

UN COLLOQUE PROPOSÉ
PAR LE

RESPADD
R RÉSEAU DE
PRÉVENTION
DES ADDICTIONS

PROGRAMME

Avec le soutien de Santé publique France

4^e COLLOQUE
LIEU DE SANTÉ
PROMOTEUR DE SANTÉ

**Jeudi 4
avril 2024**

SURESNES

AMPHITHÉÂTRE
DE L'IFSI -
HÔPITAL FOCH

11 rue Guillaume Lenoir

**PROMOTION
DE LA SANTÉ :**
TOUS·TES ACTEURS·TRICES
Des perspectives convergentes

www.reseau-lsps.org



4^e COLLOQUE LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

▶ 8h30 – 9h ACCUEIL

▶ 9h – 9h30 → **OUVERTURE**

- ▶ Jacques Légli, *Hôpital Foch, Suresnes*
- ▶ Nicolas Bonnet, *RESPADD*
- ▶ François Beck, *Santé publique France*
- ▶ Pr Amine Benyamina, *président du RESPADD*

→ MERCREDI 3 AVRIL, 18h–20h

L'(IN)JUSTICE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Conférence de Paul-Loup Weil-Dubuc

Discutée par le Pr François Alla

Hôpital Foch, Suresnes

Ouverte à tou-te-s sur inscription

▶ 9h30 – 10h

GOOD BEHAVIOR GAME (GBG) : UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DÉPLOYÉ PAR LES PÔLES PRÉVENTION DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL

Discutante :

- ▶ Émilie de Saint-Pol, *Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine*

Intervenante :

- ▶ Catherine Reynaud, *Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS)*

▶ 10h – 11h

TABLE RONDE LA DÉMARCHE EXPÉRIENCE-PATIENT VUE D'AILLEURS

Discutante :

- ▶ Valérie Moulins, *Hôpital Foch, Suresnes*

Intervenant-e-s :

- ▶ So Yung Straga, *Shared Patient eXperience – SPX, Bruxelles*
- ▶ Joan Vinyets, *Sant Joan de Déu Barcelona Hospital*

▶ 11h – 11h30

Pause

▶ 11h30 – 13h

TABLE RONDE LA PROMOTION DE LA SANTÉ, UNE RESSOURCE POUR L'ACTION

Discutant :

- ▶ Pr François Alla, *Centre hospitalier universitaire de Bordeaux*

Intervenant-e-s :

- ▶ Danièle Bader, *Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales (CNRMS)*
- ▶ François Mellot et Fabienne Collet, *Hôpital Foch, Suresnes*
- ▶ Pr Marie Wislez, *Hôpital Cochin, Assistance publique – Hôpitaux de Paris*

▶ 13h – 14h

Pause déjeuner (cocktail déjeunatoire offert)

▶ 14h – 15h30

ATELIERS

ATELIER 1 | PLACE DES USAGERS ET DE LEURS AIDANTS DANS LES LIEUX DE SANTÉ

Discutante : Pr Virginie Migeot, *Centre hospitalier universitaire de Rennes*

Intervenantes :

- ▶ Marianne Hochet, *RESPADD*
- ▶ Marion Albouy, *Centre hospitalier universitaire de Poitiers* et Elisabeth Delannoy, *Fédération des Associations pour le Don d'Organes et de Tissus humains*
- ▶ Catherine Agius, *Assistance publique – Hôpitaux de Paris*

ATELIER 2 | INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DES LIEUX DE SANTÉ

Discutant : Pr Philippe Michel, *Hospices Civils de Lyon*

Intervenant-e-s :

- ▶ Carline Amiel, *Hôpital Foch, Suresnes*
- ▶ Rafael Andreotti, *Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH)*
- ▶ Céline Schnebelen, *Centre hospitalier universitaire d'Angers*

▶ 15h30 – 15h45 Pause

▶ 15h45 – 16h15 → **Restitution des ateliers en plénière**

▶ 16h15 – 16h30 → **CLÔTURE**

- ▶ Marianne Hochet, *RESPADD*
- ▶ Valérie Moulins, *Hôpital Foch, Suresnes*



Table des matières

OUVERTURE DU COLLOQUE	4
GOOD BEHAVIOR GAME (GBG): UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DÉPLOYÉ PAR LES PÔLES PRÉVENTION DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL.....	6
TABLE RONDE : LA DÉMARCHE EXPÉRIENCE-PATIENT VUE D'AILLEURS	9
TABLE RONDE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ, UNE RESSOURCE POUR L'ACTION.....	11
ATELIER 1 : PLACE DES USAGERS ET DE LEURS AIDANTS DANS LES LIEUX DE SANTÉ.....	18
ATELIER 2 : INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DES LIEUX DE SANTÉ	22
CLÔTURE	26

OUVERTURE DU COLLOQUE

- **Jacques Léglise, Hôpital Foch, Suresnes**
- **Nicolas Bonnet, RESPADD**
- **François Beck, Santé publique France**
- **Pr Amine Benyamina, président du RESPADD**

Nicolas Bonnet, Directeur du RESPADD, souhaite la bienvenue aux participants.

L'engagement du RESPADD envers la promotion de la santé est porté dans la stratégie Lieux de Santé Sans Tabac. De nombreux acteurs ont su partager leurs compétences afin de mener une gouvernance commune, partagée et historique.

La création de lieux de santé promoteurs de la santé a été portée par la gouvernance de la présidente du RESPADD, Anne Borgne, suivie ensuite par le Professeur Amine Benyamina. Nicolas Bonnet salue le soutien précieux apporté par cette gouvernance. De nombreuses actions en promotion de la santé ont ainsi pu être menées.

Il remercie également Santé Publique France, qui soutient et finance le RESPADD afin qu'il puisse animer ce réseau Lieu de Santé Promoteur de Santé et proposer des actions et des documents. Le RESPADD se mobilise pour diffuser l'ensemble des groupes de travail, notamment internationaux, qui sont mis en place, à tous les adhérents du réseau LSPS. L'échange d'idées et de pratiques est fondamental pour la promotion de la santé.

Le RESPADD a pu, grâce à sa gouvernance et son partenariat avec Santé France Publique, organiser différents colloques Lieu de Santé Promoteur de Santé. Le premier colloque a ainsi été organisé en 2019 à Bordeaux. Au fil des années, le RESPADD a instauré et créé une dynamique autour de thèmes porteurs. L'anticipation des besoins en matière de santé s'avère aujourd'hui plus que nécessaire, dans la mesure où notre système de santé s'effondre de toutes parts. Notre système de santé doit être pensé différemment, tout comme ses ressources.

La promotion de santé représente un carrefour auquel différentes disciplines peuvent se rejoindre, sciences humaines et sociales, santé publique et sciences médicales. Elle représente un processus conférant aux populations des éléments de maîtrise beaucoup plus forts, comprenant un renforcement des capacités personnelles, des ressources et des moyens. IL convient de travailler aux modifications des conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, afin de se retrouver ensemble à un carrefour d'engagements et d'initiatives.

La promotion de la santé appelle à un engagement fort et personnel, qui peut passer par des structures humanitaires qui sont peu visibles. Le RESPADD s'engage à intégrer à nouveau ces ressources et compétences qui sont extrêmement importantes. L'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'éducation sont, il convient de le rappeler, des déterminants de santé, tout comme l'accès aux médicaments essentiels et la lutte contre les pathologies endémiques et infectieuses. Si les besoins primaires des individus ne sont pas comblés, ils ne pourront pas atteindre l'état de santé choisi.

La lutte contre l'instrumentalisation représente également un enjeu majeur de la promotion de la santé. Le Collectif Galilée représente un moyen de lutte : il répond aux besoins des personnes rencontrées dans le champ de l'addictologie, mais son action ne pourra être possible sans changer les conditions mêmes qui font que ces situations apparaissent. Nicolas Bonnet déplore que les politiques actuelles reproduisent, voire renforcent ces conditions. S'offrir des espaces dans lesquels on peut

penser différemment permet de ne pas être dans l'obligation de répondre à toutes les demandes des politiques.

La promotion de la santé est un sujet politique, et porté par des acteurs et des experts. L'engagement des différents acteurs est primordial, car partagé par tous, au contraire de l'expertise, qui reste portée par quelques-uns. Il convient de redonner à la promotion de la santé toute sa place pour assurer un changement social préalable.

Le RESPADD a élaboré une nouvelle gamme de communication sur cette thématique, qui sera mise à disposition des adhérents.

Le mot « client » a désormais un sens et rappelle combien les ressources sont nécessaires afin de pouvoir être dans l'action.

En conclusion, Nicolas Bonnet remercie les équipes de l'Hôpital Foch pour son investissement, ainsi que l'ensemble de ses collègues et partenaires et les participants.

François Beck, Directeur de la prévention et de la promotion de la santé à Santé publique France, s'excuse de ne pas pouvoir être présent. Santé publique France soutient l'initiative LSPS depuis ses débuts. François Beck tient à saluer l'implication du RESPADD dans l'animation de ce colloque et du réseau, avec notamment un ancrage international particulièrement important pour la reconnaissance pour ce type d'initiatives.

La thématique des perspectives convergentes pour la promotion de la santé représente une question centrale pour cette discipline. Elle est peut-être l'enjeu le plus important dans la capacité à amener les citoyens à maintenir ou à adapter les comportements les plus favorables à la santé.

La Charte d'Ottawa définit 5 axes d'action majeurs et reste source d'inspiration pour tous. Santé publique France tente d'élaborer une politique publique saine en menant de nombreuses actions de plaidoyers, notamment dans le domaine de l'alcool, de l'alimentation et de la nutrition. Les travaux menés permettent l'évolution de réglementations, un meilleur respect des lois et une diminution d'exposition des enfants.

Santé publique France œuvre également à la création de milieux favorables à la santé. Les LSPS s'inscrivent complètement dans cet axe. Les partenaires locaux réalisent des actions communautaires soutenues par Santé Publique France.

La dimension de l'acquisition des aptitudes individuelles représente également un des axes majeurs mis en œuvre : Santé publique France s'inscrit dans cette perspective de développement des compétences psychosociales depuis de nombreuses années.

Santé publique France travaille par ailleurs sur l'implication des médecins généralistes dans les actions de prévention.

S'agissant de Good Behavior Game, Santé publique France a fait le choix d'asseoir les différentes interventions menées sur les preuves : GBG représente un excellent exemple de cette démarche. Ce programme est reconnu internationalement depuis de nombreuses années et a fait l'objet de publications scientifiques de haut niveau. Il permet de diminuer les inégalités sociales en amenant des compétences nécessaires. Santé publique France a ainsi établi depuis une dizaine d'années un partenariat avec le Groupement de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale, qui représente un acteur important dans la promotion de la santé. Santé publique France accompagne et soutient également l'intervention Unplugged.

François Beck tient à remercier le RESPADD et salue le choix des thèmes abordés lors de ce colloque.

GOOD BEHAVIOR GAME (GBG) : UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DÉPLOYÉ PAR LES PÔLES PRÉVENTION DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL

Discutante :

- **Émilie De Saint-Pol, Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine**

Intervenante :

- **Catherine Reynaud, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS)**

Cette étude scientifique répond aux critères de bonnes pratiques en statistiques. La mise en œuvre de ce programme permet de constater un bénéfice pour la santé et l'insertion sociale, ainsi que la réduction des inégalités sociales de santé.

La cohorte de Baltimore a permis de produire :

- Des résultats tout au long du suivi,
- Des effets immédiats durant l'année d'implantation,
- Des bénéfices observés dans l'enseignement secondaire.

Les études menées sur la cohorte hollandaise confirment les effets bénéfiques du GBG à l'école élémentaire et démontrent la réduction de l'initiation précoce au tabac et à l'alcool chez les collégiens qui avaient pratiqué le GBG dès leur entrée à l'école élémentaire.

Une série d'études menées depuis 10 ans dans le monde entier amènent des résultats concordants.

Santé publique France va par ailleurs publier prochainement l'étude d'efficacité du GBG en contexte français grâce à l'ensemble des données recueillies entre 2015 et 2023. Elle montre les résultats significatifs attendus.

Le GBG est conçu comme une approche systémique et à ce titre, permet de développer l'ensemble des compétences émotionnelles, sociales et cognitives telles qu'elles sont décrites dans le référentiel 2022 de Santé publique France. Les compétences psychosociales peuvent toutefois se différencier selon les classes, leur développement étant orienté par différents facteurs tels que :

- La contingence de groupe et son effet apprenant,
- Le diagnostic des besoins de la classe et d'élèves particuliers effectué par l'enseignant,
- Ses objectifs pédagogiques.

Pratiquer le GBG implique pour l'enseignant la réalisation d'une série de gestes professionnels structurés par quatre éléments clés indissociables à la bonne efficacité du programme :

- L'enseignement explicite des règles de la classe,
- L'appartenance à une équipe,
- L'observation active du comportement,
- Le renforcement positif.

Le déroulement d'une séance de GBG est basé sur 4 axes directeurs :

- La passation des consignes de l'activité scolaire,

- La mise en contexte des règles du GBG,
- La célébration des victoires et les félicitations globales et différenciées,
- Et enfin, le retour réflexif sur les stratégies du succès.

Le premier élément clé d'une telle démarche est l'enseignement explicite des quatre règles de la classe, qui sont transposables et généralisables. Selon le chercheur Steve Bissonnette, si punir un élève se heurtant à des difficultés en mathématiques ou en français ne l'aide aucunement à une meilleure compréhension, il en va de même pour d'éventuelles difficultés en matière de comportements sociaux.

Le deuxième élément clé est l'appartenance à une équipe hétérogène, dont la composition est modifiée régulièrement par l'enseignant. Ces équipes ne se trouvent jamais en concurrence entre elles.

L'observation active du comportement, pilier du GBG, représente le troisième élément clé. L'enseignant obtiendra ainsi un argumentaire précis pour clôturer la fin de la séance. Les données obtenues pendant la séance de GBG sont le moteur du programme. Les observations concrètes réalisées pendant le même temps permettront de poser un diagnostic en termes de besoins du groupe classe ou d'élèves particuliers, mais aussi d'évaluer les progrès et la généralisation des comportements en dehors du jeu.

Le renforcement positif, quatrième élément clé, est pratique tout au long de la journée, en insistant plus particulièrement sur les progrès réalisés. L'enseignant y consacre également la clôture de la séance GBG, qui comprend des félicitations globales destinées au groupe classe, ainsi que des félicitations différenciées pour chaque équipe, des rituels de félicitations par les pairs et le retour réflexif qui permet de consolider les apprentissages comportementaux.

Les enseignants sont accompagnés durant une année afin d'atteindre un haut niveau de pratique efficace. Ils sont ensuite aptes à pratiquer le GBG de façon autonome durant la suite de leur carrière. Leur parcours comprend deux journées de formation initiale en début d'année scolaire et une journée de formation dite « booster » à la fin du premier semestre. Les enseignants commencent à animer des séances GBG plusieurs fois par semaine dès leur formation initiale achevée. Chaque enseignant dispose d'un formateur attitré, présent dans sa classe toutes les deux semaines. Il entretient alors un entretien d'analyse de pratique en face en face, destiné à consolider les pratiques efficaces et à réorienter les pratiques à améliorer. La formation des formateurs GBG, quant à elle, s'effectue sur deux années scolaires, sur deux cohortes d'enseignants successives.

Emilie De Saint-Pol fait part de la satisfaction exprimée par de nombreux enseignants. Ils indiquent que le GBG travaille de façon systémique, permettant ainsi le changement du mode de fonctionnement de la classe et favorisant la création d'un environnement favorable. Ce cadre offre de plus l'application de règles positives pour les élèves et l'enseignant, faisant ainsi écho à une démarche de promotion de la santé. Ce genre de démarche appelle également des règles positives.

Une participante souhaite connaître la fréquence des séances GBG officielles au sein d'une classe, ainsi que les modalités de coopération avec les parents, notamment les représentants des parents d'élèves. Elle s'interroge également sur la possibilité de l'intégration du GBG dans l'instruction interministérielle de 2022 qui prévoit de développer les compétences psychosociales à l'école : le GBG va-t-il être un outil pour endosser cette instruction ?

Catherine Reynaud répond que le programme prévoit trois séances hebdomadaires, le temps de classe ordinaire devant également avoir sa place. Une partie des enseignants peine à respecter ce rythme.

L'étude de Santé publique France indique que les résultats sont renforcés dès lors que deux séances hebdomadaires sont mises en place.

La coopération des parents est souvent un point d'interrogation : le GBG prévoit une communication avec les parents dès le début de l'année. Les parents tiennent une place subsidiaire. Il est préférable de mettre en place des programmes de soutien à la parentalité fondés sur des preuves scientifiques, tels que le PSFP, également soutenu par Santé publique France. La conjonction, sur un même territoire, de différents programmes fondés sur les preuves apparaît comme étant le plus efficace.

GBG est, de plus, cité dans les annexes de l'instruction interministérielle : il s'inscrit pleinement dans cette dynamique. GBG a toujours été financé par les ARS et le GRVS et, est également soutenu par Santé publique France. L'académie de Nice lui octroie par ailleurs un financement depuis la publication de ladite instruction, dans le cadre d'une enveloppe, « Notre école, faisons-ensemble », malheureusement vouée à disparaître dès 2027.

Une participante trouve intéressant de mobiliser tant les compétences psychosociales que les enseignants durant leur temps de classe. Elle déplore toutefois que la créativité et la prise de décisions ne soient pas incluses dans les compétences psychosociales mises en œuvre dans le GBG. Elle se demande comment ces aspects sont abordés. Par ailleurs, les comportements à risque peuvent également être le symptôme d'un autre problème : comment ne pas négliger alors d'autres causes ou d'autres aspects et avoir une action réellement systémique sur différents éléments ?

Catherine Reynaud considère que ce n'est pas la créativité qui est promue par les compétences psychosociales, mais bien le fait de savoir prendre des décisions de façon créative. Le GBG se déroule pendant le temps de classe, durant l'ensemble des activités scolaires.

Les différentes compétences sont travaillées en fonction des classes, selon le diagnostic de l'enseignant, et dépendent des comportements attendus définis en début de séance avec les élèves.

Une participante indique que le temps de jeu collectif permet à l'enseignant de sortir de son rôle afin d'être dans l'observation des différentes dynamiques et des relations au sein des groupes. Le but est bien que chacun puisse trouver sa place dans la classe et dans son groupe.

Par ailleurs, le GBG a des résultats d'autant plus positifs que les groupes se trouvent en plus grande vulnérabilité. Les résultats sont spectaculaires dans les classes REP+ ou ULIS, dans lesquelles les enseignants étaient en proie à des difficultés en utilisant les techniques éducatives habituelles. GBG représente un formidable outil de réduction des inégalités sociales de santé.

Catherine Reynaud précise qu'une expérimentation du GBG est réalisée cette année en classes SEGPA de 6^e, 5^e et 4^e à Nice, ce grâce à Santé publique France. Les résultats constatés sont extraordinaires. Moins les enfants sont développés, plus les compétences sont négligées et plus il est aisé de parvenir à atteindre le niveau attendu.

Une participante s'interroge sur le profil des enseignants qui s'investissent dans le GBG et sur les capacités pédagogiques des enseignants. Le GBG pourrait-il être inscrit dans les modalités pédagogiques de formation de l'INSPE ? Les résultats obtenus sont en effet ceux que l'on attend des enseignants en dehors du GBG.

Catherine Reynaud indique qu'une telle option s'avère impossible à mettre en œuvre : le nombre d'heures d'enseignement relatif à la gestion de classe est moindre. De plus, c'est bien l'accompagnement en classe qui permet la progression des enseignants vers des pratiques efficaces. Seuls 15 à 20 % des enseignants sauront mettre en place ces pratiques sans accompagnement après

leur formation initiale. Cet accompagnement ne saurait être mis en œuvre lorsque les futurs enseignants de l'INSPE se trouvent répartis dans des écoles situées sur l'ensemble du département.

TABLE RONDE : LA DÉMARCHE EXPÉRIENCE-PATIENT VUE D'AILLEURS

Discutante :

➤ **Valérie Moulins, Hôpital Foch, Suresnes**

Le sujet du patient acteur de sa santé est inclus dans le Plan stratégique de l'Hôpital Foch. Dans le cadre de la démarche Expérience-Patient, un challenge impliquant les équipes de soins est organisé depuis 2 ans afin de proposer des projets qui seront ensuite mis en place. L'équipe gagnante de ce challenge a la chance de visiter un hôpital européen, actif sur le sujet de l'expérience patient. De nombreux exemples extraordinaires sont visibles autour de nous, notamment en Europe : l'hôpital pédiatrique et oncopédiatrique de Sant Joan de Déu (Barcelone) a réalisé un travail fantastique et collabore tant avec ses petits patients qu'avec leurs parents.

Intervenant.e.s :

➤ **So Yung Strada, Shared Patient eXperience – SPX, Bruxelles**

So Yung Strada a d'abord été IBODE, puis cadre de santé. Elle a ensuite occupé le poste de Directrice de l'Expérience Patient dans un hôpital général de Bruxelles. Dans le même temps, elle fonde l'association européenne SPX en 2018. Elle consacre aujourd'hui bénévolement la moitié de son temps à l'association.

SPX est composée de professionnels dédiés au secteur de la santé ou exerçant des métiers supports de la santé. La plupart de ses membres sont des membres institutionnels (établissements de santé).

L'expérience patient est-elle l'expérience client ? L'expérience client tend à essayer d'obtenir des clients supplémentaires. Il n'en est rien au sein des hôpitaux. L'expérience patient représente un levier d'innovations. Pour exemple, une expérience menée en Italie a permis d'identifier les facteurs indispensables à la bonne marche de la télémédecine : elle apporte donc de la valeur aux professionnels de soin comme à leurs patients.

Faire de l'expérience patient consiste à imaginer les choses sous un angle différent et identifier ainsi ce qui fait réellement sens.

L'expérience patient est l'unique manière d'envisager les soins si l'on veut un système de santé équitable pour tous : elle demande la compréhension du vrai besoin du patient pris en soin, et de pouvoir y répondre le plus justement possible, armé des compétences acquises au fil des années.

Valérie Moulins témoigne du changement de méthodes de travail acté à l'Hôpital Foch. Les équipes ont opté pour les modalités proposées par SPX, notamment pour la communication. Le site internet et les applications proposées sont maintenant utilisés par les patients.

➤ **Joan Vinyets, Sant Joan de Déu Barcelona Hospital**

Sant Joan de Déu est un centre d'oncologie pédiatrique situé à Barcelone. L'hospitalité, véhiculée par l'ensemble des professionnels impliqués, est une des valeurs essentielles de cet hôpital. Chaque centre tente de la développer à sa manière. Notre objectif est d'offrir la meilleure expérience aux patients et à leurs parents.

L'expérience patient représente un outil de gestion : c'est là le modèle que les équipes de Sant Joan se sont imposé. Elles se nourrissent des retours de leurs patients pour nourrir leur stratégie.

Ce modèle se base sur trois axes moteurs :

- L'humanisation,
- La participation,
- L'expérience patient (incluant les professionnels, les patients et leurs parents).

L'aspect « humanisation » demande que les équipes restent centrées sur les patients et leurs familles afin d'offrir un modèle de soins holistique. Ce modèle de soins prend en compte les besoins des patients et de leurs familles, tant sur le plan soignant que sur les aspects pratiques ou culturels.

Les équipes travaillent également à l'accroissement de la participation des patients à tous les niveaux (micro, méso et macro) : elles sont donc à l'écoute de leurs besoins à chaque étape de leur parcours de soins. Le premier niveau représente l'approche participative conjointe des familles et des professionnels. Les activités ad hoc permettent d'obtenir un retour des patients et de leurs familles (via un questionnaire, par exemple). Pour ce faire, différents outils sont employés, notamment le NPS (taux de recommandation net) et les tableaux de bord mis en place dans chaque service. Le Conseil des familles, qui inclut les patients et leurs familles, se réunit mensuellement afin d'apporter un retour sur les différentes activités mises en place dans ce cadre.

Cette démarche a pour but de transformer le modèle de soins existant en se basant sur les retours des patients et de leurs familles, placés au centre du modèle de soins. L'amélioration continue de ce modèle fait cependant émerger de nouveaux besoins : il s'agit de comprendre à qui l'on a affaire afin de mieux servir ses intérêts et ses besoins.

Trois équipes collaborent à cette démarche :

- L'une d'entre elles, constituée de trois professionnels, se charge de collecter les retours des usagers.
- Une équipe de 6 professionnels se charge de l'expérience patient.
- L'équipe se concentre sur la mise en œuvre et l'amélioration de la qualité des processus.

Des compétences complémentaires à l'expertise médicale sont nécessaires à l'amélioration du modèle de soins proposé. L'expérience patient relève également de la qualité des services proposés par un établissement de soins et il s'agit de transformer les difficultés rencontrées en opportunités.

L'élaboration de ce projet a mobilisé plus de 101 familles et patients et 43 professionnels. Des groupes de discussion ont travaillé sur les besoins de chacun. Des ateliers réunissant patients, familles et professionnels ont permis de tirer des conclusions des contributions de chacun, dégageant ainsi des principes directeurs qui ont été partagés avec les architectes.

La construction d'une nouvelle structure demande l'implication des patients et de leurs familles afin que leurs besoins soient entendus et respectés. L'intégration de chaque acteur est essentielle dès le début du projet, notamment les architectes et designers. L'engagement des équipes de direction constitue également un élément clé de la bonne réalisation d'un projet, tout comme la formation des équipes. La nomination de référents peut également constituer une aide majeure. L'évaluation du projet et la reconnaissance du travail des équipes et des patients sont des facteurs importants du succès du projet.

Valérie Moulins précise que les parents des patients peuvent accompagner leur enfant au bloc opératoire jusqu'à la fin de l'anesthésie. Des équipes de bénévoles accompagnent ces parents auprès

de leurs enfants et échangent avec eux pendant leur attente dans une salle dédiée du bloc. La méthode présentée inclut certes les aspects architecturaux du bâtiment, mais également l'ensemble de la prise en charge du patient jusqu'à sa sortie.

Une intervenante se dit convaincue par l'importance de l'expérience patient. Elle déplore toutefois que les soignants et les patients éprouvent une immense fatigue et ne trouvent plus l'élan vital et la disponibilité pour s'impliquer autant dans ce projet.

Valérie Moulin répond qu'un lieu dédié est réservé aux patients de l'Hôpital Foch. Des ateliers sont également mis en place. Les équipes responsables de la démarche expérience patient se rendent dans les services chaque semaine afin d'échanger avec les patients. De nombreux patients s'ennuient dans leurs chambres et sont aptes à travailler avec les équipes.

TABLE RONDE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ, UNE RESSOURCE POUR L'ACTION

Discutant :

➤ **Pr François Alla, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux**

La promotion de la santé repose sur un ensemble de leviers :

- Les pratiques préventives,
- Les actions visant les compétences individuelles,
- Les environnements sains,
- Les politiques publiques favorables.

Au-delà des leviers mobilisés, elle repose également sur des valeurs et des principes, tels que l'autonomie, tant individuelle que collective, la promotion de l'équité et la réduction des inégalités sociales de santé, la plurisectorialité, la pluriprofessionnalité et la notion de responsabilité populationnelle. La promotion de la santé repose d'abord sur les acteurs et les actions menées hors du champ du soin (conditions de vie et de travail, logement et éducation). Les offreurs de soins doivent ainsi devenir des offreurs de promotion de la santé au bénéfice des patients et des populations, ainsi que des personnels et des étudiants des établissements de santé.

Des exemples concrets vont être déclinés ici, montrant ainsi que des projets peuvent être élaborés et suivis malgré les difficultés rencontrées. Il est possible pour des établissements de santé ou des organisations de soins de s'emparer de la promotion de la santé et d'assurer des missions de prévention. De nombreuses initiatives sont actuellement portées sur l'ensemble du territoire, tant par des établissements de soins que par d'autres acteurs. L'on peut donc tirer des enseignements de ces expériences pour pouvoir, le cas échéant, les dupliquer, les pérenniser ou les étendre.

Intervenant·e·s :

➤ **Danièle Bader, Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales (CNRMS)**

Danièle Bader est présidente de la Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales et son expérience professionnelle est issue du champ médico-social en Addictologie. Le programme présenté est une proposition de soins en médecine de ville.

Les premières microstructures ont été créées en Alsace, au moment de la catastrophe sanitaire du Sida. Elles se sont développées plus récemment dans le cadre d'une expérimentation nationale (article 51) dans 6 régions françaises.

Une microstructure médicale comprend la constitution d'une équipe thérapeutique autour d'un ou de plusieurs médecins généralistes volontaires pour s'engager dans la pratique de cette modalité de soins qui veut qu'à sa pratique quotidienne s'adjoignent pour la prise en charge de patients en situation complexe présentant une ou plusieurs addictions, ou en situation de grande précarité, un psychologue et un travailleur social. Ces derniers viendront travailler avec eux régulièrement et sont mis à disposition par des structures médico-sociales en Addictologie. L'articulation entre le champ médico-social et la médecine de ville est donc déjà en place, du fait de l'adjonction de compétences qu'apportent ces professionnels aux médecins généralistes. Ces professionnels sont présents entre 3 et 6 heures par semaine, en fonction du nombre de patients que le médecin aura inclus dans cette proposition de soins. Ils vont suivre, ensemble et au long cours, les patients qui s'adressent aux médecins généralistes. La durée de prise en charge ne présente aucune limitation : il a en effet été constaté qu'une part de la patientèle fréquentant la médecine générale ne se rendra jamais en structure spécialisée d'Addictologie.

Ces microstructures sont aujourd'hui au nombre de 144 et devraient être aux alentours de 150 d'ici la fin de la phase transitoire qui permettra leur passage dans le droit commun. Leur répartition est très hétérogène :

- Il en existe 14 en Bourgogne-Franche-Comté,
- 42 dans le Grand Est,
- 27 en Hauts-de-France,
- 21 en Île-de-France,
- 35 en Occitanie
- 4 en Provence-Côte d'Azur.

Elles sont portées en région par les ARS, qui sont associées très étroitement à leur développement.

5600 patients, dont 50 % sont des femmes, sont suivis en Addicto-Précarité. Ce point représente une spécificité de cette proposition de soins, ce pourcentage n'étant pas atteint au sein des structures spécialisées. Une réflexion est en cours quant à la dotation des équipes de microstructures de compétences supplémentaires, notamment dans le cadre de la tabacologie. Le tabac est en effet le deuxième produit à l'origine de la prise en charge en microstructure, le premier étant l'alcool.

La CNRMS souhaite que cette modalité de soins puisse s'élargir à d'autres problématiques de médecine de ville, telles que la santé mentale.

François Alla souhaite des précisions sur l'entrée des microstructures en droit commun.

Danièle Bader répond qu'il s'agit là de permettre leur extension, leur généralisation, telles qu'elles sont, via un financement CNAM.

➤ ***François Mellot et Fabienne Collet, Hôpital Foch, Suresnes***

François Mellot est médecin responsable du Département Imagerie de l'Hôpital Foch. Il a lancé un nouveau programme de dépistage en juin 2023, le Programme de Dépistage des risques cardiovasculaires liés au tabac.

Fabienne Collet est coordinatrice de ce programme.

La mise en œuvre du programme s'est appuyée sur les territoires : les patients doivent en effet être adressés par un médecin du territoire, chez qui une campagne de communication a par ailleurs été réalisée. Le service de Radiologie constitue donc le point d'entrée de ce dépistage. Ce programme a vocation à dépister au sein du territoire, mais également à créer des filières de soins dans la structure de l'Hôpital Foch, en fonction des pathologies dépistées.

Le scanner permet de dépister les marqueurs du cancer du poumon, de l'ostéoporose, de l'emphysème ou des maladies coronaires. En fonction de ce qui est dépisté, le patient est invité à consulter son généraliste si l'examen est normal ou si les marqueurs sont peu évolués. Il est pris en charge par une filière de soins déjà établie dès lors qu'un diagnostic plus grave est posé.

Fabienne Collet occupe ses fonctions depuis juin 2023. Elle constate que le programme s'étend sur le territoire. Lors de sa rencontre avec le patient, elle met un point d'honneur à aborder le sujet du sevrage. Elle lui présente le programme, ainsi que les différents points d'analyses réalisés par le scanner qu'il va passer. Elle réalise le suivi des patients en collaboration avec le Docteur Mellot et réalise un bilan des pathologies les plus évidentes. Elle constitue le lien entre les patients positifs et les différents services. Elle se heurte toutefois à une difficulté majeure, celle de convaincre les patients négatifs de passer un scanner un an plus tard.

Ce programme de soins, s'il ne constitue pas une étude, n'en est pas moins évalué : l'adhésion des patients, l'organisation du parcours, l'implication des médecins, le suivi et l'information des patients sont autant d'éléments interrogés.

➤ ***Pr Marie Wislez, Hôpital Cochin, Assistance publique – Hôpitaux de Paris***

Marie Wislez est pneumologue spécialisée en cancérologie thoracique à l'Hôpital Cochin. Elle est responsable scientifique de l'étude de dépistage des cancers du poumon chez la femme, nommée CASCADE.

Les critères d'inclusion de ses participantes reposent sur ceux des études internationales qui ont démontré le bénéfice sur la survie du dépistage par scanner des cancers du poumon, car on les dépiste de façon précoce. En réalité, les patients venant consulter pour un cancer du poumon arrivent à un stade trop avancé : les traitements proposés sont de plus en plus efficaces, mais ne leur autorisent malheureusement pas une guérison.

Le dépistage est essentiel pour l'amélioration de la survie aux cancers des poumons. Le scanner faiblement irradiant reste probablement la meilleure méthode, mais les critères présentent actuellement des spécificités. Les études menées ces dernières années incluaient une grande majorité d'hommes, le tabagisme féminin s'étant développé depuis les années 70. L'étude CASCADE se concentre donc sur la femme.

Les participantes sont âgées de 50 à 74 ans et ont fumé une certaine quantité de tabac pendant un nombre d'années défini. Elles sont sevrées depuis un temps défini. L'âge de dépistage de ces femmes correspond à l'âge du dépistage du cancer du sein, ce qui permet de toucher un plus grand nombre de femmes.

L'étude est ouverte depuis le 8 mars 2022 dans 8 villes françaises : Paris, Rennes, Nancy, Carcassonne, Toulouse, Bordeaux et Le Havre. 1800 femmes participent actuellement à cette étude sur les 2400 prévues. Les participantes passent un scanner baseline à un an, puis à 2 ans. L'enjeu de cette étude consiste à faire passer ce scanner, mais également à accompagner ces femmes dans leur démarche de sevrage tabagique. Un entretien préalable permet de réaliser les actions suivantes :

- Fournir des explications sur les modalités de l'étude, son déroulé et ses attendus,
- Effectuer un repérage précoce et une intervention brève pour le sevrage tabagique, avec une éventuelle remise d'ordonnance de substituts nicotiques. Un tabacologue rappelle les participantes dans les semaines suivantes afin d'obtenir un sevrage tabagique suffisant.
- Faire un point sur les autres dépistages existants (cancer du sein, cancers gynécologiques et cancer du côlon).

Cette étude permet également le dépistage des pathologies thoraciques en rapport au tabac, à savoir les calcifications des artères coronaires, l'ostéoporose et l'emphysème.

François Alla souligne les deux points forts des deux derniers programmes présentés :

- Les dépistages ne sont pas des actes ponctuels, mais s'inscrivent dans une filière, un parcours ou une organisation.
- Un dépistage chez un patient à haut risque constitue une approche de prévention, notamment autour du tabac.

Il conclut qu'il convient de diversifier les lieux et les approches, notamment sur les thématiques du tabac, de l'alcool et autres produits : une population se reconnaît plus ou moins aisément à chaque structure. Certaines populations particulièrement vulnérables sont ainsi exclues du système de soins si elles ne sont pas incluses dans une structure diversifiée ou différente des autres. Il demande aux intervenants s'ils ont un message à partager.

Marie Wislez fait part de la plus grande difficulté liée à son étude : toucher les personnes en situation de précarité. 75 % des premières femmes à avoir intégré l'étude CASCADE sont issues de catégories socioprofessionnelles élevées. Elle souhaite toucher les femmes en situation de précarité, celles-ci ayant un haut risque d'être atteintes d'un cancer du poumon au vu de leur tabagisme actif. En revanche, cette étude a entraîné chez les soignants une grande remise en question : leur structure a dû devenir, par la force des choses, lieu de santé sans tabac. La mise en place d'une telle démarche a fait bouger les lignes. Les équipes se sont saisies du dernier décret et de la mise en place de l'étude de dépistage pour modifier les signalétiques de l'AH-AP, ainsi que le règlement intérieur. Le programme de dépistage a permis une belle avancée de la démarche LSST.

François Alla indique qu'un programme peut devenir un vecteur pour l'hôpital en tant qu'environnement.

François Mellot déclare que le point favorisant de son projet est la bonne collaboration avec les médecins du territoire. L'Hôpital Foch a déjà vécu une collaboration riche avec l'ensemble des médecins et des liens forts étaient tissés. Lorsque l'établissement a proposé le dépistage, les équipes se sont aperçues que les médecins étaient en grande demande de cette prestation. Informer et former les médecins du territoire représentent les clés de la réussite. Le point clé de cette démarche est bien la collaboration avec les médecins.

Le point dit « faible » de la démarche concerne les critères d'inclusion du dépistage : un patient sur 5, adressé pour un dépistage, ne remplit pas l'ensemble des critères d'inclusion. Il faut alors à nouveau informer et communiquer avec les médecins de l'ensemble du territoire, leur demander d'être vigilants aux bons critères d'inclusion.

Marie Wislez déclare que les critères d'inclusion de CASCADE sont également très stricts. Certaines femmes n'ont pas assez fumé pour être dépistées et ce point peut entraîner un malaise au sein des équipes.

Fabienne Collet fait part de la grande diversité socioprofessionnelle de ses patients.

Danièle Bader indique que les microstructures ont vocation à toucher l'ensemble de la population. Certaines d'entre elles ont toutefois d'abord constitué un réseau dédié aux populations en précarité : il fallait développer l'accès aux soins des personnes présentant des addictions et de nombreuses femmes se sont alors présentées pour être prises en charge. Les microstructures dédiées à la santé mentale ont accueilli 72 % de femmes. Il y a donc lieu de prêter attention à ces personnes, leur accès à l'information étant beaucoup plus complexe. L'adaptation de l'information et le soutien de leur démarche vers l'hôpital sont deux facteurs essentiels à la réussite de leur prise en charge. L'accompagnement et le suivi de ces femmes sont également des enjeux majeurs. Le partenariat entre l'hôpital et la ville a vocation à être développé : pour exemple, les hépatologues hospitalo-universitaires sont venus former les équipes de microstructures, notamment les médecins. La prise en charge des pathologies hépatiques et de la vaccination s'est ensuite largement développée.

Le développement contingenté de ces microstructures constitue toutefois leur point faible. Les jeunes médecins souhaiteraient créer des microstructures là où ils exercent.

François Alla propose d'ouvrir le débat.

Un participant s'interroge sur le financement de tels projets. Par ailleurs, les systèmes de partage d'informations avec les médecins et les patients ont-ils été pensés et organisés dès la genèse des différents projets présentés ?

François Mellot indique que le financement du parcours de soins proposé a été simple à mettre en œuvre. La filière « dépistage du nodule » était d'ores et déjà structurée : elle existait sous le nom « SOS Diagnostic Poumons », mais prenait en charge les patients dont un nodule avait été dépisté. Le parcours de soins proposé est financé par les organismes de tutelle habituels. L'organisation de ce dépistage nécessite toutefois des frais supplémentaires en termes de coordination. La Fondation Foch a financé le poste d'une coordinatrice, mais la mise en place de ce dépistage nécessitera des financements pérennes, la Fondation Foch n'ayant pas vocation à allouer des financements au long cours.

Il souhaite de plus avoir recours à l'Intelligence artificielle afin de soutenir la démarche : beaucoup de patients sont concernés par ce dépistage, qui peut se révéler très chronophage. Il déplore l'absence de financement alloué aux logiciels d'Intelligence artificielle en France, alors que leur coût n'est pas négligeable.

L'espace Santé des patients en cours de mise en place et les collaborations avec les médecins et les patients sont encore en pleine mutation. Tous les examens et consultations réalisés par les patients sont transmis sur l'espace Santé des patients et adressés aux médecins référents. L'espace Santé sera sans nul doute le pivot de la communication des informations médicales pour l'ensemble des soignants. Un programme lié à la communication des examens d'imagerie est en cours d'élaboration sur le territoire français : l'établissement donne accès à son imagerie afin de faciliter la réception des résultats aux médecins traitants.

Marie Wislez fait savoir que le coût des scanners est de 800 000 euros. La DGOS a financé l'étude de CASCADE à hauteur de 1 400 000 euros, tandis que l'INCa lui a alloué une enveloppe de 400 000 euros. Un projet européen a permis l'obtention de 200 000 euros. De nouveaux appels d'offres permettront le financement d'un poste de tabacologue. L'étude est prévue sur une durée de 4 ans. S'en suivra l'appel d'offres de l'INCa qui permettra de mettre en place une expérience nationale du dépistage. Ce

cadre de recherche demandera la présence d'un médecin thésé qui fera signer et recueillera les consentements.

Danièle Bader fait part de difficultés communes à l'ensemble des projets à trouver des financements pérennes. L'expérimentation d'un nouveau mode de financement a fait partie intégrante de l'évaluation qui a accompagné le développement des microstructures dans le cadre de l'article 51. Il a été mis en place par la CNAM sous la forme d'un forfait annuel par patient. Sa mise en place s'est révélée complexe pour certaines structures médico-sociales. La poursuite de ce financement au forfait est toutefois préconisée. Le financement des coordinations teste un enjeu majeur.

Un participant souhaite connaître les modalités d'intégration des travailleurs au sein de chacun des projets.

François Alla indique que cette question fera l'objet d'une session dans l'après-midi.

François Mellot répond qu'une communication a été faite en ce sens au sein de l'Hôpital Foch. En revanche, aucun parcours spécifique n'a été prévu pour eux. Des rendez-vous dédiés au dépistage sont accessibles sur Doctolib, ce qui n'est pas le cas pour les rendez-vous autres. Les patients, les médecins de ville et les salariés de l'établissement peuvent donc prendre rendez-vous sur les plages quotidiennes prévues à cet effet.

Marie Wislez explique qu'un numéro de téléphone et un mail sont dédiés à la coordination de l'étude CASCADE. Une communication visant la population générale a été largement diffusée via les médias (presse écrite et radio). Des flyers mentionnant l'existence de l'étude sont insérés dans les invitations aux campagnes de dépistage du sein ou du colon. La médecine du Travail souhaite également participer à cette étude. Le but est d'atteindre des patients asymptomatiques dans la population générale.

Elle se dit ravie de découvrir LSPS, ainsi que les différentes approches proposées ici. Il est nécessaire de prendre du recul afin de proposer une approche plus compréhensive et plus intégrée du soin que l'on peut apporter aux patients. Elle constate que l'accompagnement au sevrage tabagique donne du sens à son activité d'oncologue thoracique. Une approche plus intégrée avec la médecine de ville fera également plus sens. Elle encourage ces démarches donnant du sens et de la force au soin quotidien.

Danièle Bader indique que la microstructure se situe à l'interface entre le champ médico-social, l'hôpital et la médecine générale. Elle constate que le fonctionnement du système de soins reste particulièrement cloisonné, notamment l'interface hôpital-ville. Elle se dit heureuse que le type de collaborations présenté commence à vivre : les approches mutuelles sont nécessaires et font gagner un temps précieux tant aux patients qu'aux équipes. Plus ce fonctionnement global sera décloisonné, plus les équipes pourront être utiles aux patients.

François Mellot adhère aux propos tenus plus haut. Il a pu constater que la mise en place du dépistage au sein d'un hôpital a eu l'effet d'une petite révolution. Un travail interne conséquent a dû être mené afin de vaincre certaines résistances, notamment certaines peurs liées à un afflux potentiel de patients non malades. Or, le sujet « normal » a également sa place dans l'hôpital : il doit pouvoir se faire diagnostiquer et, le cas échéant, intégrer une filière de soins. Une réelle réflexion a été menée afin de définir le type de patients pris en charge.

François Alla fait part des complémentarités qui ont été soulignées entre la ville et l'hôpital, notamment pour toucher les publics qui en ont le plus besoin et qui ont spontanément le moins recours au système de santé. Les collaborations demeurent essentielles, tant entre la ville et l'hôpital

qu'entre la santé et le social. Il souligne le caractère indispensable des fonctions de coordination, qui permettent le bon accompagnement du patient.

Le plaidoyer à venir doit prendre racine sur la démonstration de ce que peut apporter une démarche de promotion de la santé en milieu de soins, notamment portée par les établissements ou les structures de soins. Cet apport peut être facilement démontré et est objectivable en termes de santé et les programmes présentés se basent sur ces données probantes. Le retour sur investissement des pratiques de dépistage n'est plus à prouver. La prévention devant reposer sur la pertinence, l'ensemble de ces programmes doit s'en tenir à une rigueur certaine. Une bonne prévention tient aussi de la pertinence et permet de dégager des marges budgétaires pour d'autres actions.

La crise du système de santé est également une crise en termes de ressources humaines : la notion de sens fait partie des enjeux majeurs que le système de soins se doit de relever. Le développement de la promotion de la santé au service des patients permet de gagner en motivation et fidélise les équipes. Il s'agit d'un enjeu important pour les établissements de santé.

ATELIER 1 : PLACE DES USAGERS ET DE LEURS AIDANTS DANS LES LIEUX DE SANTÉ

Discutante :

- **Pr Virginie Migeot, Centre hospitalier universitaire de Rennes**

Virginie Migeot fait part du constat suivant : les actions verticales ne donnent plus les résultats escomptés et l'expérience des patients sert maintenant à améliorer les parcours et est source d'innovations. La grande légitimité de leurs savoirs et expériences est majeure. L'engagement des patients et des aidants est très présent dans cette dynamique et prend des formes très diverses, mais complémentaires.

Le Modèle de Montréal présenté s'avère utile, tant pour les professionnels de santé que pour les patients, qui choisissent des missions évolutives dans le temps.

Certaines équipes modélisent leur niveau d'engagement. Les équipes rennaises considèrent toutefois que les temps d'échanges, de concertation et de collaboration sont indispensables au « travailler ensemble ». L'enjeu n'est donc ni de cloisonner ni de qualifier définitivement les démarches d'engagement des patients avec les professionnels. Les combinaisons sont infinies.

Intervenantes :

- **Marianne Hochet, RESPADD**

Marianne Hochet est cadre de direction au RESPADD. Elle présente aujourd'hui le projet APARÉA, qui détaille un accompagnement de patientes en addictologie sur la réappropriation de leur image, de leur confiance en elle et de leur identité.

La photographie et l'image sont utilisées comme un support de promotion de la santé. Des soins socio-esthétiques sont proposés et valorisés par la photographie avant et après la mise en beauté. Ils sont prodigués à des femmes usagères de drogues, suivies dans le service d'addictologie de l'Hôpital Paul Brousse. L'objectif de ce projet est d'amener à ces patientes une revalorisation de l'estime et de l'image de soi.

Les photographies sont prises par un photographe dit « sensible ». Cette démarche a pour but de valider une méthodologie d'actions applicable et duplicable grâce à un guide de transférabilité qui sera diffusé à large échelle. Les usagères sont volontaires et ont choisi de revaloriser leur estime d'elles-mêmes. Elles sont recrutées par un médecin addictologue et sont suivies par une équipe de soins.

L'équipe joue un rôle majeur. Elle est composée du RESPADD, des partenaires et du service pilote. Le déroulé de cette recherche-action se passe en 6 sessions (une session mensuelle et 10 patientes par session) qui ont lieu au RESPADD. Ce projet représente une réelle plus-value dans la prise en charge de ces patientes et s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé : les patientes choisissent de suivre cette prise en charge, qui se situe hors du champ du soin.

➤ **Marion Albouy, Centre hospitalier universitaire de Poitiers et Elisabeth Delannoy, Fédération des Associations pour le Don d'Organes et de Tissus humains**

Marion Albouy présente un espace unique en France, La Vie La Santé. Elle souhaite vivement qu'un tel espace ait vocation à se diffuser largement sur le territoire. Cette structure a été créée dans le but de favoriser l'empowerment des usagers, tout comme l'empowerment collectif de l'ensemble du système de soins. Cette structure est dédiée à tout public, malade ou non. 57 professionnels, dont 10 patients partenaires, y travaillent. Une forte attention est portée aux aidants de patients atteints de maladies chroniques. Les ateliers proposés rassemblent différents profils de patients.

Elisabeth Delannoy est insuffisante rénale depuis l'âge de 15 ans et greffée rénale depuis 19 ans. Elle n'a pas hésité à devenir patiente partenaire lorsqu'on le lui a proposé.

Un patient expert accompagne un malade tout au long de son parcours de santé grâce à un partage d'expériences. Des réunions d'accueil et d'informations sont réalisées au sein de la structure, en présentiel comme en distanciel. Le patient expert n'est pas soignant et doit respecter une éthique rigoureuse. Il doit apprécier les échanges et être pédagogue. Il apporte son témoignage lors des formations dispensées aux soignants et aux aides-soignants et peut apporter contribuer à certaines prises de décision de gouvernance.

➤ **Catherine Agius, Assistance publique – Hôpitaux de Paris**

Catherine Agius rappelle que les messages de prévention, l'accès aux soins et au diagnostic concernent tous les citoyens, y compris les plus vulnérables. Des difficultés persistent et force est de constater que certains freins, majorés pour les personnes vulnérables et les personnes en situation de handicap, sont objectivés dans de nombreuses études.

La Mission Handicap appuie les initiatives intéressantes et tente de les faire connaître. Elle travaille sur la base du cadre légal, des bonnes pratiques de la HAS, de la Charte Romain Jacob et du projet institutionnel pour animer un projet.

Medipicto est une application permettant d'établir un dialogue et de communiquer dans le cadre du soin. Elle ne saurait toutefois apporter une réponse adaptée à chaque situation. Certaines images trop explicites sont rejetées et de nouvelles langues devraient y être ajoutées. Cette application fonctionne hors connexion internet, ce qui représente un point fort pour les soignants. Toute tentative de communication avec un patient, même non optimale, est toujours vécue très positivement par le patient. Chaque outil de communication présente des intérêts et des limites.

Il existe des centres de ressources qui rassemblent tous les outils existants pour les patients vulnérables. Une vidéo de présentation de Medipicto est mise à disposition sur le site de l'AP-HP.

Un participant souhaite savoir pourquoi le projet présenté par Marianne Hochet n'a vocation qu'à cibler les femmes.

Marianne Hochet répond qu'il s'agit là d'un choix : les actions mises en place en addictologie sont très souvent construites par des hommes pour des hommes. Le RESPADD a souhaité œuvrer sur un projet dédié aux femmes. Hormis le photographe, l'équipe soignante est constituée de femmes. Il convenait de valoriser la place de la femme en addictologie grâce à ce projet. De plus, les actions socio-esthétiques s'adressent plus naturellement à des femmes.

Une participante déplore que la construction de ce projet dédié aux femmes soit axée sur l'aspect esthétique. Selon elle, il aurait été intéressant de proposer ces mêmes actions aux hommes, leur image ayant également besoin d'être valorisée. Il serait également judicieux de pouvoir constater dans quelle

mesure des projets réalisés par des hommes pour des hommes pourraient inclure des femmes. Nos représentations nous imposent un système qui se reproduit par lui-même. Ce projet inclut une discrimination positive pour valoriser les femmes : ces femmes ont peut-être envie de devenir intelligentes, et non belles, grâce à leur sevrage.

Une participante confirme que les photographies d'hommes prises avant et après une situation sont souvent négatives. Leurs visages sont très marqués et il serait bon que les hommes puissent voir leur image positivement.

Marianne Hochet répond que l'objectif de ce projet est bien de le transférer. Il a fallu faire un choix et l'appel à projet concernait plus particulièrement les femmes. Ce projet a vocation à être diffusé et répliqué. Nos propres conceptions jouent un rôle dans les choix portés et ouvrir ce projet aux hommes représente une opportunité à venir. Le financement de L'Oréal imposait également le partenariat avec une socio-esthéticienne pour les soins et maquillages.

Une participante demande si les patientes participantes au programme ont demandé à devenir des patientes partenaires pour accompagner les femmes entrant dans leur processus de sevrage. Est-ce un prolongement envisagé ?

Marianne Hochet indique que tout dépendra de l'évaluation des focus groups et des entretiens menés. Ce projet n'a pas été construit avec les patientes. Les patientes l'ayant intégré pourraient tout à fait prolonger leur engagement dans le service.

Virginie Migeot demande des précisions sur le rôle du patient expert.

Elisabeth Delannoy exprime la difficulté d'être patient partenaire. Il n'est pas aisé de communiquer face à des soignants. Il est demandé au patient expert de parler de lui et cette tâche est complexe au vu des émotions qu'il peut ressentir. Elle réalise de nombreuses interventions dans les collèges et les lycées. L'entourage est alors très important : la sécurisation des interventions est un élément primordial. Elle a su créer un lien d'amitié avec les soignants. S'il n'est pas difficile de recruter des patients partenaires, il convient en revanche de les accompagner.

Une participante demande si un retour d'utilisation des outils par les différents professionnels a été réalisé. Elle s'interroge sur les critères de leur choix parmi l'ensemble des outils proposés à l'AH-AP.

Catherine Agius indique qu'elle n'a obtenu que peu de retours. L'AP-HP regroupe près de 100 000 salariés et dispose d'une organisation complexe. Les informations sont donc diffusées via des relais. Elle réalise une veille sur toutes les nouvelles technologies, en particulier celles à destination de patients allophones et ciblées sur la santé.

Une participante s'adresse à **Catherine Agius** : elle s'interroge sur les risques inhérents à la simplification. Certaines images représentent des symboles qui ne sont plus utilisés aujourd'hui dans le cadre de l'éducation pour la santé.

Catherine Agius répond que tous les outils présentent des limites et des imperfections. Certains outils utilisent des images infantilisantes et présentent un aspect moralisateur. Aucun outil n'est dédié au handicap et il convient d'utiliser les outils déjà existants pour les améliorer. Le patient doit être au centre de toute démarche et peu d'actions semblent ciblées sur le champ du handicap.

Virginie Migeot souhaite savoir en quoi le travail avec des patients partenaires a modifié les pratiques professionnelles.

Marion Albouy indique que La Vie La Santé se situe à l'interface entre le milieu de soins curatif et l'accompagnement des patients. Le regard des professionnels se doit donc d'être pluriel. L'équipe est habituée à avoir ce double regard. Les habitudes de vie constituent une démarche intégrative dans le cas d'une maladie chronique : la vision du soignant devra donc être curative (parcours de soins) et itérative en santé. L'équipe est amenée à acquérir cette vision singulière du « prendre soin » et elle le fait par nature. Son approche n'est donc pas uniquement biomédicale, mais plus globale, et elle implique un changement de posture des soignants. Les patients partenaires font partie intégrante de l'équipe.

Une participante s'interroge sur le délai entre l'élaboration du projet et son lancement.

Virginie Migeot répond que le délai a été d'une dizaine d'années.

Une participante demande conseil : quels sont les points de vigilance à observer ?

Virginie Migeot indique qu'il est primordial d'afficher sa détermination quant à ce que l'on ne souhaite pas. Conserver cette vision décentrée du soin est un autre élément majeur. La volonté de ne pas médicaliser ces espaces pour échanger sur le thème de la santé doit, quant à elle, rester intacte tout au long du processus. L'engagement des tutelles, le portage médical et le partenariat avec les patients bénéficiaires constituent également des éléments clés du succès de ce projet. Les financements publics ne sauraient toutefois porter ces projets et des financements doivent malheureusement être trouvés.

Une participante revient sur le cloisonnement qui pose problème pour la prise en charge.

Marion Albouy déplore le cloisonnement du modèle économique. L'efficience du financement public peut être questionnée : le mois de mars a été consacré aux bilans des prochaines actions menées pour chacun des thèmes et pour chaque population. Cet aspect du projet se révèle particulièrement démotivant, alors que la démedicalisation du lieu est un réel succès. L'approche de prévention universelle devrait être abondée par les instances institutionnelles.

Une participante indique que le combat mené est identique du côté institutionnel. Le plaidoyer est quotidien et récurrent. Les dépenses de santé publique ne représentent toujours que 2 % des dépenses de santé. Les moyens financiers sont donc très insuffisants.

Marion Albouy souligne que La Vie La Santé propose une prévention éducative. Elle déplore que le modèle de l'OMS soit toujours d'actualité, alors qu'il se base sur des pathologies aiguës. Trop peu d'élus et de décideurs ont connaissance du modèle de San Marco, préconisant la prévention universelle, ciblée et sélective.

Une participante remarque que l'utilisation des outils d'innovation est de plus en plus marquée. Elle constate que le Design Thinking a été mentionné dans de nombreuses présentations. Or, il permet le changement de paradigme et l'imagination et fait partie des outils intéressants à utiliser dans les projets futurs.

Virginie Migeot remercie les intervenantes et invite les participants à suivre les différents projets présentés.

ATELIER 2 : INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DES LIEUX DE SANTÉ

Discutant :

➤ **Pr Philippe Michel, Hospices Civils de Lyon**

Nous allons aborder deux questions essentielles relatives à la prévention en établissement de santé :

- Quelle est l'action prioritaire à mettre en place ? Comment choisir et mettre en place des actions prioritaires afin d'être le plus efficient possible ?
- Où trouver des financements ? La prévention est basée sur un modèle économique particulièrement fragile et il convient de repérer au mieux les sources de financements.

Les groupes devront désigner un animateur et un secrétaire.

Intervenant-e-s :

➤ **Céline Schnebelen, Centre hospitalier universitaire d'Angers**

Le programme HAVISAINES a vocation à transformer l'environnement du CHU d'Angers. Il tend à mettre en place des initiatives permettant la transformation du CHU pour en faire un lieu de santé promoteur de santé, pour donner aux professionnels l'opportunité de maintenir ou d'acquérir de bonnes habitudes de vie. Il a commencé à être déployé en début d'année 2022.

Pour dérouler un programme de promotion de la santé, il est utile et intéressant d'agir par milieux de vie. Or, le lieu de travail en est un. Ce programme s'adresse aux 7 000 agents du CHU et nous avons travaillé les compétences psychosociales.

Le virage de la prévention et de la promotion de la santé ne peut s'envisager qu'en prenant appui sur des professionnels de santé eux-mêmes en bonne santé et conscients de ces enjeux.

Le programme, pour être efficace, se doit d'être co-construit avec les professionnels et non décidé par la gouvernance seule.

Quatre groupes de travail abordent les sujets suivants :

- L'activité physique,
- L'alimentation,
- Le tabac,
- L'alcool.

Une participante souhaite connaître les modalités d'identification des personnels, par exemple via une enquête initiale ?

Céline Schnebelen indique avoir cherché par elle-même les compétences qui lui semblaient intéressantes, médecins, professionnels de santé, personnel administratif et professionnels techniques. Elle a été, de plus, destinataire d'un grand nombre de candidatures spontanées via une boîte mail créée pour cette occasion. La première enquête a ainsi bénéficié de nombreuses réponses. Les groupes de travail sont pluridisciplinaires.

Philippe Michel s'interroge sur les retombées concrètes en termes d'actions.

Céline Schnebelen répond que l'année 2023 a été une année de mise en place des groupes de travail et de traduction des résultats de l'enquête en un plan d'action. Ces actions commencent à être concrétisées aujourd'hui. Des actions concrètes sont menées pour chacun des axes.

- L'axe alimentation, par exemple, comprend tout autant l'aspect nutritionnel que la qualité des denrées consommées et achetées. Les habitudes de vie prises sur leur lieu de travail peuvent être transmises chez soi. L'unité de production culinaire représente un partenaire essentiel et un travail sur les sels nitrités a ainsi été réalisé. Des menus végétariens sont également proposés. Une fiche-outil à destination des travailleurs de nuit a été rédigée afin de les aider avant, pendant et après leur garde. (Une collation type leur sera d'ailleurs mise à disposition.)
- Concernant l'activité physique, des partenariats avec différentes associations locales ont été développés afin de proposer des conditions tarifaires ou organisationnelles privilégiées pour les agents du CHU. Des infrastructures sportives sont déployées sur le campus.

Une participante se questionne sur la collaboration avec le service de Santé au travail.

Céline Schnebelen indique que le service est intégré au sein des groupes de travail.

Une participante demande si des ateliers dédiés au développement du CPS chez les professionnels sont réalisés.

Céline Schnebelen répond par la négative. Ces ateliers seront sans doute intégrés dans l'étape suivante du processus.

➤ ***Carline Amiel, Hôpital Foch, Suresnes***

Le centre présenté est dédié uniquement aux professionnels de l'Hôpital Foch et de ses étudiants. Il a été créé suite au bouleversement des organisations du travail engendré par la crise sanitaire. Il a été constaté que le personnel soignant, s'il était dévoué corps et âme à ses patients, ne s'occupait aucunement de lui. Le projet s'est construit petit à petit et a abouti, au bout d'un an et demi, à l'ouverture d'un centre.

Le centre permet des interventions de santé en amont (prévention primaire) et de se baser sur un axe exclusivement préventif. On peut ainsi inculquer la prévention dans l'objectif de chacun au quotidien, notamment des professionnels de santé.

Le travail collaboratif avec les mutuelles permet de dégager des fonds qui permettront la mise en place d'actions au sein d'un établissement.

➤ ***Rafael Andreotti, Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH)***

Rafael Andreotti est Directeur de la Prévention à la MNH. Le programme de développement de compétences psychosociales présenté est en cours de déploiement à la MNH, qui opère un virage dans le choix de ses thématiques de prévention et qui a renforcé son action grâce à la création d'une Direction de la Prévention.

Ce programme est destiné aux étudiants en IFSI suite à l'identification d'une priorité d'action sur le sujet. Les taux d'abandon des étudiants en IFSI ont nettement augmenté au cours des 10 dernières années. La question de leur accompagnement se pose au regard de leur confrontation avec le milieu scolaire, qui peut se révéler particulièrement éprouvante durant certains stages.

Ce programme permet d'agir sur cette population spécifique et comprend 10 séances. Il est inspiré de la logique Learn by doing, démarche participative et expérientielle. Il sera lancé dès le mois de septembre 2024 dans deux IFSI.

Une intervenante souhaite travailler les CPS avec une population de militaires.

Rafael Andreotti ne pourra lister l'ensemble des échelles proposées. Il propose d'échanger plus tard sur le sujet. Les CPS ne doivent pas rester réservés à des populations d'enfants.

Philippe Michel précise que la mise en œuvre de TOP issus de l'armée est en cours de développement au sein des IFSI. Les projets présentés sont tous uniques et présentent des spécificités.

Nous vous invitons à vous regrouper autour d'un ordinateur afin d'aborder une des deux questions proposées.

Temps d'échanges en groupes pendant 25 minutes.

Philippe Michel propose de réaliser une restitution unique en se basant sur la présentation initiale.

Premier groupe : Le secrétaire indique que son groupe a mené une réflexion sur les actions macros et sur les actions micros concrètes.

Le groupe a hésité entre deux choix : développer une action concrète et immédiate ou lancer un mouvement. Quel que soit le choix défini, il convient de poser un diagnostic (afin de s'appuyer ensuite sur les actions déjà en place au sein de l'établissement) et de développer un groupe de travail afin de s'appuyer sur des membres internes et externes à l'écosystème.

Pour exemple, la rénovation d'une salle de sport vétuste ou la création d'un espace de détente-massage-sophrologie proposée par la Direction.

Des actions globales sont menées. Les actions ciblées, proportionnées et adaptées, trouvent cependant toute leur place grâce à un bon diagnostic. L'implication constitue l'une des conditions favorables au bon déroulement des actions.

Deuxième groupe : La secrétaire annonce que son groupe a mené la même réflexion. Le groupe a conclu qu'un diagnostic de terrain s'avère prioritaire pour identifier une action : une action doit en effet répondre à un besoin. Le CH de la Côte basque a partagé son expérience : des enquêtes ont été réalisées auprès des personnels, qui ont privilégié la demande de bien-être et d'activité physique. Des ateliers bien-être ont donc été mis en place (sophrologie, yoga).

Troisième groupe : Le groupe a identifié les financements possibles. Les financements pérennes seront liés à des appels à projets.

- L'ARS, les collectivités territoriales et les ministères seront sollicités.
- Les départements peuvent proposer des appels à projets qui peuvent accompagner certains projets relatifs à la santé. Chaque département dispose de sa politique et de ses propres fonds dans le cadre de leur mission propre. Les besoins des populations sont spécifiques et le département en a une vision plus précise.
- La CNAM peut également proposer des financements : le service Prévention peut accompagner certains projets.
- La Ligue contre Le Cancer est également pourvoyeuse de financements spécifiques.
- Les Fondations des hôpitaux, tout comme les fondations privées, peuvent allouer des aides conséquentes.

- Les mutuelles, les assurances et les structures de recherche peuvent également fournir des fonds.
- Le financement des laboratoires a suscité un débat éthique au sein du groupe.
- Les financements européens ne sont pas pérennes.
- Les associations peuvent fournir une aide.

Philippe Michel rappelle que le FIR pourrait être un lieu de création de financement pour la mise en place de prévention dans les établissements de santé. La période actuelle y semble favorable.

RESTITUTION DES ATELIERS

Intervenants :

- **Pr Philippe Michel, Hospices Civils de Lyon**
- **Pr Virginie Migeot, Centre hospitalier universitaire de Rennes**

Philippe Michel propose une restitution du deuxième atelier.

Céline Schnebelen présente le projet HAVISAINES.

Philippe Michel déclare que la MNH développe actuellement un programme de renforcement des compétences psychosociales à destination des étudiants en IFSI. La troisième présentation est celle du Centre de Prévention et Travail situé près de l'Hôpital Foch. Ce pôle pluridisciplinaire permet aux professionnels de santé de réaliser des bilans de santé pendant leur temps de travail. Il est piloté par un médecin de santé au travail. Les autres professionnels qui y travaillent ne sont pas des professionnels de l'Hôpital Foch. Les salariés de l'Hôpital Foch peuvent bénéficier de semelles orthopédiques et de lunettes gratuites. La Direction considère que ce centre constitue un investissement sur la santé des professionnels ayant des répercussions positives sur leur fidélisation et leurs méthodes de travail.

S'en sont suivis deux ateliers axés sur deux thématiques :

- Quelles actions à mettre en place prioritairement dans mon établissement de santé ?
- Quelles sources de financement solliciter ?

Le secrétaire du premier groupe fait part des éléments suivants :

- Un choix doit être défini en premier lieu : l'action va-t-elle concrète ou souhaite-t-on développer un mouvement ?
- Un diagnostic des besoins doit être réalisé afin de définir les priorités.
- La constitution d'un groupe de travail regroupant des membres de l'écosystème est un élément majeur de la réussite.
- Pour exemple, des actions ont été menées auprès du grand public et des professionnels de santé du CH de la Côte basque. Ces actions ont ensuite été ciblées auprès des professionnels de l'établissement. Ce projet a ainsi été rattaché au projet d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Philippe Michel fait part du caractère indispensable des relais pour mener les missions de prévention à bien. Les financeurs potentiels ont été listés :

- Les financeurs peuvent être nationaux (CNAM, ANACT, ARACT, INCa...),

- Ils peuvent être régionaux (ARS, les départements et les régions).
- Industriels, fondations, mutuelles et associations peuvent également fournir des aides financières.

Virginie Migeot annonce que l'atelier animé portait sur la place des usagers et des aidants dans les lieux de santé. Elle présente les différents projets :

- Le projet présenté par Marianne Hochet est basé sur la réappropriation de l'image des femmes au cours de sevrage dans un service d'addictologie.
- Une structure située au sein du CHU de Poitiers se présente sous la forme d'une maison. Elle vise à promouvoir la prévention universelle en proposant des journées d'informations destinées à des patients en attente de greffe rénale. Des patients experts y apportent leur contribution.
- Catherine Agius est chargée de Mission Handicap à l'AP-HP. Sa mission est majeure et son implication se montre sans faille quant à l'élaboration et au suivi des parcours de santé des personnes en situation de handicap. Elle a présenté un zoom sur deux outils de communication visant à l'accessibilité universelle (Medipicto et SantéBD). Ce champ reste toutefois à investir.

Force est de constater que le développement de la promotion et de la prévention de la santé dans les lieux de santé passe nécessairement par une collaboration active avec d'autres disciplines, la création d'espaces situés aux alentours des milieux médicaux et le partage d'informations. L'évaluation des actions menées est un facteur clé du succès de toute démarche.

La recherche de financements pérennes reste une condition indispensable à la mise en place et à l'adaptation des actions de prévention et de promotion de la santé.

CLÔTURE

➤ **Valérie Moulins, Hôpital Foch, Suresnes**

Valérie Moulins remercie les participants pour la richesse des échanges. Cette journée a été importante et a permis l'échange d'idées novatrices. Il est fondamental de poursuivre cet échange et ce travail commun. Les sujets abordés, s'ils se sont montrés différents, se sont révélés complémentaires.

➤ **Marianne Hochet, RESPADD**

Marianne Hochet fait part des éléments qui l'ont marquée durant cette journée :

- Le socle essentiel pour développer un programme en promotion de la santé regroupe la formation, l'information, la sensibilisation, la reconnaissance, le plaidoyer et la coordination
- Les ingrédients à systématiser incluent le temps, des financements dédiés et fléchés, de la rigueur et de la pertinence.
- Les acteurs à mobiliser, à coordonner, à mettre en réseau, ne sont pas que des soignants et doivent intégrer les professionnels de ville dans une approche intégrée. Les microstructures médicales comme les structures médico-sociales peuvent également prendre part à ces actions.
- Les actions doivent être au bénéfice de tous : bénéficiaires de soins, professionnels, visiteurs et communauté.
- En se posant des questions sur la place des femmes, des populations vulnérables et en veillant aux inégalités sociales de santé.
- Pour viser « l'empouvoirement », c'est-à-dire de donner le pouvoir d'agir aux bénéficiaires.

- Dans l'objectif final de redonner du sens aux missions.

L'annonce du 5^{ème} colloque LSPS à Angoulême en 2025 est faite.

Des remerciements sont adressés à toutes les personnes impliquées dans l'organisation et la réussite de cette journée.