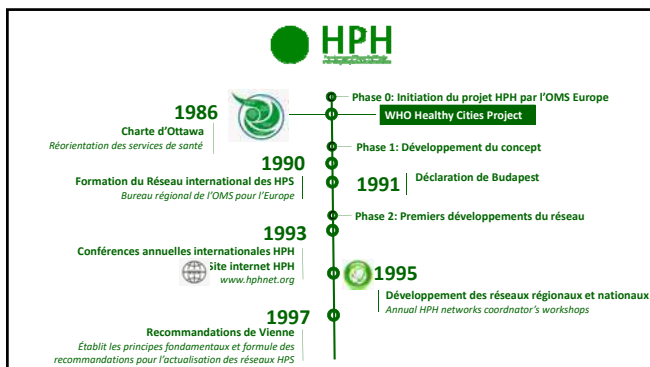
• 1^{ère} réunion organisée le 25.03 (locaux du RESPADD, Paris)

• Objectif: engager une réflexion collective autour de l'adaptation des standards de l'OMS au contexte français / élaboration d'un guide pratique d'aide à leur utilisation.



Les documents fondateurs de la promotion de la santé dans les lieux de santé

- 1986 : La **Charte d'Ottawa** pour la promotion de la santé et sa section « réorientation des services de santé »
- 1991 : **Déclaration de Budapest** sur la promotion de la santé dans les lieux de santé
- 1996 : **Charte de Ljubljana** pour la réforme des soins de santé
- 1997 : **Recommandations de Vienne**
- 2005 : **Charte de Bangkok**



Task Forces

- HPH Task Force – Migration, Equity & Diversity
- Health Promotion with Children & Adolescents
- HPH & Environment
- HPH & Age-Friendly Health care
- HPH Task Force on Implementation and Monitoring of Standards

Groupes de travail

- HPH and Patient and Family Engaged Health Care
- HPH and Health Literate Health Care Organizations

HPH
Health Promoting Hospitals & Health Services

Home | Community | News | Contact

Tools & Resources

Download our Toolkit

www.hphnet.org

1 Norme

Politique de gestion

L'organisation dispose d'une politique écrite de promotion de la santé. La politique est mise en œuvre dans le cadre du système global d'amélioration de la qualité de l'organisation, visant à améliorer les résultats en matière de santé. Cette politique s'adresse aux patients, aux proches et au personnel.

2 Norme

Evaluation des patients

L'organisation veille à ce que les professionnels de santé, en partenariat avec les patients, évaluent systématiquement les besoins en activités de promotion de la santé.

3 Norme

Information et intervention auprès des patients

L'organisation fournit aux patients des informations sur les facteurs significatifs concernant leur maladie ou leur état de santé et les interventions de promotion de la santé sont établies dans toutes les voies de traitement des patients.

4 Norme

Promotion de milieux de travail sains

La direction établit les conditions pour le développement de l'hôpital en tant que milieu de travail sain.

5 Norme

Continuité et coopération

L'organisation a une approche planifiée de la collaboration continue avec d'autres prestataires de services de santé et d'autres institutions et secteurs.

**Health Promoting Hospitals and Health Services:
the evolutions of the HPH concept and the recent
developments of the international network**

*Margareta Kristenson
Professor em./Chief Physician in
Social and Preventive medicine,
Linköping University/Region Östergötland
Senior Advisor/Former National Coordinator
for the Swedish HPH network*

The challenges for Health Services

Changes in demography – more elderly
Changes in panorama of health problems – more chronic disease
An increasing part of health care “repairing” not curing
New demands from the users
New knowledge and technique

Within increasingly strained economy!

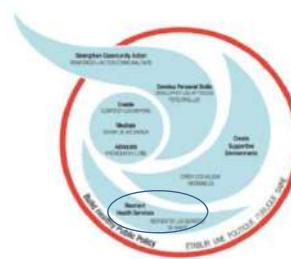
The challenges for Health Services

Changes in demography – more elderly
Changes in panorama of health problems – more chronic disease
An increasing part of health care “repairing” not curing
New demands from the users
New knowledge and technique

Within increasingly strained economy

*Increasing demands to develop a more effective,
and more proactive, health care.*

Ottawa charter 1986



Reorientation of Health Services

**Ottawa charter
Reorientation of Health Services**

HPH Vision

A more effective health service by
reorienting health services towards health gain
for patients, co-workers and the public served

Health Orientation

The HPH concept describes a synergy effect

*Orienting health services towards health gain
leading to a more effective organization,*

and

*Using the knowledge, authority and
contacts of health care with the population
leading to more effective public health initiatives.*

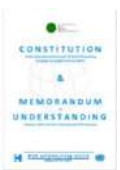
HPH Constitution

Mission

- "HPH shall work towards incorporating the WHO concepts, values, strategies and standards or indicators of HP into the organizational structure of the H/HS"

Vision

- "Increase the contribution of H/HS to better health gain through HP"



Ottawa Charter, Budapest Declaration, Vienna Recommendations, Bangkok Charter and WHO Standards for Health Promotion in Hospitals

International Network


A Network of N/R Networks

- Working together to **reorient** H&HS towards better health gain by integrating HP in all aspects
- Established by WHO in 1995 and aimed at patients, staff and community
(Ottawa Charter 1986, and Vienna Rec. 1997)

HPH history

- 1988 WHO Project
- 1997 European Network, secretariat at WHO office Copenhagen and Barcelona. Miia Garcia Barbero
- 2004 Int. HPH Network, HPH secretariat at WHO CC Copenhagen, CEO Hanne Tønnesen
- 2005 Gen Assembly & Governance Board
- 2008 HPH Constitution
- 2010 MoU with WHO
- 2019 New relationships with WHO and HPH secretariat in Hamburg Optimedis, CEO Oliver Groene

The international network of Health Promoting Hospitals and health services HPH was initiated by WHO in 1990



A reorientation towards health for a more effective health service which can better meet the needs in the society!

● Country / Region with HPH Network(s)
 ✕ Country / Region with individual Hospital or Health Service HPH Member(s)
■ Affiliated Member(s)

HPH Structure

Governance level

General Assembly

Governance Board

International Secretariat

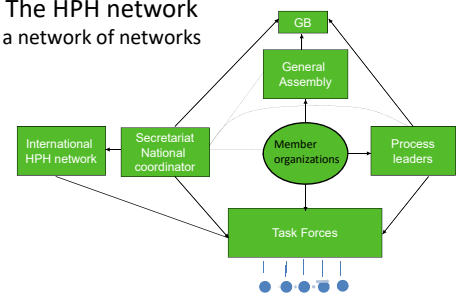
National/Regional Networks

Individual hospitals/health services

Task Forces

Working Groups

The HPH network a network of networks



```

    graph TD
        GB[GB] --> GA[General Assembly]
        GA --> IO[International HPH network]
        GA --> SNC[Secretarial National coordinator]
        GA --> MO((Member organizations))
        GA --> PL[Process leaders]
        MO --> TF[Task Forces]
        IO --> TF
        SNC --> TF
        PL --> TF
        TF --> U[ ]
        style U fill:none,stroke:none
    
```

Governance Board (2018 – 2020)

- Margareta Kristenson, Sweden (Chair)
- Sally Fawkes, Australia (Vice-Chair)
- Kjersti Fløtten, Norway
- Cristina Iniesta Blasco, Catalonia Spain
- Ying-Wei Wang, Taiwan
- SIU Yuk Lun Alan, Hong Kong
- Antonio Chiarenza, Italy

The network works on implementation of the HPH-concept in four perspectives,

- Patient perspective**
Optimizing health services by integrating health promotion and disease prevention in the care chain
- Co-worker perspective**
Aiming at becoming a model for health promoting work places
- Population perspective**
Supporting public health interventions for the population served and in local communities
- Management perspective**
Using health orientation as a means to become a more effective health service

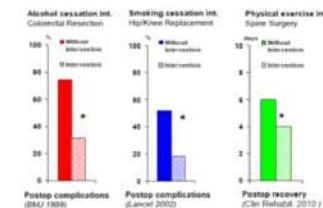


Patient perspective
Optimizing health services by integrating health promotion and disease prevention in the care chain

- Developing person centered care, empowerment and health literacy
- Giving professional support to patients for health behavioral change e.g. smoking cessation before surgery

Patient perspective
Giving professional support to patients for health behavioral change e.g. smoking cessation before surgery and after myocardial infarction

RCT studies of intervention for lifestyle change among patients before surgery



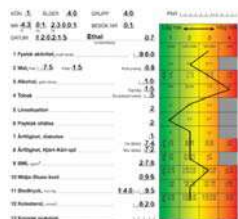
Population perspective

Supporting public health interventions for the population served and in local communities

E.g. Health Dialogues for primary prevention coronary heart disease in population groups combined with structural interventions in collaboration with local communities

BMJ Open Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990–2006

Hälsokurvan



Management perspective

Using health orientation to become a more effective health service


Management, leadership and organization perspective; use health orientation as a means for a more effective health service and thereby, within a constrained economy use resources to give best health gain.

Assignments that are explicit in objectives for health promotion and prevention
Quality assessment including PROM and lifestyle measures
Health Economy analyses

HPH Task Forces and Working Groups

- HPH Task Force on Migration, Equity & Diversity (IT)
- HP for Children & Adolescents in & by Hospitals (IT)
- HPH and the Environment (TW)
- Age Friendly Care in H/HS (TW)
- HPH Task Force on Mental Health (S)
- HPH Task Force on Implementation and Monitoring of Standards (ES)
- HPH and Patient and Family Engaged Health Care (US)
- HPH and Health Literate Health Care Organizations (A)

WHO/HPH Tools



1. Management policy of HP
2. Patient Assessment
3. Patient Intervention & Info
4. Promoting a healthy workplace
5. Continuity and cooperation

Updated standards in 2019

1. Governance, capacity and monitoring
2. Patient assessment and needs documentation
3. Patient information and services
4. Health promotion for staff
5. Continuity and cooperation

Example: Standard 2

- 2.1. Our organization assesses needs for patient-centered health promotion concerning tobacco, alcohol, diet/nutrition and physical inactivity and results are documented in the medical records:
 - 2.1.1. Among our patients, we assess and document tobacco use for information source: e.g. Medical records audit or registry data
 - 2.1.2. Among our patients, we assess and document alcohol use for information source: e.g. Medical records audit or registry data
 - 2.1.3. Among our patients, we assess and document diet/nutrition for information source: e.g. Medical records audit or registry data
 - 2.1.4. Among our patients, we assess and document physical activity level for information source: e.g. Medical records audit or registry data
- 2.2. Our organization systematically incorporates information provided by referring physicians or other relevant sources on needs for patient-centered health promotion concerning tobacco, alcohol, diet/nutrition and physical inactivity:
 - 2.2.1. We systematically document information on it that is provided by others information source: e.g. Medical records audit or registry data
 - 2.2.2. Information on it provided by others is available for our staff to review information source: e.g. Medical records audit or registry data

Umbrella standards- covering the full HPH concept

Agreement on domains and sub-domains

Domain	Sub-Domain	HPH	WHO	ES	IT	US	UK	EU	Other
1. Organizational commitment	1. Policy & leadership	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	2. Measurement of performance	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2. Staff / workforce	1. Recruitment	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	2. Compensation	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	3. Workload	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	4. Workforce health promotion & wellbeing	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
3. Accessibility	1. Accessibility/align	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	2. Physical & organizational accessibility	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	3. Non-physical accessibility	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
4. Person (family) centred care	1. Needs assessment	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	2. Assessment	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	3. Patient/Provider communication	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	4. Patient/Provider communication	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
5. Health care environment	1. Resources & health	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	2. Health & safe for patients	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
6. Involvement & participation	1. Patient/Partner engagement	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	2. Community engagement	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
7. Promoting health in the wider society	1. Being education with other services	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
	2. Networking & collaboration	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes



SAVE THE DATE!

28TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTING HOSPITALS
AND HEALTH SERVICES SEOUL, KOREA | JUNE 3-5, 2020

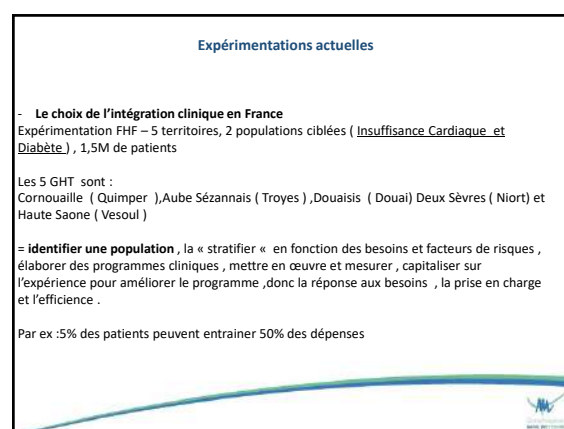
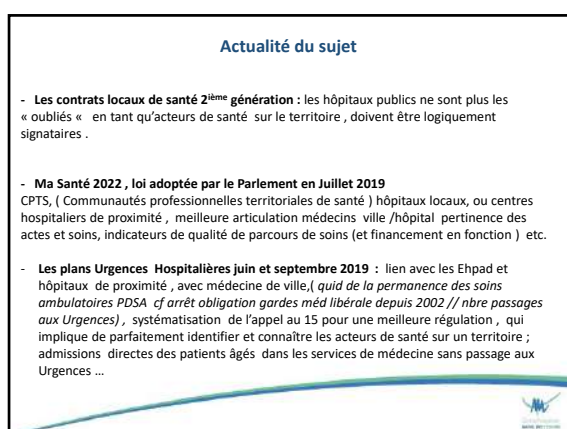
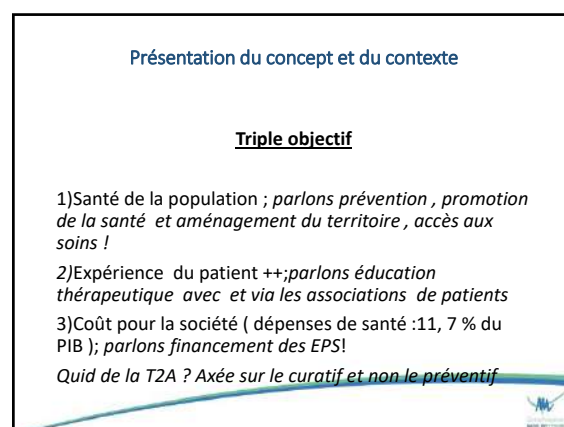
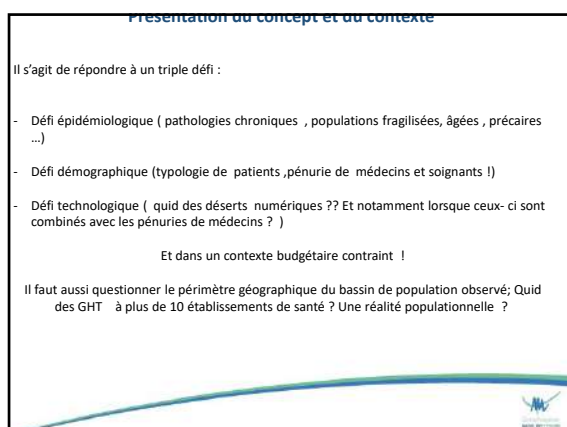
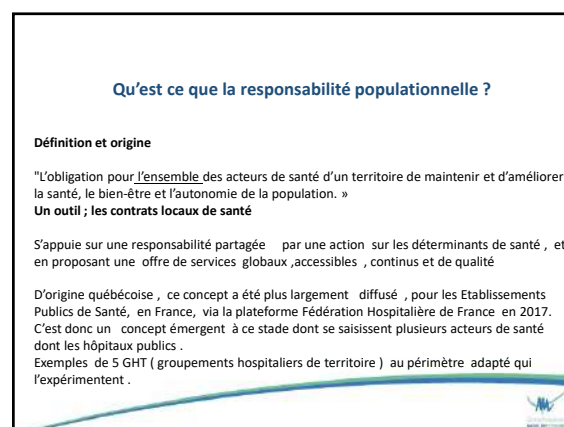
The coming years

- Finalizing updated standards on behavioral interventions
- Developemnt of "Umbrella standards"
- New global strategy for the HPH network
- New secrariat!

A new international HPH secretariat from September 1st:



CEO Dr Oliver Groene
Coordinator Carla Weber
OptiMedis AG, Hamburg
www.hphnet.org / info@hphnet.org



Expérimentations actuelles

- l'identification d'une population ; étape majeure
 - Socio-économique: *précaire , personnes âgées , grossesses précoces, jeunes , professions (ex agriculteurs développant cancers et suicides)*
 - Clinique: *diabète , maternité et nouveaux-nés , insuffisance cardiaque , recours lourd aux urgences*
 - Économique : *bénéficiaires CMU AAH , patients coûteux et complexes (via le PMSI)*

Les opportunités offertes et les limites propres au concept de "responsabilité populationnelle"

Opportunités	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Programmes cliniques intégrés et haut niveau de qualité ➢ Repérer et reproduire pratiques vertueuses ➢ Diminuer la survenue de risques associés aux soins et d'accidents, sécurité de prise en charge ➢ Améliorer la QVT ➢ Lissage de l'activité et moindre confrontation de l'organisation à l'urgence ➢ Utilisation plus efficiente des dépenses publiques ➢ Impact sur le management en santé 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Quel partage des responsabilités entre acteurs? Du risque? ➢ Quel(s) modèle(s) de financement? ➢ L'évaluation des dispositifs ➢ Adaptation des SI en santé ➢ Impact sur le management en santé

Responsabilité populationnelle et avenir du métier de DH

- **Stratégie;** les hôpitaux s'emparent des actions de prévention et promotion de la santé .Création de Pôle santé publique et prévention ; Attractif! les DH sont aussi des aménageurs de territoire en santé .
- **Outils et méthodes**
- **Recherche de ressources**
- **Gestion de projets transversaux (interne et externe) et animation de réseaux;** Direction des coopérations ville /Hôpital
- **Pilotage et indicateurs;** bien connaître son territoire de santé , un préalable indispensable
 - DH : un métier passionnant en constante évolution !

Merci pour votre attention

Haut Conseil de la Santé Publique

Et si la santé n'est pas un ~~riché~~ mais un capital

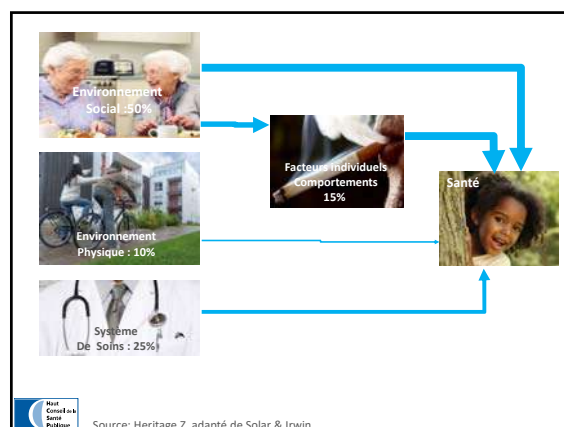
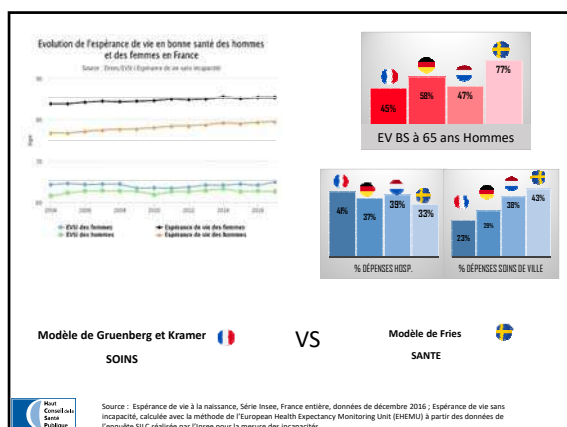
La responsabilité populationnelle
Un nouvel enjeu pour les établissements de santé ?

Pr. Franck Chauvin
Président du Haut Conseil de la Santé Publique

Prendre soin de chacun

Stratégie de transformation du système de santé, 19 Septembre 2018

Cette course à l'activité est devenue folle - or tout dans notre système y incite - parce qu'elle fait perdre le cap de la qualité. Et la situation est à cet égard absurde.

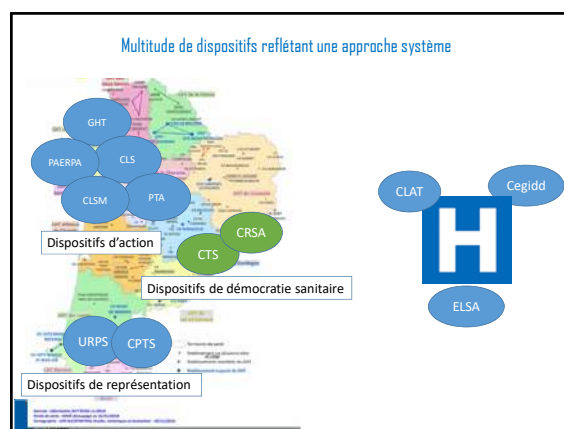


Stratégie nationale de santé

Le système de soins évolue vers une logique de groupe multiprofessionnel répondant aux besoins de la population de ce territoire.

L'approche populationnelle suppose d'identifier et de quantifier les besoins de santé de la population d'un territoire.

Cette évolution est une étape importante vers la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé.



Un système cible ?

Framework on integrated people-centred health services: an overview (WHO 2015)

Vision
 "All people have equal access to quality health services that are accessible in a way that meets their life course needs and respects social preferences, are coordinated across the continuum of care, and are comprehensive, safe, effective, timely, efficient and acceptable, and all care is motivated, valued and operated in a supportive environment"

Strategic Approaches

- 3.1 Defining service priorities based on life-course needs, respecting social preferences
- 3.2 Revaluing promotion, prevention and public health
- 3.3 Building strong primary care-based systems
- 3.4 Shifting towards more outpatient and ambulatory care
- 3.5 Innovating and incorporating

« Alors face à ce constat, quel est, quel doit être à mes yeux, la vision d'arrivée de ce système de santé ? C'est un système qui doit mieux prévenir, être centré sur le patient et sur la qualité du soin. »

Stratégie de transformation du système de santé, 19 Septembre 2018

Prendre soin de chacun

Min. Conseil-Santé Publique

L'émergence de la responsabilité populationnelle des structures de soins

Québec au début des années 2000
 regroupement des établissements de première ligne.

Provide people who are ill or have a disability, and their caregivers, with services that are tailored to their needs, in the most relevant and efficient way possible.

Ensure that at-risk persons can take preventive action, or receive the services required by their condition without delay, thus reducing the need to use more expensive and less effective services later.

Increase the number of persons who stay in good health.

Source: Direction de santé publique de Montréal
 Prevention, Care, Cure – Challenges of an Ageing Society
 1999 Annual Report on the Health of the Montreal Population

Min. Conseil-Santé Publique

Engager une responsabilité populationnelle en France

RELATIVES CHOIXES PREVENTIVES	Orientation, échange	Etablissements de santé GHT Lieux d'exercices ambulatoires regroupés EPHAD Praticiens libéraux (non regroupés)
	Prévention systématique et personnalisée	
RESPONSABILITE POPULATIONNELLE	Politique partenariale	Etablissements de santé GHT Lieux d'exercices ambulatoires regroupés EPHAD
	Relais des campagnes	En lien avec les services de santé à orientation préventive (PMI, santé scolaire, santé au travail)
EXPERTISE	Rapports, signalement	
	Etablissements promoteurs de santé	
	Production d'indicateurs	GHT CPTS
	Recherche internationale	En lien avec les services de santé à orientation préventive

Min. Conseil-Santé Publique

A l'étranger ?

Public Health England

All Our Health: personalised care and population health
 A framework of evidence to guide healthcare professionals in preventing illness, protecting health and promoting wellbeing

Making Every Contact Count as a Behaviour Change Intervention

High intensity interventions
 Specialist practitioners
 Staff who regularly come into contact with people for 30 minutes or more who are at higher risk

Extended brief interventions

Very brief interventions
 Staff who have an opportunity to encourage and support people whose health and wellbeing could be at risk

For everyone in direct contact with the general public to deliver assessments, motivate and signpost people to help them improve their health and wellbeing

Behaviour change interventions mapped to NICE Behaviour Change Individual approaches (PHE)

Min. Conseil-Santé Publique

