



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2015 –

**"Rééquilibrage de la politique de santé entre prévention  
et soins": une réalité hospitalière?**

– Groupe n° 17 –

- |                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| – Julie BRAILLON         | – Sarah GOURDINE  |
| – Marie-Caroline DAUBEUF | – Delphine KLEIN  |
| – Nicolas DIRIG          | – Isabelle MOLLES |
| – Fabienne DUBOIS        | – Anthony NUGUES  |
| – Anne-Marie FORET       | – Ingrid POIREE   |

*Animateur/trice(s)*

- Jacques DESCHAMPS
- Charlotte KANSKI

---

## R é s u m é

---

Dans le cadre du MIP EHESP, un travail de recherche documentaire et d'enquête sur le thème « *"Rééquilibrage de la politique de santé entre prévention et soins": une réalité hospitalière ?* » a été mené, pendant 3 semaines, par des élèves de 5 filières différentes.

Il s'agit tout d'abord de poser le cadre conceptuel de la prévention en santé. Entre la classification institutionnelle de l'OMS, de primaire à quaternaire, et celle révisée de Gordon distinguant les actions universelles des actions ciblées, on se raccroche toujours à une vision curative de la santé avec peu de participation du patient. Le concept de « promotion de la santé », défini dans la Charte d'Ottawa en 1986, élargit cette conception en visant la maîtrise des déterminants de santé par tous. C'est ce qui encourage la naissance des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) dont les prises en charge iraient au-delà de considérations seulement médicales. L'HPS chercherait à améliorer les compétences individuelles ainsi que le milieu social et matériel des personnes, par des actions sur ses usagers, son personnel, son bassin de vie et l'environnement. Pour appuyer l'implantation de ce concept, l'OMS a créé en 1990 le réseau « Health Promoting Hospitals and Health Services » (HPH).

Au fil de rencontres avec des acteurs de la prévention en santé (professionnels de santé exerçant en EPS, responsables de prévention au sein d'ARS, acteurs d'organisations transversales comme l'INPES ou la FNES, experts de santé publique), le rapport cherche à décrypter la réalité du terrain. Il en ressort que les pratiques de prévention à l'hôpital sont disparates.

Cette activité au bilan contrasté peine à s'épanouir du fait de la discontinuité de sa gouvernance. En effet, la prévention en santé est constituée d'actions de terrain dont la mise en œuvre passe nécessairement par une coordination forte et l'allocation de ressources *ad hoc*. L'axe fort de la prévention en établissement est l'éducation thérapeutique qui bénéficie d'un cadre clair et structuré et de dotations fléchées. Pour le reste, les acteurs sont unanimes quant aux difficultés d'appréhender le champ de la prévention. Aussi, le fait d'adopter une méthodologie rigoureuse garantit un environnement institutionnel favorable et la pérennité des actions entreprises.

Au terme de l'analyse, un certain nombre de pistes de développement émergent. Celles-ci concernent le cadre législatif et réglementaire, la lisibilité des ressources mises à disposition, l'alignement stratégique des différents échelons décisionnaires et l'importance d'un développement pragmatique. Enfin, des axes de développement et légitimation du réseau HPS français sont présentés.

---

# Remerciements

---

Nous souhaiterions, dans un premier temps, remercier les responsables du module interprofessionnel de santé publique, M. Christophe LE RAT et Mme Emmanuelle GUEVARA, pour avoir organisé ce projet pédagogique et nous avoir permis de réaliser ce travail de recherche.

Nous exprimons également notre gratitude et notre reconnaissance à nos enseignants référents, Mme Charlotte KANSKI et M. Jacques DESCHAMPS, pour nous avoir accompagnés tout au long de ces trois semaines de travail, pour leurs conseils avisés et leur disponibilité à notre égard.

Enfin, nous témoignons toute notre reconnaissance aux personnes qui ont accepté de nous consacrer du temps pour répondre à nos questions :

- Mme Brigitte BELGACEM, ingénieur qualité et statisticienne au CHU de Clermont-Ferrand (63) ;
- M. Éric BODIN, directeur des soins au CH des Sables d'Olonne (85) ;
- Mme Marie BOMBAIL, directrice des soins à l'Institut universitaire du cancer à Toulouse (31) ;
- M. Laurent CHAMBAUD, directeur de l'EHESP ;
- Mme Marie-Dominique CHARIER, représentante du réseau des Établissements promoteurs de santé au Québec ;
- Pr. Bertrand DAUTZENBERG, professeur de médecine, praticien en pneumologie au GHU Pitié-Salpêtrière-Charles Foix ;
- M. René DEMEULEMEESTER, président de la Fédération nationale d'éducation à la santé et promotion à la santé (FNESPS) ;
- Mme Amélie GUIBERT, ingénieur qualité au CH des Sables d'Olonne (85) ;
- Mme Élisabeth GUILLEMAIN, coordonnatrice générale des soins au CH de Saint-Malo et Cancale (35) ;
- Dr. Olivier JOSEPH, directeur adjoint à la promotion de la santé et prévention à l'ARS Bretagne ;
- Mme Catherine LEGRY, référente territoriale en éducation pour la santé et éducation thérapeutique du CH de Vire (14) ;

- M. Pascal LEMIEUX, responsable du département prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique à l'ARS Basse-Normandie ;
- Pr Pierre LOMBRAIL, professeur de santé publique aux Hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis (93) ;
- Dr Denis MECHALI, médecin spécialiste des maladies tropicales au CH de Saint-Denis (93) ;
- Mme Souad SIARI, cadre de santé au CH de Saint-Brieuc (22).

---

# S o m m a i r e

---

Introduction .....	1
1 La prévention à l'hôpital : déclinaisons théoriques et pratiques.....	5
1.1 Du concept de prévention vers l'hôpital promoteur de santé .....	5
1.2 Une mosaïque de pratiques de prévention à l'hôpital.....	9
2 La prévention à l'hôpital : une réalité hétérogène mais perfectible.....	15
2.1 Un bilan contrasté du fait d'une multiplicité de pratiques.....	15
2.2 Des pistes d'amélioration issues du terrain dans un contexte législatif en pleine mutation.....	18
Conclusion.....	24
Bibliographie.....	26
Liste des annexes.....	28

---

## Liste des sigles utilisés

---

AP-HP :	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS :	Agence régionale de santé
CASA :	Contribution additionnelle de la solidarité pour l'autonomie
CDAG :	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CH :	Centre hospitalier
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLAN :	Comité de liaison en alimentation nutrition.
CLUD :	Comité de lutte contre la douleur
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP :	École des hautes études en santé publique
EPS :	Établissement public de santé
ERET :	Espace régional d'éducation thérapeutique
ETP :	Éducation thérapeutique du patient
FIR :	Fonds d'intervention régional
FNES :	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
GRETA :	Groupement d'établissements
HAS :	Haute autorité de santé
HPH :	Health promoting hospitals
HSPS :	Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
IUC :	Institut universitaire du cancer
LFSS :	Loi de finance de la sécurité sociale
MIG :	Mission d'intérêt général
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONDAM :	Objectif national des dépenses d'assurance maladie

RPS : Risques psycho-sociaux

T2A : Tarification à l'activité

## **Méthodologie**

Notre étude a débuté par une recherche documentaire et des lectures au sujet de la prévention dans le milieu hospitalier, ce qui nous a permis de définir une problématique pour mener notre enquête. Au fur et à mesure de ces lectures, les personnes susceptibles de nous apporter des informations ont été identifiées. Nous les avons donc sollicitées pour mener des entretiens. Nous avons dressé trois questionnaires types, pour adapter nos entretiens à nos interlocuteurs issus d'établissements hospitaliers, d'ARS ou, pour l'un d'entre eux, de l'INPES. Afin de laisser à nos interlocuteurs la possibilité de développer et d'orienter leurs propos librement dans les thèmes qui nous intéressaient, nous avons choisi de mener des entretiens semi-directifs. Des grilles d'entretiens ont d'abord été construites de façon collégiale.

De ce choix, qui exige une attention soutenue et une écoute particulièrement active pendant la discussion, a découlé la décision de mener chaque entretien en binôme voire en trinôme. Et lorsque l'interlocuteur l'acceptait, l'entretien était enregistré. Ces derniers se sont déroulés, pour la majorité d'entre eux, en présentiel, mais lorsque l'interlocuteur était physiquement éloigné, l'entretien a été mené par téléphone (Institut universitaire du cancer de Toulouse, Dr Denis Mechali, CHU de Clermont-Ferrand, représentante du réseau des Établissements promoteurs de santé au Québec), ou par visio-conférence (M. Chambaud).

Nous avons rencontré deux ARS (Bretagne et Basse Normandie) afin de mettre en perspective la vision de la prévention dans ces deux régions. L'entretien avec l'INPES, structure au sein de laquelle est développé le réseau HSPS, nous a permis d'appréhender la politique de prévention telle qu'elle est impulsée à l'échelle nationale et de mesurer l'écart avec ce qui peut être décliné et mis en œuvre localement.

Chaque entretien a été retranscrit dans un document Word et placé sur le web dans un dossier partagé accessible à tous les membres du groupe ainsi qu'aux référents. Ces retranscriptions nous ont permis de mener une analyse précise fondée sur les grilles prédéfinies. Cela nous a permis de comparer les actions des établissements de santé publics appartenant au réseau des Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé (HSPS) comme les CH de Vire ou de St Brieuc, avec celles des établissements ayant développé leurs propres outils pour mener des actions de prévention (ex. CH de St Malo, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière)

En parallèle, nous avons esquissé une ébauche de plan et nous nous sommes réparti le travail de rédaction. Un trinôme a assuré le travail de relecture nécessaire à l'harmonisation du rapport final.

Tout au long de notre travail, nous avons été guidés par nos référents.

## **Introduction**

### *Une construction historique du réseau hospitalier entre prévention et soins*

L'hôpital, tel qu'on le connaît aujourd'hui, résulte d'une longue construction sociale. Les Hôpitaux Généraux créés au XVII<sup>e</sup> siècle, durant la politique du « Grand Renfermement », avaient pour but de « soigner, nourrir, instruire et relever le niveau moral des pauvres ». Ils poursuivaient dans une certaine mesure un objectif de promotion de la santé et de prévention.

C'est au XVIII<sup>e</sup> siècle que débute la médicalisation des hôpitaux. En effet, les progrès scientifiques et médicaux vont faire passer progressivement l'hôpital d'un lieu d'accueil à un lieu dédié à la maladie et aux soins. On passe d'une logique dominante de « prendre soin » (« *care* ») à une volonté de « soigner » (« *cure* »).

Dans cette logique, la « politique hospitalière » reste longtemps locale et médicale. Toutefois, dès les années 1950, l'État oriente l'hôpital vers des initiatives en matière de santé publique. La prévention prend de l'importance car elle contribue à la régulation des dépenses de santé, objectif de la politique de santé à partir des années 1970.

### *Les initiatives des pouvoirs publics en matière de santé et de soins*

La promotion de la santé a ainsi été intégrée progressivement aux préoccupations étatiques, notamment grâce aux politiques de santé publique. Ces initiatives sont à mettre en lien avec les mouvements de planification de l'offre de soins, dès la loi de 1991 et les « ordonnances Juppé » de 1996 qui consacrent les réseaux de soins, fondamentaux en matière de promotion de la santé.

Tout d'abord, la loi 91-748 du 31 juillet 1991 consacre la nécessité pour les établissements de santé de participer à des actions de santé publique (et notamment l'éducation pour la santé). Elle pose les fondements de la promotion et de la prévention de la santé.

La loi 2002-303 du 4 mars 2002 fixe ensuite des objectifs et des programmes prioritaires nationaux de prévention. Elle affirme la responsabilité de l'État en matière de santé publique. Différents plans sont mis en place, concernant notamment la santé générale des populations (deuxième programme national nutrition santé) ou les maladies chroniques. De nombreuses circulaires sont prises en matière de promotion et de prévention : lutte contre le tabagisme, diabète, ou encore éducation thérapeutique.

La loi de santé de 2004 dote la politique de prévention d'instruments. Elle détermine des plans et des programmes nationaux de santé publique.

Le projet de loi relatif à la santé, en discussion au premier semestre 2015, taille la part belle à la promotion de la santé. Ses articles 2 à 11 traitent de la prévention et de la promotion de la santé par une action sur les déterminants de santé. Ils s'intéressent notamment aux actions en faveur des publics les plus fragiles ou les plus éloignés du système de santé. Les parcours de soins auront à cœur d'organiser l'offre de prévention et les soins de proximité. Toutefois, ces initiatives ne sont pas spécifiquement hospitalières, et la question de la prévention à l'hôpital n'est pas directement abordée dans le projet de loi.

Enfin, l'aspect international du domaine de la prévention de la santé est primordial. La circulaire du 22 octobre 2001<sup>1</sup> relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, fait constamment référence à la Charte d'Ottawa, adoptée à l'issue d'une conférence internationale menée par l'Organisation mondiale de la santé.

### ***La mise en place d'un « réseau promoteur de santé »***

Cette charte, adoptée le 21 novembre 1986, marque un tournant dans les politiques de santé publique. En effet, elle définit les principes même de la promotion de la santé positive de la population, ainsi que des stratégies d'intervention pour y accéder (ex : milieux de travail sains, « villes et villages en santé »...). La mise en place du concept « Hôpital Promoteur de Santé » est une de ces stratégies d'intervention et place l'établissement au cœur du processus « promotion de santé ».

En pratique, les hôpitaux volontaires pour intégrer un tel réseau sont incités à « *incorporer dans leur culture organisationnelle la philosophie de la promotion de la santé et à promouvoir la santé* »<sup>2</sup> de la population. Pour ce faire, les établissements publics de santé devront coopérer et échanger, afin de développer une véritable culture en matière de promotion de la santé. Les politiques et les actions mises en place d'un point de vue interne auront ainsi pour effet d'améliorer non seulement la santé du patient (et notamment à travers son « éducation » thérapeutique)<sup>3</sup> mais également les citoyens de la collectivité desservie par les hôpitaux faisant partie du réseau. Les groupes cibles ne se cantonnent pas seulement au patient ou au personnel médical, mais intègrent également les individus hors du champ médical.

D'un point de vue international, le réseau européen<sup>4</sup> puis le réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (« Health Promoting Hospitals and Health

---

<sup>1</sup> Circulaire DGS/SD6 n°2001-504.

<sup>2</sup> A. LIMBOURG, « Promouvoir la santé à l'hôpital » *La santé en action*, n°424, juin 2013, p. 16 à 24.

<sup>3</sup> Trois types d'activités peuvent être mis en exergue : l'éducation thérapeutique qui s'intéresse au traitement, l'éducation du patient à sa maladie ainsi que l'éducation du patient à sa santé.

<sup>4</sup> Il a fonctionné entre 1993 et 1997.

Services » ou « HPH ») ont permis de faciliter l'implantation du concept par la création de plus de quarante réseaux d'environ 900 hôpitaux membres.

D'un point de vue national, la France a, dès l'adoption de la Charte Ottawa, mis en place le réseau français HPS qui fut, à l'époque, fondé par sept hôpitaux membres<sup>5</sup>, et ce notamment grâce à une coordination assurée par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Intégré ensuite au sein de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), il a été redynamisé à partir de 2012 sous une forme plus englobante : désormais dénommé « HSPS » pour Hôpitaux et Structures de santé Promoteurs de Santé, ce réseau est ouvert aussi bien aux établissements de santé publics et privés qu'aux centres, maisons, pôles et réseaux de santé. Chaque structure membre du réseau HSPS est également, de fait, membre du réseau international HPH, dans un objectif de partage des bonnes pratiques au-delà des frontières.

### ***Objectifs de l'étude***

Mener une recherche sur le « rééquilibrage de la politique de santé entre prévention et soins » s'inscrit dans la logique que nous venons de décrire. L'hégémonie du curatif sur le préventif se traduit par un déséquilibre du système de santé qui est tout particulièrement prégnant en France. Les politiques de santé précédemment évoquées, en France et sur le plan international, visent à limiter cette hégémonie et à adopter une approche globalisante : en effet, la santé étant définie par l'OMS comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas en une absence de maladie ou d'infirmité », les politiques de santé recouvrent l'ensemble des initiatives des pouvoirs publics visant à améliorer le bien-être individuel et collectif des populations. Dans cette mesure, l'activité sanitaire ne peut plus être appréhendée seulement comme les soins apportés à des malades, mais également comme toutes les actions développées en amont, pour limiter l'apparition ou la prévalence des maladies par exemple. Cette activité préventive doit permettre de réduire, *in fine*, l'activité curative en tant que telle. C'est pourquoi l'enjeu est d'atteindre un « rééquilibrage », de trouver un nouvel équilibre entre prévention et soins : les deux activités sont intrinsèquement liées et traduisent des visions complémentaires de la santé. La volonté de faire basculer la tendance vers le préventif est présente dans les récentes lois françaises mais peine à se concrétiser.

Quelle est la place de l'hôpital dans cet effort ? Traditionnellement, et malgré le glissement du vocable « établissement de soins » à celui d' « établissement de santé », plus inclusif, les hôpitaux ont été et demeurent un lieu de forte prévalence de la maladie. Le patient s'y rend pour

---

<sup>5</sup> Hôpital Vaugirard, Hôpital Robert Debré, CH du Havre, CH Eaubonne-Montmorency, CH de Valenciennes, CH de Dreux, CH Poissy St-Germain.

bénéficier de soins curatifs spécifiques. Cette activité première, autour de laquelle se sont construites les structures hospitalières, concentre la majorité de leurs ressources. De ce fait, il est difficile pour les hôpitaux de libérer des ressources humaines et matérielles pour une activité qui n'est plus leur objectif initial. Ils sont pourtant en première ligne des réformes de la politique de santé visant à développer la prévention. Ainsi, les quatorze missions de service public auxquelles sont astreints tous les établissements publics de santé comprennent les actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi que leur coordination. Dans le système de santé français, l'hôpital occupe en effet une place centrale. Son niveau élevé de structuration par rapport à celui de l'offre libérale de soins en fait l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics désireux de mettre en œuvre des réformes.

Il nous intéresse donc ici de découvrir dans quelle mesure le secteur hospitalier parvient, ou non, à s'emparer de ces missions de prévention. Entouré par divers acteurs nationaux en faveur de ce rééquilibrage (administration centrale et déconcentrée, établissements publics rattachés au ministère de la Santé), les établissements de santé développent des stratégies diversifiées pour s'accommoder de ces contraintes nouvelles, qui s'ajoutent aux impératifs budgétaires les poussant à une activité plus rentable, et donc généralement curative. L'hôpital oscille ainsi entre des logiques qui semblent s'opposer mais qu'il convient de réconcilier.

Notre rapport cherche ainsi à mettre en lumière les formes, diverses, sous lesquelles la prévention se développe au sein des établissements de santé, ainsi que les modalités actuelles et potentielles de la coordination de ce développement.

Nous étudierons tout d'abord les dimensions théoriques sous lesquelles la prévention est appréhendée à l'hôpital, ainsi que ses déclinaisons pratiques, pour ensuite identifier les freins et les perspectives d'amélioration du développement de la prévention dans le secteur hospitalier.

### ***Méthodologie de l'étude***

Notre étude mêle recherche documentaire et enquête de terrain. Suite à nos lectures, nous avons identifié des acteurs intervenant dans le champ de la prévention, auprès de qui nous avons réalisé des entretiens dans l'optique de mesurer les écarts dans la mise en œuvre de la prévention dans les hôpitaux par rapport aux directives nationales et régionales. Ces entretiens, semi-directifs, ont été menés selon une grille déterminée à l'avance. Ils ont permis d'alimenter notre réflexion et nos préconisations sur la place de la prévention à l'hôpital.

# 1 La prévention à l'hôpital : déclinaisons théoriques et pratiques

## 1.1 Du concept de prévention vers l'hôpital promoteur de santé

La complexité des notions de prévention en fait un concept difficile à appréhender par les différents acteurs. Il nous importe de définir et de clarifier ce que nous entendons par prévention pour éclairer notre travail. Pour exemple, le dictionnaire Larousse donne sept significations au mot « prévenir », ce qui peut être source d'ambiguïté et en fait un concept « fourre-tout » dont l'usage peut être hasardeux.

Définie institutionnellement par l'OMS, la prévention demeure un concept large englobant l'ensemble des « mesures visant à prévenir l'apparition de la maladie, à arrêter sa progression et à diminuer ses conséquences une fois qu'elle s'est déclarée ».

### *Classifications de la prévention*

L'OMS identifie quatre niveaux de prévention<sup>6</sup>. La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie et a pour but d'empêcher sa survenue. Elle fait appel à des mesures individuelles (ex. hygiène corporelle, alimentation) et collectives (ex. vaccinations, distribution d'eau potable). La prévention secondaire a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population (ex. dépistage). La prévention tertiaire intervient après la survenue de la maladie pour réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie (ex. éducation thérapeutique, réadaptation fonctionnelle). La prévention quaternaire correspond à l'ensemble des soins palliatifs auprès de malades qui ont dépassé le stade curatif et qui se trouvent en phase terminale pour éviter la surmédicalisation. Selon le Pr Lombrail, professeur de santé publique à l'AP-HP, un débat se fait jour à propos de cette notion qui pourrait également recouvrir la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

Cette classification de type temporelle et linéaire, fondée sur le moment de l'intervention, est critiquée par R.S. Gordon<sup>7</sup>. Il définit la prévention selon le public auquel elle est destinée et distingue, d'une part, la prévention universelle, dirigée vers l'ensemble de la population (ex. campagnes de communication), et d'autre part, la prévention sélective, en direction de sujets déjà exposés ou à risque. Cette analyse est reprise par le Pr Lombrail, qui estime que s'en tenir uniquement aux concepts de prévention primaire, secondaire, tertiaire voire quaternaire, comme c'est le cas dans le milieu hospitalier, ne permet pas d'analyser la totalité de la problématique.

---

<sup>6</sup> F. BOURDILLON, *Traité de prévention*, édition Flammarion, mars 2009, p4.

<sup>7</sup> R.S. GORDON, "An operational classification of disease prevention", *Public Health Report*; 98 : 107-109 1983

Ces définitions correspondent encore largement à une conception curative et thérapeutique de la santé : comme le soin, la prévention s'adresse à des patients passifs, dont on ne cherche pas la participation, ni l'appropriation du traitement.

### ***Identifications des actions de prévention***

La plupart des établissements identifient les actions qu'ils mènent sous le terme générique de prévention, et ne font pas spontanément la distinction entre ces quatre niveaux.

En revanche, les actions relevant de l'éducation thérapeutique sont bien identifiées et se voient attribuer du personnel spécifique. La HAS (Haute Autorité de Santé) et l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) définissent l'éducation thérapeutique comme « *visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* »<sup>8</sup>. Il s'agit d'un processus par étapes intégré aux soins qui comprend un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient. Ceci permet d'aider le patient et son entourage dans la compréhension de la maladie et des traitements afin de maintenir et/ou améliorer leur qualité de vie.

Aujourd'hui, confrontés à des pathologies dépendant majoritairement du comportement du sujet, un nouveau modèle de classification est proposé. Ce modèle reprend les mêmes dénominations que Gordon mais en fait évoluer le contenu :

- Une prévention universelle destinée à tous et qui ne prend pas en compte l'état de santé, ce qui correspond à l'éducation pour la santé et devient promotion de la santé.
- Une prévention sélective : prévention des maladies chez les sujets exposés.
- Une prévention ciblée, dirigée vers les malades pour leur apprendre à gérer leur traitement, ou éducation thérapeutique.

Cette classification supprime la dichotomie entre soin et prévention puisque la prévention y est globale. Elle est appliquée à la totalité de la population des gens en parfaite santé aux malades les plus graves. Elle est également fondée sur la recherche de l'appropriation de sa santé par la population, cherchant à prévoir les complications possibles et à anticiper leur survenue.

Dans tous les cas, la prévention s'adresse à un large panel : « *La prévention doit être faite en direction des usagers, des professionnels, de la communauté et de l'environnement* »<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> J. RAIMONDEAU, *L'épreuve de santé publique*, presses de l'EHESP, 2013, p 172.

<sup>9</sup> P. LOMBRAIL, Professeur en santé publique aux Hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis (AP-HP).

## ***Promotion de la santé ou éducation à la santé : la prévention universelle à l'hôpital***

La notion de promotion de la santé a émergé dans les années 1970. En 1986, elle a été définie par la charte d'Ottawa de l'OMS comme « *un processus visant à donner à l'individu et à la collectivité la capacité d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur niveau de santé. Il s'agit d'un concept évolutif qui désigne les actions visant à favoriser les modes de vie et les autres facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé* ».

Cette même charte a donné une perspective et un cadre opérant à l'éducation pour la santé, en précisant qu'elle est la « *composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé* »<sup>10</sup>. L'éducation pour la santé doit aider les gens à améliorer leur état de santé en modifiant leurs comportements et en menant une vie plus saine. Elle encourage les gens à participer et à être acteurs de leur propre santé.

L'éducation thérapeutique est née de cette logique. Elle répond aux mêmes principes, mais s'adresse à des sujets déjà malades.

En tant que « composante des soins », cette activité d'éducation doit trouver sa place à l'hôpital. Le Pr. Lombrail, ainsi que le Pr. Dautzenberg<sup>11</sup>, qui exerce à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, notent que la prévention gagne à être intégrée à l'ensemble de la prise en charge de la santé et de la maladie, et plaident pour qu'elle ne soit plus isolée du soin. Toutefois, elle n'est pas encore appropriée par tous les acteurs dans sa globalité et sa complexité, et elle est menée différemment selon le type d'établissement étudié. Par exemple, Mme Bombail<sup>12</sup> note que l'IUC Claudius Regaud « *ne fait guère de prévention primaire et secondaire mais se concentre sur la prévention tertiaire et quaternaire car il fait peu de diagnostics* ».

Selon M. Demeulemeester<sup>13</sup>, « *l'important c'est d'aller au-delà de la promotion du soin et de la santé. En matière hospitalière, il y a avant tout l'amélioration des conditions individuelles, alors qu'en promotion de la santé il y a aussi le fait d'essayer d'améliorer les compétences individuelles, d'obtenir une évolution plus favorable du milieu social et du milieu matériel dans lequel les personnes évoluent* ». Il précise que la différence entre éducation et promotion de la santé, tient au fait que la seconde nécessite des environnements qui lui soient favorables.

---

<sup>10</sup> J. RAIMONDEAU, Op. cit., p. 30.

<sup>11</sup> B. DAUTZENBERG, Professeur de pneumologie au GHU Pitié Salpêtrière-Charles Foix (AP-HP).

<sup>12</sup> Marie BOMBAIL, directrice des soins à l'Institut universitaire du cancer à Toulouse

<sup>13</sup> M. DEMEULEMEESTER président de la FNESPS.

## *Vers la création d'hôpitaux promoteurs de santé*

Pour appuyer l'implantation du concept et instaurer de tels environnements, un réseau international des hôpitaux promoteurs de santé a été créé à l'initiative de l'OMS en 1990 pour soutenir les établissements. Un projet pilote européen constitué de vingt hôpitaux de 1993 à 1997 a permis de vérifier que l'implantation du concept HPS était « plausible, acceptable et faisable ». Aujourd'hui, le mouvement HPS compte plus de quarante réseaux nationaux et internationaux dans plus de quarante pays. Le réseau français des hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé (HSPS) adhère aux principes du réseau international « Health Promoting Hospitals and Health Services » (HPH), dans le but d'améliorer la santé des populations. Ce réseau comprend seize structures. Un comité national de coordination du réseau a été créé par l'INPES afin de donner un appui transversal au développement du réseau et de promouvoir la santé grâce à une dynamique d'échanges de pratiques et à la création d'outils communs.

Les principales caractéristiques des hôpitaux promoteurs de santé doivent être de maintenir et améliorer l'état de santé des populations, de viser cette dernière dans et hors de l'hôpital, et d'encourager le développement de la promotion de la santé à l'hôpital. Cela peut se faire notamment en proposant un cadre de développement, en favorisant les échanges entre hôpitaux, et en mettant à disposition une base de données d'expérience. L'objectif est de travailler dans une logique « apprenante ». Ce concept incite les hôpitaux à incorporer dans leur culture la philosophie de la promotion de la santé et à promouvoir la santé des patients, des personnels et de la communauté qu'ils desservent. Une structure de santé promotrice de santé étend ses responsabilités au-delà des frontières étroites des épisodes cliniques aigus et coopère avec la communauté pour promouvoir une approche globale de la santé à travers les politiques et les actions de promotion de la santé<sup>14</sup>.

Passer d'une approche « soin » à une approche « santé » requiert de profonds changements de pratiques, de culture et de mentalités<sup>15</sup>. Comme le remarquent les coordonnateurs de réseau dans les établissements, ces changements nécessitent des formations, du temps et des financements.

Concrètement, avoir une démarche de promotion de la santé dans une structure de santé qui participe à l'offre de soins, c'est :

- Travailler dans une logique de santé axée sur la qualité de vie des usagers et de leur famille, par-delà la lutte contre les maladies ;

---

<sup>14</sup> Dépliant HSPS

<sup>15</sup> RAFFELINI C., CHARIER MD., REY L., COLIN C., La santé en action, n°424, juin 2013, p20.

- Mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé des personnes qui fréquentent la structure de santé ou qui vivent à proximité ;
- Travailler en partenariat avec d'autres acteurs de santé pour assurer la continuité des soins;
- Faire de la structure de santé un lieu où les conditions de vie et de travail exercent une influence favorable sur la santé de chacun ;
- Faciliter la participation effective et concrète des usagers et des professionnels aux décisions qui concernent leur santé ;
- Participer à l'amélioration du système de santé en général.

## **1.2 Une mosaïque de pratiques de prévention à l'hôpital**

La présentation des différents entretiens menés pourrait apparaître comme devant se structurer entre deux catégories distinctes : établissements dans et hors réseau HSPS. Mais comme nous avons pu le constater, l'appartenance au réseau ne prête pas à conséquence quant à l'appréhension et la pratique de la prévention. C'est donc tout naturellement du côté des organisations transversales (FNES, ARS, EHESP) voire même à l'étranger qu'il nous a fallu nous adresser pour trouver des descriptions complémentaires.

### *Constats à partir des entretiens menés auprès d'établissements*

En effet, notre premier constat a été que les visions qu'ont les établissements du réseau HSPS ne justifient pas d'utiliser ce critère de distinction : appartenance ou non au réseau. Ainsi, les établissements hors réseau n'en ont pas entendu parler ou estiment que son lien avec l'INPES le rend trop théorique et coupé du terrain (La Pitié Salpêtrière). Mais lors de nos rencontres avec les établissements membres, ils évoquent qu'il s'agit avant tout d'une démarche institutionnelle et que le réseau a peu d'influence sur leurs pratiques de prévention. L'apport concret est faible, même si cela crée un espace d'échange d'expériences.

La prévention est presque toujours inscrite au sein du projet d'établissement de chacun des hôpitaux interviewés : soit parce qu'il s'agit de CHU où elle est obligatoire depuis 1958 (la Pitié-Salpêtrière), soit parce qu'il s'agit d'un objectif rappelé de manière systématique, mais plus complexe à décliner selon les petites structures. Le premier écueil à dépasser est de savoir ce qu'est la prévention dans les différents établissements. En effet, tous la lient au patient, parfois

au personnel, et peu aux politiques de ville, de coopération voire quasiment jamais aux politiques de développement durable, qui reste presque toujours un axe discret du programme des achats et/ou des politiques de déplacement en ville. À mesure que les entretiens se déroulent, la notion de prévention se précise avec les interlocuteurs eux-mêmes qui n'ont pas toujours les mêmes mots derrière le terme de prévention : beaucoup ne voient que la prévention primaire, sur laquelle ils se reconnaissent peu acteurs, puis dans un second temps ils appréhendent davantage la notion de préventions secondaire et tertiaire, mais presque exclusivement avec la notion d'éducation thérapeutique. Celle-ci s'intégrant dans le parcours de soins, et reconnaissant une action des soignants et/ou du personnel médical, elle est facilement identifiable et identifiée par les interlocuteurs. Il n'y a pas de différence pour l'ETP entre hôpitaux adhérents et non adhérents (CHU de Clermont-Ferrand, Vire avec des programmes validés par l'ARS).

Certains ont toutefois une conception originale à travers les derniers textes : ainsi, le CH de St Malo s'appuie sur le patient traceur pour mettre en avant la prévention. D'autres du fait même de leur activité (IUC avec la cancérologie) s'orientent vers la prévention de la rechute et de la récurrence. Enfin, si tous lient prévention et dépistage, la plupart avancent que si des actions de prévention existent au sein de leur établissement, elles ne sont pas pour autant véritablement coordonnées (la Pitié Salpêtrière et ses 36 programmes d'ETP).

Lorsque la politique nationale est visible, elle incite davantage les dirigeants à inscrire leur action dans le projet d'établissement et dans des organisations transversales. Ces dernières leur apportent une structuration, à la fois sur l'appréhension de la notion de prévention (FNES) que sur des financements ciblés (ARS Basse-Normandie).

Le patient est toujours identifié comme la cible potentielle de la prévention. À l'inverse, les actions en direction du personnel sont plus complexes. Ces dernières doivent être menées en collaboration avec la médecine du travail et les instances représentatives du personnel. Certains choisissent alors des actions spécifiques (lutte contre les RPS à St Malo, addictologie au CH de St Brieuc), ou plus ponctuelles en association avec les usagers (octobre rose, journées thématiques sur le développement durable à Vire).

Les acteurs de la prévention sont identifiés comme étant avant tout les soignants. Pour les établissements non adhérents au réseau, si les directions générales apparaissent peu impliquées selon les témoignages recueillis (Pitié Salpêtrière), il n'en va pas de même de la direction des soins (IUC) ou de la direction de la qualité (St Malo), qui trouvent leur écho auprès de la CME, même si cette dernière ne prolonge pas cette action de manière opérationnelle (St Brieuc). Elle

laisse le soin à chaque acteur médical d'être un acteur ou non, de manière ponctuelle (CH Sables d'Olonne) ou en se constituant comme relais de l'information ou d'orientation (IUC).

Les établissements membres ont structuré leurs actions grâce à un référent interne (Clermont-Ferrand, St Briec) ou de territoire (Vire), ce qui leur permet d'avoir un interlocuteur identifié. L'adhésion au réseau prouve la volonté de la direction générale de s'engager plus fermement dans une politique de prévention (St Briec, Vire, CHU de Clermont-Ferrand avec une coordonnatrice nommée), même si parfois l'adhésion précède l'identification d'un objectif clair et précis (CH de St Denis).

Les équipes soignantes mènent plutôt des actions transversales, relayées par les structures internes (CLAN, CLUD pour le CH St Malo, équipes d'addictologie et diabétologie au CH Sables d'Olonne) ou associatives.

Enfin, les relais extérieurs se font à travers des organismes de formation (GRETA, CPAM, Réseau Doc 31) qui mènent à la fois des manifestations de type Octobre Rose ou des couvertures de prévention primaire, dont ne s'occupent pas les hôpitaux. Ainsi, le CH de St Briec, qui a le label *Ville Santé OMS* (voir infra, p. 13), développe un travail conséquent en lien avec les écoles et les structures de l'éducation nationale (c'est aussi le cas du CH de Vire) ou le Conseil général. Le CHU de Clermont-Ferrand interagit également beaucoup avec les associations d'usagers, comme la région Île-de-France. La situation est cependant très contrastée entre les établissements pour leur travail avec les associations, qu'ils appartiennent ou non au réseau HSPS. Les structures n'ont pas le sentiment de devoir être en première ligne sur le champ de la prévention primaire, et ils sont d'autant moins incités à s'y dédier que cette activité est plutôt assumée par les structures libérales.

Par ailleurs, la certification et son intervention dans le champ de la prévention sont vécues différemment selon les établissements. Certains établissements s'y réfèrent du fait de leur pratique en ETP (CH Sable d'Olonne), d'autres notent le peu d'intérêt de la HAS pour la prévention (Pitié Salpêtrière) et estiment que le lien est faible. À l'inverse, les membres du réseau font le lien de manière quasi-immédiate dans les entretiens avec les critères de la certification, puisque l'ETP est un des critères du manuel de certification. Il y a de l'évaluation en ce qui concerne l'ETP, il existe des indicateurs d'activité à destination de l'ARS. Les établissements en lien avec les écoles ont une évaluation avec les acteurs eux-mêmes (Vire).

La principale difficulté mise en avant par les établissements est celle du financement et des moyens. Si les établissements hors réseau ont du mal à obtenir des MIG (IUC Toulouse), pour d'autres cela relève d'une habitude institutionnelle (Pitié Salpêtrière). Il existe cependant peu de

financements pérennes ou de postes fléchés pour ces établissements : cela se passe davantage au niveau de l'ARS (Basse Normandie par exemple). Dans les établissements adhérents, les moyens alloués ne sont pas nécessairement plus importants. Il s'agit plutôt d'une structuration différente de leur activité, en réponse à la volonté interne ou régionale de créer des postes dédiés (ex. poste de référents territoriaux en Basse-Normandie). L'ETP est cependant incitative pour tous dans la mesure où les actes éducatifs sont valorisés à travers une cotation valorisée en T2A.

Les actions en lien avec la recherche restent casuistiques, soit par les travaux des internes (Vire), soit par des recherches dédiées (IUC Toulouse). Il n'y a pas de fil conducteur pour la structuration de la recherche dans les établissements selon leur appartenance au réseau ou pas.

### *Constats à partir des entretiens menés au sein des organisations transversales*

Pour compléter notre approche, nous avons fait le choix de rencontrer des responsables de la politique de santé publique, afin de confronter les visions des acteurs de terrain et celle des experts des organisations transversales.

D'une part, la place de la prévention dans les hôpitaux, selon M. Chambaud, directeur de l'EHESP, doit être intégrée dans la stratégie des établissements publics de santé. Si la prévention se développe à travers les pratiques cliniques préventives, primaires, secondaires et tertiaires, la promotion de la santé est un sujet plus complexe pour les hôpitaux, car elle touche aux déterminants de santé. L'hôpital peut agir sur certains déterminants de santé (modes de vie, facteurs de risques, santé mère enfant, personnes âgées, etc). En revanche, en promotion de santé, il est important d'agir également sur le milieu social et environnemental, indépendant de l'hôpital. Pour autant, l'hôpital doit s'impliquer en tant qu'acteur fédérant et coordonnateur en agissant avec l'ensemble des structures du territoire. La mise en œuvre de la prévention ne repose pas uniquement sur l'hôpital mais également sur un réseau d'acteurs, et les actions doivent irriguer l'ensemble des structures d'un territoire. Il est important que les logiques soient portées par les ARS et les collectivités territoriales et que les établissements soient aidés par des outils pour développer les pratiques préventives. Pour les ARS, la logique de prévention est déterminée par des axes globaux à partir des besoins de la population du territoire en lien avec les élus et la politique de la ville. Les établissements sont porteurs des projets en répondant aux appels à projets lancés par les ARS. L'hôpital coordonne les actions en travaillant avec les libéraux.

D'autre part, l'approche des ARS est centrée sur la population, et notamment les populations défavorisées. La prévention à l'hôpital est peu ciblée sur le personnel selon M.

Demeulemeester : peu investie par les directions hospitalières, elle est laissée à la médecine du travail et au CHSCT, sous prétexte que la qualité de vie dépend de la sphère privée alors que la vie personnelle dépend aussi des conditions de vie au travail. Les statistiques de l'INPES font ressortir que les actions s'adressent majoritairement aux usagers.

La contribution des usagers, des associations, des professionnels libéraux et des collectivités territoriales est requise pour l'élaboration des programmes de prévention qui seront portés et coordonnés par les hôpitaux. Nous pouvons citer pour exemple la signature des contrats locaux de santé entre les ARS et les hôpitaux, ou encore le réseau « Ville santé » de l'OMS. Ce réseau, qui entre en concurrence avec le réseau HSPS, décerne un label aux établissements de santé, mais également aux structures interagissant avec la ville pour intégrer la prévention dans une coopération ville-hôpital. Il a connu ces dernières années plus de succès que le réseau HSPS, ce qui n'empêche pas les deux réseaux d'avoir chacun leur utilité et leur champ d'action (M. Demeulemeester).

Le financement des actions de prévention dans les hôpitaux reste le point crucial : les ARS dégagent des budgets pour des appels à projet et peuvent financer des postes de professionnels ou des actions ciblées. D'après M. Demeulemeester, l'estimation des budgets nationaux consacrés à la prévention serait de 50 millions, contre 190 milliards d'euros consacrés aux dépenses de soins. Les politiques de santé sont très centrées sur le soin et sur les aspects techniques. Le système de financement actuel de la tarification à l'activité n'incite pas les établissements à développer des actions préventives.

De même, il n'y a aucune incitation à lancer des programmes de recherche même s'il existe des initiatives ponctuelles (ex. Midi-Pyrénées).

Les modes d'évaluation des actions de prévention sont diversifiés selon les régions. Globalement, l'évaluation est délicate à mettre en œuvre car les actions sont récentes et difficiles à identifier, et les acteurs ne font pas toujours remonter les données. Par exemple, l'évaluation de la satisfaction des usagers en matière de promotion de la santé est difficile à obtenir (INPES).

La certification tient peu compte de la prévention, à l'exception du champ de l'éducation thérapeutique. Toutefois, l'INPES estime qu'il serait intéressant d'intégrer la prévention dans ses thématiques, au moins pour les membres du réseau HSPS.

Le réseau HSPS est plus orienté sur la santé publique que sur l'offre de soins. Remis en fonctionnement en 2013, il intègre les établissements au moyen d'une charte d'engagement et veut mettre en place des outils puis des formations pour aider les hôpitaux à monter leurs projets. Mais il ne dispose pas de moyens spécifiques et est actuellement perçu par les établissements

comme conceptuel et peu opérationnel, dans la mesure où les projets sont encore insuffisamment développés. Ainsi, les ARS n'y ont pas encore adhéré, attendant d'y voir une plus-value et estimant que son efficacité est relative.

L'exemple du Québec<sup>16</sup> apporte un autre éclairage sur la dimension de la promotion de la santé. C'est une stratégie globale et intégrée au moyen d'une approche collective populationnelle qui vise tous les publics. Le réseau fait du lobbying auprès des décideurs publics et peut déposer des propositions de lois. La collaboration entre associations, communautés d'usagers et hôpitaux est importante. Au niveau des établissements, il existe une direction de la promotion de la santé. Le directeur signe le certificat d'adhésion par lequel il s'engage à développer des actions de promotion de la santé. Son implication personnelle est sollicitée par le biais de son évaluation. La norme OMS « entreprise en santé » permet d'évaluer l'atteinte des objectifs en matière de promotion de la santé, comme par exemple la prise en compte de la santé du personnel. Comme en France, les hôpitaux ne bénéficient pas de moyens financiers spécifiques et chaque établissement désigne un responsable du réseau.

C'est ce type d'exemple qui nous permettra, après une phase d'analyse, de procéder à des préconisations de la situation de la prévention à l'hôpital. En effet, si elle reste hétérogène, rien ne l'empêche d'être perfectible.

---

<sup>16</sup> M.-D. CHARIER, représentante du réseau des Établissements promoteurs de santé au Québec.

## **2 La prévention à l'hôpital : une réalité hétérogène mais perfectible**

### **2.1 Un bilan contrasté du fait d'une multiplicité de pratiques**

Notre analyse a fait ressortir plusieurs points qui peuvent être à la fois des points forts et des points faibles. C'est le cas, en premier lieu, de la coopération et coordination des acteurs de santé à travers l'action d'éducation thérapeutique du patient (ETP), mais également à travers les difficultés pour obtenir des financements pérennes. En second lieu, la difficulté à appréhender le champ même de la prévention conduit à remettre en cause la méthodologie et l'environnement institutionnel pour arriver à promouvoir la prévention au sein de chaque établissement.

#### *Organisation et coopération*

Au regard des différents constats opérés précédemment, un pilotage à la fois national et régional apparaît primordial. Il est utile pour les établissements d'avoir une lisibilité des lignes directrices, un cadre structurant pour entraîner l'ensemble des acteurs concernés. Le poids législatif et réglementaire est également un soutien pour pérenniser les organisations. De même, l'implication de la direction de l'hôpital et la motivation des porteurs de projets sont essentielles au développement de la prévention.

Toutefois, des innovations ou initiatives telles que la mise en place de référents territoriaux en région (Basse Normandie) peuvent être des réussites et servir de modèles pour d'autres régions comme pour le réseau HSPS. En effet, le soutien de l'ARS par le déploiement de personnes ressources au sein de chaque territoire permet de développer des actions de prévention au plus près du terrain, des usagers ou encore des professionnels. Pour structurer une ouverture sur la ville, des partenariats avec des acteurs extérieurs à l'hôpital sont nécessaires, mais cela dépend bien souvent du volontarisme à la fois des établissements et des acteurs locaux. Les contrats locaux de santé apparaissent comme des outils pertinents relayant une coordination efficace entre l'environnement hospitalier et urbain. Cela permet de prolonger l'action de prévention initiée à l'hôpital jusqu'au domicile et au quotidien des personnes ciblées par la prévention dans une logique de parcours de santé.

## *Coordination*

Ces coopérations impliquent nécessairement une coordination des actions, et des acteurs afin que l'ensemble soit cohérent. Il est important, au sein de la structure hospitalière, que les différentes directions (direction générale, des soins, de la qualité) se concertent pour une meilleure communication et diffusion de l'information.

Le relais est souvent assuré par les associations, interfaces entre usagers et soignants. Ils participent ainsi à l'expression de la démocratie sanitaire à travers leur collaboration à des manifestations comme « octobre rose » et « mars bleu ». Cela ne peut fonctionner que si les usagers ont les moyens de s'exprimer au sein de leur établissement, ce qui n'est pas toujours une réalité, de l'aveu même de certains établissements interrogés.

D'un point de vue extérieur, les réseaux existants (HSPS et ville santé OMS) tentent la coordination par des réunions, des retours d'expériences mais l'application concrète de la prévention reste à satisfaire. De même, les réalisations du service de santé au travail ne correspondent pas à ce qui est attendu de lui : il est vu comme un acteur majeur de la prévention alors qu'il n'a ni les moyens, ni la vocation d'engager une action globale de prévention auprès du personnel des établissements.

## *Dépendance forte aux finances*

Les établissements mettent systématiquement en avant les difficultés liées aux finances. Si l'ETP faisait autrefois l'objet de MIG spécifiques, aujourd'hui elle est subventionnée via les Fonds d'intervention régionaux (FIR). Or, ces derniers ont, d'année en année, une enveloppe qui se réduit. Derrière ce constat mathématique se cachent cependant des réalités contrastées.

En effet, nombre d'interlocuteurs pointent le fait que leurs établissements n'ont aucun poste dédié à la prévention, ce qui permettrait de les extraire des effectifs courants. Mais quelques-uns bénéficient d'une volonté des ARS de développer des actions spécifiques. C'est le cas de l'ARS Basse-Normandie dont les 9 référents régionaux se déploient dans les établissements en dehors des effectifs de l'établissement. Cela empêche une captation des crédits par des établissements soucieux d'une bonne gestion financière et pour lesquels la diminution des actions de prévention pourrait être une source d'économie. A contrario, ceux qui n'ont pas ces référents jouent sur la motivation des personnels soignants et sur leur appropriation de la culture de la prévention, particulièrement par l'ETP. La première solution apporte le confort d'une situation claire et soutenue par la tutelle, alors que la seconde joue sur l'ambiguïté du jeu institutionnel entre le bon vouloir et le bien pouvoir. D'autres ont trouvé la solution à travers le fléchage de poste par la recherche. Mais tous s'accordent

sur le fait que la conduite d'une politique en faveur de la prévention ne peut se faire de manière pérenne qu'avec un financement clair et indépendant des affectations de crédits, remises en cause chaque année. Le contexte national de plan d'économie sur les dépenses hospitalières ne laisse cependant que peu d'espoir que la situation s'améliore. Toutefois, le financement semble stabilisé pour l'éducation thérapeutique du patient.

### ***Éducation***

Le point fort revendiqué par tous les acteurs interviewés est l'éducation thérapeutique citée comme une porte d'entrée de la prévention dans les établissements. Du fait d'un fléchage national et régional avec des programmes validés, financés et évalués, l'éducation thérapeutique est un levier interne dont les professionnels s'emparent car l'action de prévention est inhérente à leur activité (en oncologie par exemple).

Pour autant, le réseau HSPS ne s'implique pas dans cette ETP. En effet, il s'agit d'un champ qu'il a volontairement exclu du cercle de ses compétences, en raison des politiques menées sur le sujet par la DGOS et la HAS depuis de nombreuses années. Cette politique apparaît aujourd'hui mature au sein des structures de santé. Quel que soit le parcours de soins vers lequel on se tourne, l'ETP est mise en place, bien que certaines filières se détachent plus sensiblement que d'autres : mère-enfant, gériatrie, psychiatrie. On retient précisément le terme de filière pour ces exemples : elles prouvent qu'en éducation thérapeutique, la transversalité et la coordination avec les acteurs extra-hospitaliers sont une réussite. Malheureusement, cela dissimule les difficultés de l'hôpital à identifier d'autres domaines de prévention.

### ***Difficultés d'appréhender le champ même de la prévention***

L'ensemble des établissements contactés fait état de la même difficulté à appréhender la notion même de prévention. La méthodologie qu'ils mettent en œuvre en pâtit : les concepts de prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire sont mélangés. Les structures s'approprient parfois les définitions de la classification de Gordon mais de manière pointilliste, hésitant entre prévention universelle ou ciblée, et n'atteignant ainsi pas toujours leurs objectifs. Par exemple, certaines actions ponctuelles, par exemple des colloques ou des journées dédiées à la prévention ne semblent pas utiles, dans la mesure où les intervenants font eux-mêmes la confusion entre les concepts d'éducation à la santé et de prévention. De plus, ils s'adressent à des publics (les soignants, le personnel et les patients) qui ont une vision de la prévention centrée sur des prises en charge individuelles et non collectives. Elles sont purement inscrites dans un parcours de soins et

non dans un environnement global des individus sujets de la prévention. C'est sans doute la faiblesse par essence de la prévention hospitalière.

En effet, il faudrait une coordination globale pour assurer la cohérence des actions sur l'ensemble des déterminants de santé : chaque sphère ne peut pas agir de manière indépendante, sans prendre en compte ce qui est fait à l'extérieur. À ce stade, certaines des structures en charge de la politique nationale notent un manque cruel d'évaluations de toutes ces actions. Un bilan appuyé par une méthodologie claire, sur ce qu'est la prévention et comment la décliner, éviterait une inclusion superficielle par les acteurs de terrain de l'éducation à la santé, de la prévention et de l'environnement pré et post-hospitalier. Le constat est surprenant lorsque l'on met en parallèle les établissements et les institutions en charge de la prévention et plus particulièrement le réseau HSPS. Alors que les premiers expriment un manque d'accompagnement et de relais de leur politique de prévention, les secondes cherchent le point d'entrée pour des formations. Ce n'est que par des politiques régionales de coordination que le lien paraît amorcé, notamment par les ARS, dès lors qu'elles lient méthodologie et environnement institutionnel.

### *Méthodologie et environnement institutionnel*

De facto, une méthodologie rigoureuse et suivie permet, avec un environnement favorable, de pérenniser les actions de prévention. Par exemple, les différents plans (plan cancer) ou différentes méthodes (patient traceur) sont porteurs dans le sens où il s'agit d'un pilotage national avec validation d'agences transversales. En parallèle, la structuration de la recherche pourrait être moteur de développement de la prévention, mais elle peine à émerger. Les acteurs n'exploitent pas les possibilités offertes par la recherche, sauf certains internes en médecine.

Le réseau HSPS créé de longue date, se redynamise depuis 2012 avec une charte faisant sens pour les acteurs avec quatre axes définis : le patient, le personnel, les politiques de ville et l'environnement (au sens développement durable). Dès lors, la question se pose de savoir comment lier cette méthodologie, clairement absente des établissements, avec l'environnement institutionnel (direction générale, ARS, etc.) indispensable à sa réussite. Il s'agira alors d'explorer les pistes d'amélioration dans un contexte législatif en mutation.

## **2.2 Des pistes d'amélioration issues du terrain dans un contexte législatif en pleine mutation**

Les entretiens menés pour les besoins de cette étude ont permis de faire ressortir que, globalement, en France, la prévention et la promotion de la santé se développent mais que des

efforts restent encore à fournir pour les mettre en équilibre avec le réflexe curatif des établissements de santé. Pour autant, ces actions ne relèvent pas de la seule responsabilité des professionnels de santé. Beaucoup d'autres acteurs ont une part à y prendre.

### ***Préciser le cadre législatif et réglementaire de la prévention***

Si le contexte législatif français, face aux défis sociétaux actuels, offre des perspectives favorables, le cadre de la prévention en établissements publics de santé (EPS) doit encore être précisé pour lui donner les moyens de son développement.

En effet, le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques rendent nécessaire le renforcement des actions de prévention, des pratiques cliniques préventives et de l'éducation thérapeutique notamment pour éviter les rechutes, les ré-hospitalisations et les éventuelles complications. De même, le souci de maintenir l'autonomie et la vie à domicile des personnes vieillissantes amène à adopter une posture d'accompagnement et de prévention des difficultés liées à l'âge. En outre, en matière d'inégalités sociales de santé, fluidifier l'accès aux soins ne suffit plus, il faut agir ailleurs. Fort de ce constat, M. Lang, président de la commission de prévention du Haut Conseil de la Santé Publique, entouré d'une équipe universitaire en Midi-Pyrénées tente aujourd'hui la prévention comme moyen d'action<sup>17</sup>.

Aussi, plusieurs projets de loi, en cours d'examen parlementaire, laissent une place à la prévention. À titre d'exemple, le projet de loi de modernisation du système de santé priorise le développement de la prévention. De même, les articles 3 à 8 du titre 1<sup>er</sup> du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement traitent de l'anticipation de la perte d'autonomie. Le projet prévoit notamment le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des actions de prévention de la perte d'autonomie sous la forme d'un concours versé aux départements et abondé par une fraction de la contribution additionnelle de la solidarité pour l'autonomie (CASA) (article 4). La LFSS 2015 contient également des mentions concernant la promotion de la prévention (4<sup>ème</sup> partie, titre I, Chapitre 2, art 47 à 50).

Pour autant, ce que recouvre le terme « prévention » varie d'un acteur à l'autre, que ce soit sur le terrain ou aux échelons ordonnateurs. Ainsi, en France, des définitions communes et partagées constituant un cadre de référence sont encore à construire, à l'image des normes énoncées par l'OMS Europe au moment de la constitution du réseau Health Promoting Hospitals (HPH). C'est aussi pourquoi les EPS sont insuffisamment évalués sur le développement de la prévention en leur sein. L'absence de cadre commun rend délicate la définition de critères objectifs d'évaluation incorporables aux grilles de la certification HAS.

---

<sup>17</sup> Selon l'entretien réalisé auprès de M. Demeulemeester

Une fois le cadre clarifié, des moyens doivent être dédiés, tant en termes de compétences, de connaissances, de structures spécifiques que de financements fléchés.

***Renforcer la lisibilité des ressources (financements, compétences, connaissances, structures) mises à disposition de la prévention dans les EPS***

Les moyens et ressources dédiés aux actions de prévention et de promotion de la santé doivent être plus clairement fléchés. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a estimé à 8,5 milliards les dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2012 pour la prévention, tous acteurs confondus. Ainsi, le FIR, qui inclut les enveloppes au titre de la prévention et de la promotion de la santé, progresse de 2,1% en 2015 alors qu'il a progressé de 2,4% en 2014. Ce fonds est abondé par la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, par les crédits consacrés actuellement aux missions d'intérêt général d'éducation thérapeutique (MIG d'ETP) et centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ainsi que par la dotation de l'État issue du programme 204 au titre de la politique de prévention. De plus, les crédits FIR dédiés à la prévention sont protégés par le principe de fongibilité asymétrique. Ils ne peuvent donc être utilisés qu'à cette fin. Le plan ONDAM 2015 – 2017 prévoit une baisse générale de toutes les dépenses d'Assurance maladie à partir de 2016. En revanche, ces ressources « prévention » ne concernent pas uniquement les hôpitaux : tous les acteurs (collectivités, associations d'usagers, etc.) peuvent y prétendre.

De plus, de l'avis du Pr Lombrail, il est nécessaire de concevoir des structures d'accompagnement car « *faire de la prévention, ce n'est pas naturel* ». Il y a donc toute une ingénierie liée à ce domaine de compétences à mettre en place. Particulièrement, la nécessité de développer ces compétences a été soulignée dans plusieurs des entretiens que nous avons menés. Il faut non seulement développer l'offre de formation mais également augmenter le nombre de personnes formées.

Par ailleurs, ces ressources doivent prévoir de soutenir la recherche pour faire évoluer les connaissances sur la prévention et la promotion de la santé. En France, la recherche et l'innovation dans ce domaine sont encore embryonnaires. La création d'un guichet unique pourrait être un levier de développement permettant d'en faire mieux connaître la programmation et les financements accessibles. Ainsi, l'idée d'une agence nationale de santé publique fait son chemin.

*Assurer un alignement politique des échelons supranational, national et régionaux pour faciliter l'intégration de la prévention aux stratégies des établissements*

Selon M. Lemieux, Directeur de santé publique à l'ARS Basse-Normandie, la prévention est une réponse collective à des besoins de la population préalablement identifiés : il est nécessaire de « croiser les regards ». Les acteurs y sont nécessairement multiples : établissements de santé (direction, instances médicales et non médicales, unités de soins), ARS, collectivités locales, écoles, professionnels de santé libéraux, associations d'usagers, etc. Ce qui implique un « agir-ensemble » intentionnel marqué par un projet explicite duquel découle une mobilisation concertée. C'est une véritable culture de la prévention qu'il faut développer à tous les échelons.

Ces dernières décennies, nombres d'acteurs se sont mobilisés. Des expériences internationales ont été soulignées plus haut. En France, annonce politique forte, la prévention est présentée comme l'axe principal de la politique de santé publique à venir. Pourtant, selon le Dr Mechali, aujourd'hui, « lorsque l'on fait de la prévention, on n'est pas toujours populaire auprès de ses tutelles ». Or, en France, le poids des acteurs des politiques locales est important. Aussi, ils doivent faire partie intégrante du développement de la prévention, tant au moment de l'identification des besoins qu'au moment de l'élaboration et de la mise en œuvre des réponses apportées. Ainsi, M. Chambaud, Directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), compare ce poids à celui des politiciens locaux du Canada qui est plus faible, ce qui permet aux professionnels de santé d'être les acteurs centraux des actions de promotion de la santé au plus près des populations.

La prévention doit bénéficier d'une gouvernance *ad hoc* : une coordination des actions doit être assurée au niveau régional (exemple : Direction de Santé Publique de l'ARS) et au niveau des établissements (exemple : référent territorial rattaché à un établissement hospitalier) par un interlocuteur légitime. Pour le Pr Lombraïl, l'idéologie sous-tendant la prévention est à rapprocher de celle de la démocratie sanitaire.

Pour autant, selon M. Chambaud, la prévention n'est pas l'affaire que de l'hôpital. Il s'agit d'une dynamique de territoire, dont l'hôpital est certes l'un des acteurs fédérateurs clés. Il faut toutefois que l'ARS mène une politique régionale volontariste à laquelle l'hôpital doit s'intégrer.

Aussi le sujet doit-il être intégré à la stratégie des hôpitaux (vaccination, dépistage précoce, ETP, etc.) dans le cadre, par exemple, de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). En conséquence, un véritable « engagement institutionnel »<sup>18</sup> peut se mettre en place où, d'une part, le développement des actions de prévention est porté par la direction de l'établissement et, d'autre

---

<sup>18</sup> B. MAZOUZ, B. TREMBLAY, J. FACAL, « Au cœur du renouveau administratif : l'engagement institutionnel. Quelques enseignements empiriques tirés de l'expérience québécoise », *Revue française d'administration publique* 3/2005 (n°115), p. 403 à 419.

part, la coordination de cette activité au sein de l'établissement est assurée par une personne clairement identifiée. Ainsi, le marquage de la volonté de faire de la prévention est plus fort, plus durable que celui qui pourrait découler d'une labellisation « hôpital promoteur de santé ».

Néanmoins, même si la coordination se fait au niveau de l'institution, elle peut inclure de nombreux acteurs. D'ailleurs, de l'avis du Dr Mechali, « confier des missions à des associations peut être une stratégie intéressante pour développer la prévention dans l'hôpital ».

***Pour autant, ces stratégies ne doivent pas être complètement déconnectées du terrain***

Malgré les efforts de l'INPES pour faire revivre le réseau HSPS depuis 2012, le constat de notre interlocuteur dans cette structure est sans équivoque: « *L'animation de la prévention dépend beaucoup de l'implication, de la motivation et de la conviction des personnes de terrain qui veulent bien s'en occuper* ».

Ainsi, la dynamique doit venir de la population (profanes et professionnels de santé) autant que du législateur pour qu'il y ait un développement homogène de la prévention en hôpital sur l'ensemble du territoire français.

Mme Legry qui a développé un programme de prévention ambitieux avec les écoles de sa ville, démontre que les intervenants doivent être des experts avérés (ex : actions de prévention sur l'appareil digestif par le gastro-entérologue, actions sur l'alimentation par la diététicienne, etc.). De surcroît, le développement de la prévention à l'hôpital en France peut s'appuyer sur les expériences et modélisations pertinentes des pays étrangers (pays scandinaves, Hollande, Canada, Belgique, etc.). Des études d'impact des actions de prévention pourraient également être menées par des chercheurs spécialistes. En effet, les responsables des programmes d'ETP ou des programmes d'actions de prévention ne sont pas les mieux dotés pour juger de l'efficacité de leurs actions.

***Préconisation pour développer le réseau français***

Selon les participants au réseau, il y a un intérêt à se constituer en réseau (ou autre forme de structure commune) car les rencontres annuelles actuellement tenues entre professionnels permettent de conforter, d'encourager l'activité de chacun.

Toutefois, il serait nécessaire d'améliorer le plan de communication du réseau afin de le faire connaître plus largement sur l'ensemble du territoire français et d'accroître son nombre d'adhérents. Les hôpitaux adhérents souhaitent principalement pouvoir bénéficier de moyens supplémentaires en termes d'outils de prévention, d'ateliers méthodologiques et de formation des professionnels intervenant auprès des publics. Ainsi, des « cercles de la prévention », ateliers de travail pour

produire des fiches sur la base des fiches synthétiques déjà élaborées par le réseau HSPS, pourraient être créés. Cela permettrait de réunir les établissements autour d'un objectif de formation et de production documentaire, ce qui les impliquerait davantage dans les outils proposés par le réseau.

Il a été également souligné que le réseau devrait soutenir les efforts de recherche en lien avec la prévention, la promotion de la santé et l'éducation thérapeutique et les promouvoir.

Afin que son action soit à la fois plus cohérente et plus légitime, le réseau devrait se structurer davantage en relation avec le terrain. Le Pr Dautzenberg met ainsi en avant le manque d'efficacité d'une coordination détachée des acteurs de terrain, et la nécessité de coordonner un réseau hospitalier au sein d'une structure elle-même hospitalière : « quand on est collé à la réalité, on a une vision différente de quand on est dans son bureau ». Le Pr Lombrail partage cette analyse et considère que le réseau devrait être porté par un interlocuteur légitime pour les établissements de santé – c'est-à-dire un interlocuteur mieux connu par les établissements que l'INPES.

Si tous ces efforts pour développer le réseau sont pertinents, il convient de garder à l'esprit que la priorité demeure, à l'heure actuelle, un développement de la prévention, que celui-ci se concrétise par un réseau ou non.

## Conclusion

La prévention est une réalité hospitalière, au même titre que le soin. En effet, si les établissements de santé en France se sont structurés autour d'une activité curative, il ressort de notre recherche documentaire et de notre enquête sur le terrain que toutes les structures hospitalières mènent une activité préventive, à différents degrés. En effet, la notion de prévention est tout particulièrement complexe à définir et chaque acteur de terrain l'appréhende d'une façon qui lui est personnelle. De ce fait, le panorama que nous avons pu faire de l'activité préventive à l'hôpital au cours de nos recherches est un tableau hétérogène et sans cohérence d'ensemble. La place dévolue à cette activité dans la dynamique globale de chaque établissement est variable. En outre, elle peut être limitée à des actions, encadrées réglementairement, d'éducation thérapeutique du patient, ou s'étendre sur les trois niveaux de prévention définis par l'OMS dans le cadre d'initiatives à destination des usagers, des personnels et du bassin de vie de l'hôpital.

C'est donc de manière polymorphique que la prévention se développe à l'hôpital. Ces disparités de développement sont susceptibles de faire naître des inégalités spatiales et sociales d'accès aux soins chez les populations : par exemple, une prévention déficiente risque de renforcer la prévalence d'une maladie sur un territoire. C'est pourquoi il est important de s'accorder sur une définition partagée de la prévention : c'est le seul moyen de mettre en cohérence les actions des structures locales et d'assurer une uniformité des services proposés par l'hôpital sur le territoire national. Il est donc indispensable de coordonner, dans une certaine mesure, le développement de la prévention. Notre rapport met en lumière les défauts actuels de la coordination nationale des actions de prévention : encore aux prémices de son développement, le réseau HSPS, intégré à l'INPES, ne reçoit pas une large approbation de la part des professionnels et structures de santé qui l'ont rejoint. Toutefois, ils reconnaissent en général l'intérêt d'une telle initiative et déplorent sa rupture vis-à-vis du terrain. La coordination d'une activité aussi sensible que la prévention doit se faire au plus près des acteurs et trouver un relais dans les tutelles locales (ARS). Mais l'impulsion doit être donnée au niveau national afin que les initiatives locales puissent être pérennisées.

Il convient également de noter que l'objectif de la prévention, bien plus globalisant que celui des soins, l'oblige à déborder du cadre de l'hôpital. Ainsi, le rééquilibrage de la politique de santé entre prévention et soins ne peut pas seulement être une réalité hospitalière ; l'hôpital pourra être amené à y jouer un rôle pivot, mais en tant qu'acteur sur un territoire, en lien avec l'ensemble des structures et professionnels de santé de son bassin de vie. Le développement de la prévention sera donc favorisé par une coordination de l'ensemble des acteurs, internes et externes à l'hôpital.

Un chantier à investir sera la tension qu'une volonté de développer la prévention créera pour des établissements de santé poussés, dans un contexte budgétaire contraint, à toujours plus de performance. En effet, l'hôpital a su adapter son activité curative pour la mettre en conformité avec cet objectif. Toutefois, l'activité préventive n'est pas visiblement performante, c'est-à-dire que les acteurs peinent aujourd'hui à quantifier les résultats concrets qui en découlent. Tant que ses bienfaits seront invisibles à court et moyen terme, et non évaluables à long terme, les structures hospitalières seront peu incitées à développer cette activité. Pour développer de manière pérenne la prévention dans le champ de la santé, il faut trouver un moyen pour la rendre performante, répondant aux contraintes pesant sur les acteurs du champ sanitaire et social.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

- C. BERGOIGNAN ESPER et M. DUPONT, *Droit Hospitalier*, Dalloz, 9e édition
- R. BONTEMPS, A. CHERBONNIER, P. MOUCHET et P. TREFOIS, *Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*, ASBL Question Santé, 2e édition, 2004, 239 pages
- F. BOURDILLON, *Traité de prévention*, Flammarion, Médecine-Sciences, 2009, 421 pages
- J.C. COMBESSIE, *La méthode en sociologie*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, La découverte « Repères », 2007, 128 pages
- J. FASTRES et J. BLAIRON, *La prévention. Un concept en déperdition ?*, Éditions Luc Pire, Collection Détournement de fond, 2002, 182 pages
- J. RAIMONDEAU, *L'épreuve de santé publique*, Presses EHESP, 2013

### Articles

- Y. BOURGUEIL, « L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal ? », *Revue hospitalière de France* n°492, mai-juin 2003
- P. BUTTET, « La promotion de la santé à l'hôpital », *La santé de l'Homme* n°360, juillet-août 2002, p.16 à 44
- P. BUTTET, « Promotion de la santé : les patients d'abord ? », *Revue hospitalière de France* n°492, mai-juin 2003
- R. GAGNAYRE et J-F. D'IVERNOLS, « L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé », *ADSP* n°43, juin 2003, p. 12 à 17
- R.S. GORDON, "An operational classification of disease prevention", *Public Health Report*; 98 : 107-109 1983
- A. LIMBOURG, « Promouvoir la santé à l'hôpital », *La santé en action* n°424, juin 2013, p. 16 à 24
- B. MAZOUZ, B. TREMBLAY, J. FACAL, « Au cœur du renouveau administratif : l'engagement institutionnel. Quelques enseignements empiriques tirés de l'expérience québécoise », *Revue française d'administration publique* 3/2005 (n°115), p. 403 à 419
- D. MECHALI, « Hôpitaux promoteurs de santé : un mouvement « groupusculaire » ou d'avenir », 28 septembre 2013

## Textes législatifs et réglementaires

- Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015
- Projet de loi de modernisation de notre système de santé (2015)
- Ordonnance 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale
- Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Circulaire DGS/SD6 n°2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé
- Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986

## Rapport

- UNION INTERNATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ pour la COMMISSION EUROPÉENNE, *L'efficacité de la promotion de la santé. Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe*, Partie deux, Données probantes, 2000

## Fascicules

- HSPS : Un réseau pour développer la promotion de la santé en milieu de soins, *Réseau Français des Hôpitaux et Structures de santé Promoteurs de Santé*, INPES
- Le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé : Intégrer la promotion de la santé dans les hôpitaux et les services de santé, *Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*
- Devenir hôpital ou structure de santé promoteur de santé : Quels avantages ?, *Réseau Français des Hôpitaux et Structures de santé Promoteurs de Santé*, INPES

## Sites web

- [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99801/E90777.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf)
- [www.reseauhsp.fr](http://www.reseauhsp.fr)

---

## Liste des annexes

---

1. Liste des entretiens réalisés
2. Grille d'entretien administré aux interlocuteurs issus d'établissements de santé
3. Grille d'entretien administré aux interlocuteurs issus d'ARS
4. Grille d'entretien administré à l'INPES
5. Grille d'entretien administré aux interlocuteurs autres
6. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés auprès d'établissements non adhérents au réseau HSPS France
7. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés auprès d'établissements adhérents au réseau HSPS France
8. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés auprès des ARS
9. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés auprès des réseaux français et québécois
10. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés auprès de l'EHESP et la FNES
11. Lettre d'intention d'adhésion au réseau international HPH

## 1. Liste des entretiens réalisés

	Date	Structure	Interlocuteur
1	29/04/15	CH Vire	Mme Catherine LEGRY, référente territoriale en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique
2	30/04/15	CH Clermont- Ferrand	Mme Brigitte BELGACEM, ingénieur qualité et statisticienne
3	30/04/15	I.U.C de Toulouse	Mme Marie BOMBAIL, directrice des soins
4	04/05/15	Réseau québécois EPS	Mme Marie-Dominique CHARIER – Agente de planification, programmation et recherche à la direction de santé publique Montréal
5	04/05/15	Fédération Nationale de l'Éducation à la Santé	M. René DEMEULEMEESTER, Président de la FNES
6	05/05/15	CH. Saint-Malo	Mme Élisabeth GUILLEMAIN, coordinatrice générale des soins des CH de Saint-Malo et Cancale et Directrice Qualité du CH de Saint-Malo
7	05/05/15	CH Saint-Brieuc	Mme Souad SIARI, cadre de santé
8	05/05/15	ARS de CAEN	M. Pascal LEMIEUX, responsable du département prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique.
10	05/05/15	EHESP	M. Laurent CHAMBAUD, directeur de l'EHESP et Médecin de Santé Publique
11	06/05/15	GHU de La Pitié Salpêtrière – Charles FOIX	Pr Bertrand DAUTZENBERG, professeur en pneumologie
12	07/05/15	ARS Bretagne	Dr Olivier JOSEPH, directeur adjoint délégué à la promotion de la santé et la prévention
13	07/05/15	GHU Paris Seine Saint-Denis	Pr Pierre LOMBRAIL, professeur de Santé Publique
14	07/05/15	CH des Sables d'Olonne	Éric BODIN, directeur des soins et Amélie GUIBERT, ingénieure qualité
15	07/05/15	Hôpital LA FONTAINE de Saint-Denis	Dr Denis MECHALI, spécialiste des maladies tropicales, engagé dans le monde associatif

## 2. Grille d'entretien administrée aux interlocuteurs issus d'établissements de santé

<b>Quelle est la place de la prévention dans votre hôpital ?</b>
Y'a-t-il un axe de prévention dans le projet d'établissement ?
Si oui, lesquels ? Dans quels domaines ?
Si non, y'a-t-il des actions de prévention dans l'établissement ?
Quels sont les porteurs de projet ? Existe-t-il une coordination (une personne, instance) ?
Est-ce un projet d'un service ou transversal ?
Souhaiteriez-vous développer d'autres actions de prévention ? Si oui, lesquelles ?
Est-ce une question qui intéresse les organisations représentatives du personnel et existe-t-il une coopération avec la médecine du travail ?
Quel est le positionnement de la direction générale, de la direction des soins et de la CME ? Commandes, injonctions de l'ARS ?
<b>Comment est-elle déclinée dans votre établissement ?</b>
De quelle façon avez-vous défini les thèmes ?
Quels sont les types de public visés (patients, personnel, populations ciblées) ?
Quels sont les professionnels concernés ?
Partenaires extérieurs à l'Hôpital, médecine de ville, cliniques, réseaux, dispensaires
Contribution des usagers ou des associations
Connaissez-vous le réseau HPS ? Connaissez-vous le coordonnateur du réseau ?
Pourquoi avez-vous adhéré au réseau ?
Qu'est-ce que cela vous a apporté ou facilité ? Cela correspond t-il à vos attentes de départ ?
<b>Avec quels moyens ?</b>
Quels sont les moyens (ressources humaines, financières...)
Existe-t'il un budget spécifique ?
Formation des professionnels à la prévention ?
Y'a-t-il un programme de recherche associé ? Ou, plusieurs ?
<b>Comment évaluez-vous les actions de prévention dans votre établissement ?</b>
Évaluation de l'impact des actions de prévention (quelles modalités, quels indicateurs) ?
Évaluation de la satisfaction des usagers ?
Quelles difficultés rencontrez-vous ?
Reconduction et pérennisation des actions ?
Quel est le projet le plus abouti et celui le plus en difficulté ?
Quel lien faites-vous avec la certification ?

### 3. Grille d'entretien administrée aux interlocuteurs issus des ARS

<b>Quelle est la place de la prévention dans les établissements publics de santé de votre région ?</b>
Y'a-t-il dans le PRS un axe spécifique de prévention aux hôpitaux ?
Si oui, lesquels ? Dans quels domaines ?
Quels sont les porteurs de projet ?
Quels sont les programmes concernés ?
Souhaiteriez-vous développer d'autres actions de prévention ? Si oui, lesquelles ?
Est-ce une question qui intéresse les collectivités territoriales ?
Des contrats locaux de santé ?
<b>Comment est-elle déclinée dans votre région ?</b>
De quelle façon avez-vous défini les thèmes ?
Quels sont les types de public visés ?
Quels sont les professionnels concernés ?
Partenaires extérieurs à l'Hôpital, médecine de ville, cliniques, réseaux, dispensaires
Contribution des usagers ou des associations
Connaissez-vous le réseau HPS ? Connaissez-vous les coordinateurs des réseaux ?
Qu'est-ce que cela vous a apporté ou facilité ? Cela correspond t-il à vos attentes ?
<b>Avec quels moyens ?</b>
Quels sont les moyens (ressources humaines, financières...)
Existe-t-il un budget spécifique ?
Formation des professionnels à la prévention ?
Y'a-t-il un programme de recherche associé ? Ou, plusieurs ?
<b>Comment évaluez-vous les actions de prévention menées à l'hôpital dans votre région ?</b>
Évaluation de l'impact des actions de prévention (quelles modalités, quels indicateurs ?
Évaluation de la satisfaction des usagers ?
Quelles difficultés rencontrez-vous ?
Reconduction et pérennisation des actions ?
Quel est le projet le plus abouti et celui le plus en difficulté ?
Quel lien faites-vous avec la certification ?

#### 4. Grille d'entretien administrée à l'INPES

<b>Parlez-nous du réseau HPS ?</b>
Quelles sont vos missions ?
Comment entrez-vous en contact avec les hôpitaux ?
Circuit ARS, cheminement ?
Quels sont vos liens avec l'EHESP ?
Comment désignez-vous les coordonnateurs et selon quelles exigences ?
Y'a-t-il une contribution pécuniaire obligatoire pour adhérer ?
Proposez-vous des formations ?
Quels sont les apports de votre réseau aux hôpitaux qui y adhèrent ?
Quel est votre lien avec la promotion internationale de ce réseau ?
Existe-t-il des freins spécifiques en fonction des pays adhérents ?
Quels sont les motifs de refus d'adhésion ?
<b>Quels sont vos liens avec les autres structures ?</b>
Quels sont les types de public visés ?
Quels sont les professionnels concernés ?
Partenaires extérieurs à l'Hôpital, médecine de ville, cliniques, réseaux, dispensaires
Contribution des usagers ou des associations
<b>De quels moyens disposez-vous ?</b>
Quels sont les moyens (ressources humaines, financières...)
Existe-t-il un budget spécifique ?
Existe-t-il un programme de formation ?
Cela apporte-t'il une sorte de label avec des financements associés ?
Y'a-t-il un programme de recherche associé ? Ou, plusieurs ?
<b>Résultats et avenir</b>
Évaluation de l'impact des actions de prévention (quelles modalités, quels indicateurs ?)
Évaluation de la satisfaction des usagers ?
Quelles difficultés rencontrez-vous ?
Reconduction et pérennisation des actions ?
Quel est le projet le plus abouti et celui le plus en difficulté ?
Quel lien faites-vous avec la certification ?
Les hôpitaux doivent-ils vous adresser un "rapport annuel" ou "compte rendu d'activité" ?
Devenir du réseau HPS avec la loi de santé et la fusion des agences ?

## **5. Questionnaires proposés aux autres interlocuteurs**

1. Quelle est (ou doit-être) selon vous la place de la prévention en santé dans les hôpitaux ?
2. Les freins et les leviers ?
3. Quel est l'intérêt selon vous d'intégrer le réseau des Hôpitaux promoteurs de santé ?

## 6. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés auprès d'établissements non adhérents au réseau HSPS

	CH St Malo	GHU La Pitié-Ch FOIX	IUC Toulouse	CH des Sables d'Olonne
<b>Place de la prévention dans l'établissement</b>	Mise en avant de la prévention dont les avancées réalisées dans le cadre du <i>patient traceur</i> Et plus particulièrement en matière de prévention des troubles de la nutrition.	Prévention obligatoire depuis 1958 dans les CHU. Prévention tertiaire peu évoquée, surtout grande place de l'ETP et de la prévention primaire. Un peu de prévention secondaire (dépistages).	Politique axée sur la prévention de la récurrence ou de la rechute. Peu d'activités de diagnostics. Pas ou peu de prévention primaire à destination des patients mais plus de la prévention secondaire et tertiaire.	Inscrite dans le projet d'établissement. Pas de coordination. Actions ponctuelles au coup par coup
<b>Actions de prévention : qui, quoi, pour qui, comment</b>	Patient : évaluations presque systématiquement réalisées dès son entrée dans l'établissement. Mise en place du programme d'éducation thérapeutique orienté sur un volet préventif Personnels : actions en lien avec les RPS Usagers : actions ponctuelles comme octobre rose, etc.	36 programmes d'ETP financés par l'ARS (1,2 millions € / an). 33 qui vont être renouvelées. « 120 actions » sur le GH Pitié-Charles Foix. Actions sur le tabac...	Action sur les individus dont on possède le dossier médical afin de les aider dans leur retour à domicile (sevrage tabagique, prise médicamenteuse, nutrition). ETP cancer du sein sous la forme d'ateliers dédiés (formation des patientes, accompagnement, maintien de l'aptitude physique).	Éducation thérapeutique, dépistage, prévention liée à la gestion des risques pour les patients (CREX, EPP) et pour le personnel (Document unique), actions par rapport à l'hygiène des mains, formations sur la bientraitance, l'éducation thérapeutique. Prévention par addictologie, PASS, label IHAB. Peu d'actions centrées sur le personnel (formation managériale)
<b>Moyens</b>	Prévention des RPS, plusieurs centaines de milliers d'euros ont été alloués. Actions dans le but d'améliorer les conditions de travail.	Partenariat avec des associations : pas de budget spécifique sauf la mise à disposition de ressources humaines internes.	Pas de postes fléchés par l'ARS via des MIG.	Manque de moyens humains et financiers dans le contexte d'un PRE et d'une petite structure. Pas de financement pour projets de promotion de la santé et pas de temps dédié.
<b>Porteurs de projet</b>	Action plutôt transversale soutenue par le CLAN et le CLUD. Coordinée par la direction de la qualité	Direction peu impliquée, valorise peu la prévention et ne la suit pas institutionnellement, notamment du fait	Personnel soignant, administratif et logistique relaient la prévention. ETP portée par la Direction des soins avec le	Initiatives ponctuelles de médecins par rapport à leur spécialité et leur motivation. Équipes paramédicales en transversal,

		de l'absence de budget. La CME est favorable sans caractère opérationnel	soutien de la Direction médicale Construction avec le personnel en place, formé dans le cadre du parcours patient.	EOH, addictologie, diabétologie.
<b>Partenaires</b>	Pas de médecin du travail. Des projets et des politiques peuvent très bien être menés sans un médecin. Les usagers sont mis à contribution. L'établissement travaille avec les associations et le lien avec la formation est établi (formation des infirmiers, étudiants...). Ils essayent d'initier les étudiants de la formation initiale à ces actions de promotion de la santé.	Beaucoup d'associations qui participent à la prévention (tabac, activités pour les malades chroniques...). Plus de 40 conventions entre le GH et des associations. Relais avec les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Réseau de santé du 13e : association de médecins / pharmaciens / professionnels de santé de tous types. Milieu social (Emmaüs...). Organismes en ville (aquagym, rando, vie culturelle ex. Louvre...). Maison des usagers dans l'hôpital, participation des représentants des usagers (via la direction de la qualité).	Médecine du travail, syndicats, CHU Formation du personnel avec le GRETA. Coordination avec les centres de lutte contre le tabagisme, existants hors département Rôle important de Doc31 qui est vraiment une structure relai dans le dispositif et sur laquelle l'IUC s'appuie pour se recentrer sur la prévention secondaire et tertiaire ; leur laissant la prévention primaire. Usagers et associations se confondent car sont pour une très grande majorité des anciens patients. Ils sont élus ou choisis par l'ARS pour être des représentants au CA et ils sont associés aux campagnes telles que octobre rose ou tout autre manifestation ainsi que dans la conception d'ateliers.	En interne, partenaires sociaux et médecine du travail (CHSCT et reclassement des personnels en difficulté), en externe, associations d'usagers, le comité de coordination en cancérologie, Audace, la CPAM...
<b>Pilotage</b>	Les actions de prévention sont soutenues par la direction : direction générale, direction des soins et CME	Direction peu impliquée. Aucune injonction de l'ARS, qui encourage plutôt les actions de prévention hors hôpital. ARS IDF a des actions positives en matière de prévention dans les réseaux en dehors de l'hôpital (à part financement de l'ETP, mais qui est un	ARS : pas de lien y compris dans le plan de prévention. Parfois relai des campagnes nationales CPOM : directive pour développer et mettre en place des ETP qui sont très lourdes dans certains domaines. Ne l'applique qu'en matière de cancer du sein. Difficultés lorsque certains programmes sont	Appels à projets de l'ARS. Prévention en lien avec les plans nationaux subventionnés par MIG et FIR. Peu d'investissement de la direction. Pas de coordination.

		<p>aspect limité de la promotion de la santé : part de la prévention secondaire).</p> <p>CPOM : directive pour développer et mettre en place des ETP qui sont très lourdes dans certains domaines.</p>	<p>menés par des non médecins, car non prise en charge des transports pour les patients.</p> <p>Politique de prévention sans les moyens adéquats et sans l'engagement de la CPAM.</p> <p>MIG : dossiers complexes à monter.</p> <p>ARS incite mais sans les moyens financiers !</p> <p>Construction avec le personnel en place, formé dans le cadre du parcours patient sans personnel dédié.</p>	
<b>Évaluation</b>	<p>Rapport des RPS avec des indicateurs : suivi de l'absentéisme et des AT.</p> <p>Il est difficile de jauger les résultats.</p> <p>Création d'outils simples pour les professionnels pour mener les actions de prévention.</p>	<p>Évaluation de l'impact des actions de prévention pertinentes si espoir de financement derrière.</p> <p>Pas de manière structurée. Selon lui les patients sont toujours contents dès qu'on s'occupe d'eux : ils recherchent la relation humaine et la confiance. (donc peu importe le contenu des soins !)</p>	<p>PHRI : évaluation obligatoire chaque année.</p> <p>ETP : évaluation en fin de programme.</p> <p>Hospitalisation complète et HDJ : questionnaires annuels obligatoires via des plateformes renseignées en ligne. Chaque sortie d'hospitalisation fait l'objet d'un questionnaire facultatif</p>	<p>Évaluations d'actions ponctuelles mais rien de structuré du fait de la difficulté à identifier les actions de prévention.</p>
<b>Réseau HSPS</b>	<p>Elle ne connaît pas le réseau, n'en a jamais entendu parler</p>	<p>« ça ne peut pas marcher à l'INPES » : structure trop administrative, coupée du terrain.</p> <p>Réseau relancé récemment</p> <p>Référence à l'origine du nord de l'Europe de la coordinatrice du réseau parce que « ça marche bien en Europe du Nord »</p>	<p>Ne connaît pas le réseau</p>	<p>inconnu</p>
<b>Recherche</b>		<p>Non, ou pratiquement pas. Des</p>	<p>PHRI « coach IDE » : coordinatrice en</p>	<p>Un projet en cours sur la bientraitance en</p>

		programmes de recherche à la marge, mais pas directement sur les questions de prévention	chimiothérapie en ambulatoire. Évaluation médico-économique avec les libéraux pour chiffrer les coûts évités des réhospitalisations ou des venues des patients, en les gérant par téléphone ou en faisant intervenir les libéraux. ETP : financement de l'INCA pour la formation des personnels,	gériatrie. Des projets en perspective avec l'appui de l'hôpital de référence de la direction commune.
<b>Certification</b>	Les trois critères du manuel de certification vont obliger les établissements à intégrer la prévention.	Aucun lien, la HAS a peu d'intérêt pour la prévention. Dans les premiers guides de certification, il y avait 3 points sur le tabac qui ont disparu. Présence du tabac dans les hôpitaux n'empêche plus la certification.	Structure impliquée avant même que l'ANAES soit référente. Aujourd'hui, on cible plutôt dans la certification les critères d'ETP et ceux qui sont plus en lien avec la prévention pour les patients.	Critères sur la bientraitance, l'éducation thérapeutique et la qualité de vie au travail.
<b>Freins</b>	La direction est très porteuse et enlève tous les freins	Nécessité de moyens financiers dédiés, Complexité de l'organisation en pôle : Volonté politique nécessaire pour soutenir les acteurs de terrain.	Sans une orientation claire du projet médical, on ne peut définir les moyens et les plans d'action dédiés à la prévention.  N'a pas vocation à être en première ligne dans la prévention.  et n'a pas les moyens de devenir concurrentiel en matière de prévention primaire.	Identification des actions « <i>On en fait certainement sans être au courant.</i> »  Les financements surtout pour de petits établissements et des établissements en plan de retour à l'équilibre, moyens humains, matériels et logistiques.  Le manque de pilotage et de coordination L'identification des acteurs
<b>Leviers</b>	Vision transversale par la direction de la qualité qui permet de gagner en cohérence sur l'ensemble de la démarche de prévention	Le réseau associatif est une richesse pour l'hôpital. Cependant, l'environnement de Paris a permis d'avoir des changements de	Motivation du personnel et malgré tout le contexte concurrentiel qui bénéficie au patient	Clarifier ce que sont les actions de prévention Mutualisation des moyens avec d'autres établissements : coopération

		pratiques issues du terrain (ex : SIDA, tuberculose) et qui permettent de sortir d'une pure dichotomie financière.		Coordination Clarté des priorités et du pilotage Investissement de la direction
--	--	--	--	---

## 7. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés auprès des établissements adhérents au réseau

	Région Bretagne <u>CH de St BRIEUC</u> Référente : cadre de santé, ingénieur qualité	Région Basse Normandie <u>CH de Vire</u> Référente : infirmière	Région Auvergne <u>CHU de Clermont Ferrand</u> Référente : Infirmière, ingénieur en santé publique	Région Ile de France <u>CH St Denis</u> Référent : Médecin
<b>Place de la prévention dans l'établissement</b>	Il n'existe pas de service de la promotion de la santé, il s'agit d'une démarche personnelle de la référente.	Place pour la promotion de la santé (développement des compétences psychosociales) et l'éducation thérapeutique (ETP), ainsi que le développement durable. Pas d'action auprès du personnel soignant.	Il y a le domaine de la prévention tertiaire avec l'éducation thérapeutique (ETP)	La prévention a deux activités concrètes.
<b>Actions de prévention : qui, quoi, pour qui, comment</b>	Instauration d'une journée pour faire une opération « tutti frutti » : des fruits et des légumes de saison au self pour inciter les agents une fois par semaine à manger plus sainement. Mise en place d'un bar à assaisonnement. Projet de mettre en place une salle de sport au sein de l'établissement. Le service addictologie met en place des affiches à l'entrée de l'établissement et des formations => actions restant très superficielles et très marginales.	Éducation à la santé dans les écoles avec les professionnels hospitaliers et les enseignants. Éducation thérapeutique avec programmes validés par ARS en interne et en externe à destination des patients et de leur entourage. Journées de prévention thématique en interne et en externe. Travail sur le développement durable en intra hospitalier (tri des déchets, compostage, lutte contre le gaspillage...)	En lien avec l'ETP : les thèmes de prévention ou d'ETP sont à la demande des cliniciens principalement. Sinon questionnaires au moment de la sortie et à partir de dossiers patients (lors des IPAQSS) sur les dépistages, les vaccins.	La prévention a deux activités concrètes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'une part, la consultation de conseil et de vaccination auprès de voyageurs avec la possibilité de vaccins universels et</li> <li>- d'autre part par le biais du VIH et des hépatites.</li> </ul> On est dans une relation patient/malade horizontale.
<b>Moyens</b>	Aucun moyen n'est alloué.	Financement ARS par appel à	Des postes sont dédiés.	Il n'y a pas réellement de moyens alloués. Il n'y a pas

		<p>projet</p> <p>Financement du poste de référent territorial par ARS et INPES.</p> <p>Valorisation des actes éducatifs pour l'ETP.</p>		<p>de crédit fléché. On a fait avec le personnel qui était en place que ce soit médical ou IDE et cela dans une indifférence profonde de la direction de l'Hôpital ou de l'ARH. Ce n'était pas prioritaire</p>
<b>Porteurs de projet</b>	<p>Le Directeur a donné son assentiment et a nommé l'ingénieur qualité coordonnatrice du projet et référente auprès de l'OMS.</p>	<p>Hôpital pour projet écoles (initiative d'un médecin à la base), professionnels hospitaliers et enseignants.</p> <p>Référente territoriale.</p>	<p>Le pôle santé publique du CHU avec une infirmière (IDE) spécialisée qui est responsable de l'UTEP (unité transversale en ETP) qui coordonne et réinvesti au sein de la CSIRMT du CHU.</p> <p>Implication de l'établissement par la participation pluri professionnelle des acteurs de terrain et aussi par la direction générale via les financements obtenus auprès de l'ARS</p>	<p>il n'y a pas un porteur de projet, chacun fait dans son coin</p>
<b>Partenaires</b>	<p>St Brieuc est une ville ayant le label « OMS SANTE » : la ville s'engage à mettre en place des actions (ex : Jeudi de la santé, intervention auprès des établissements scolaires sur la sensibilisation de l'hygiène...).</p> <p>Le médecin du travail s'associe à la qualité de vie au travail, tout comme les syndicats</p>	<p>Éducation nationale, PMI, communes, ANPAA, associations, équipe d'addictologie.</p> <p>Pas de médecine du travail dans l'établissement mais médecine du travail de ville si besoin.</p> <p>Usagers, libéraux.</p>	<p>En interne :</p> <p>Les organisations syndicales ont déjà une culture puisque impliquées dans la santé au travail mais peu de lien avec l'ETP.</p> <p>La médecine du travail est à part également.</p> <p>En externe :</p> <p>Le réseau HSPS, les associations de patients, les médecins de ville, les usagers</p>	<p>Médecins du monde, la médecine ambulatoire, les associations, et les réseaux tels que le réseau ville-hôpital pour le VIH.</p> <p>On travaille très peu avec les cliniques.</p> <p>On travaille également avec des associations de défense des droits des usagers.</p>
<b>Pilotage</b>	<p>Il y a un réel soutien de la part des 3 acteurs (DG, DS, CME). Malgré</p>	<p>Prévention inscrite dans le PE.</p> <p>Déploiement du PRS. ARS,</p>	<p>La Politique nationale est lisible donc les établissements sont incités et cela</p>	<p>En fait, pour faire avancer les choses, il faut utiliser des stratégies pertinentes pour l'acceptation des</p>

	qu'il n'y ait pas d'axe de prévention dans le projet d'établissement, la DG a l'objectif de créer une unité de promotion-santé liée à celle de l'éducation de thérapeutique.	ERET, Comités de pilotage.	fonctionne bien.	projets en utilisant le Président de CME qui se fera le relai du projet. Celui-ci peut nous aider et nous donner l'opportunité d'intervenir en CME afin d'exposer les projets pour les faire valider et les faire accepter à la communauté médicale ainsi qu'à la direction.
<b>Evaluation</b>	Aucune évaluation car adhésion au réseau trop récente.	Projet école : Évaluation par CORES en 1996, concertation 2 fois par an avec intervenants et enseignants. Carnets de bord par enseignants. Évaluation des connaissances des enfants. Rapport d'activité global de la référente.	Pour l'ETP, il y a plusieurs indicateurs et la satisfaction des usagers est évaluée.	Que ce soit la prévention ou le soin, il faut donner un esprit critique avec les choses essentielles et/ou superflues, et voir ce qui leur convient pour ne pas les laisser en insécurité, mais appréciation des patients car ils appréciaient d'avoir un médecin non jugeant et non normatif, faisant la part des choses entre le risque et le bénéfice.
<b>Réseau HSPS</b>	Démarche personnelle mais facilitée par le fait que les médecins du CH ont un axe développement durable dans leur service. Mais le réseau reste peu connu. L'adhésion au réseau permet une meilleure interaction entre établissements membres (envoi de compte rendu...). Cela instaure un espace d'échanges d'expériences.	Peu d'apport du réseau. Inscription à demande du CORES. 2 hôpitaux adhérents seulement en Basse Normandie. Participation à 1 journée nationale et un groupe de travail de la référente.	Adhésion au réseau qui est une incitation externe moindre que les lois ou politiques mais peut être facilitant pour nos projets. Il y a des réunions mais en interne pas d'axe de prévention défini à court terme	l'Hôpital de Saint Denis vient d'envoyer sa candidature afin d'adhérer au réseau. Le directeur général vient de commencer le processus et entrer dans la démarche. À cet effet, un groupe de travail a été créé pour voir ce qu'ils vont pouvoir faire avec ce réseau. Mais en parallèle, il faut espérer que cela ne reste pas figé et que les actions menées par ce réseau soient réellement porteuses de changement et d'ouverture.
<b>Recherche</b>		Thèses par internes. Pas de recherche IDE.	Il n'y a pas de lien ni de travaux	
<b>Certification</b>	Tenus de respecter les critères du manuel de certification des EPS	Démarche relevée par les experts visiteurs.	Il y a forcément un lien avec la certification puisque c'est un item.	

	V2010 (1B, 1D, 3D).			
<b>Freins</b>	<p>Constat que la Bretagne est « en retard » par rapport à d'autres régions. Par rapport au sud de la France, grande disparité entre ces deux régions en matière de démarche qualité-soin-prévention : les collectivités dans le sud sont plus impliquées dans la promotion de la santé (anciens CODES... qui sont devenus IREPS).</p> <p>Région fermée par rapport à certaines (qui sont zones de passage, estudiantine où les mentalités évoluent plus vite)</p> <p>Professionnels de santé axés sur le curatif</p> <p>Les mentalités ne sont pas prêtes.</p>	<p>Peu d'implication de la direction.</p> <p>Manque de temps pour développer davantage de projets.</p>	<p>Les professionnels de santé en interne n'ont pas de formation spécifique</p>	<p>Dès qu'un directeur change, en fonction de sa personnalité la politique change.</p> <p>Il faut étayer le programme pour convaincre le personnel d'adhérer aux actions et ne pas se focaliser uniquement sur le curatif.</p>
<b>Leviers</b>	<p>Aujourd'hui, avec le réseau, c'est essayer de regrouper toutes ces actions, d'en faire une unité qui englobe la promotion de santé et l'éducation thérapeutique, en y intégrant des actions et politiques de vaccination, de dépistage du VIH, de lutte contre le cancer...</p>	<p>Coordination par un référent identifié. Pilotage ARS et INPES.</p> <p>Budgets spécifiques.</p> <p>Motivation des acteurs de terrain.</p> <p>Dynamique d'établissement (culture d'éducation en santé)</p>	<p>Lorsque qu'il y a un signalement externe avec des lois, politiques et budgets.</p> <p>La formation des professionnels en formation initiale est assurée dans le cadre des cours de santé publique.</p> <p>Les projets d'ETP.</p>	<p>Avoir un chef d'orchestre.</p> <p>La stratégie retenue est la mise en place de tentatives de toucher le professionnel le plus sensibilisé à la problématique concernée pour qu'il s'en saisisse. Peu importe la fonction de la personne, et son positionnement dans l'établissement, il faut surtout que la personne soit sensibilisée à l'importance de la prévention et soit convaincue des effets positifs pour qu'elle porte cette action dans l'hôpital.</p> <p>Confier des missions à des associations peut être une</p>

				<p>stratégie intéressante pour développer la prévention dans l'hôpital.</p> <p>Les pays scandinaves : Hollande, Canada, Belgique font mieux que nous en termes de prévention, les idées se frayent mieux leur chemin.</p> <p>Le plus intéressant est cette idée de démocratie sanitaire qui génère inévitablement un lien pluri-professionnel et pluri-institutionnel.</p>
--	--	--	--	--

## 8. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés auprès des ARS

	Région Bretagne ARS	Région Basse Normandie ARS
<b>Place de la prévention dans le PRS</b>	Des axes globaux mais il n'y pas un chapitre ou une orientation spécifique à la place des hôpitaux dans la prévention. Il y a une approche par thématiques mais pas par acteurs.	réseau spécifique historiquement porté par un ancien directeur de l'ARH. Référents territoriaux pour répondre aux axes cités.
<b>Actions de prévention : qui, quoi, pour qui, comment</b>	ETP à part : faite par les EPS, maillon entre le milieu hospitalier et le 1er recours. Périnatalité avec le label « hôpital ami des bébés », idem pour gériatrie ou soins palliatifs. MSP sont attendues sur le dépistage organisé et ETP à l'hôpital. Mais hôpitaux pas porteurs de telles actions, rôle de la communauté éducative, des associations extérieures IREPS (Instance Régionale d'éducation et de promotion de la santé), ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), pour appuyer le milieu scolaire. Logique thématique. Développement des approches populationnelles mais pas trop ciblées envers les professionnels. Via la santé au travail des programmes s'adressent aux professionnels de santé, mais dans ces cas ils sont appréhendés en tant qu'usagers.	La définition des thèmes s'est faite en plusieurs étapes, au moment création de l'ARS, consultation d'élus pour travailler sur les ressentis, vision du territoire plutôt que professionnels de santé. Les élus étaient maîtres du jeu. ORS (observatoire régionale de santé) et la direction de la performance de l'ARS : approche statistique, sur critères sociaux, de santé, cumulant problématiques... 19 territoires de santé définis en fonction des mouvements de population, des habitudes de vie, construction du CLS. Et après il y a les logiques de politiques de la ville.
<b>Moyens</b>	Appel à projet ou pour ETP car lié à la démarche de soins. Porte d'entrée de la démarche de promotion de santé à l'extérieur de l'hôpital.	Au niveau du budget : oui. Postes dédiés : Projet développé en 98, 7 référents territoriaux, encadrement par le CORES à l'époque puis l'IREPS, puis 2 postes supplémentaires. Mais en roue libre, ni encadré par l'IREPS ni par l'ARH à l'époque. Enveloppe supplémentaire pour la coordination à minima par l'ARS et l'IREPS avec appui logistique, réunions régulières des référents territoriaux 1 à 2 fois par mois, réflexion sur une journée régionale commune (compétences psychosociales, élus et santé, périnatalité en 2015)
<b>Porteurs de projet</b>	Établissements porteurs de projets de prévention. Certains hôpitaux émarginent à de telles actions notamment dans le milieu pénitentiaire (financement spécifique) Établissements psy signent des appels projets pour des actions de prévention notamment sur les addictions. Cela s'est fait naturellement, sans passer par le PRS. Cela est logique pour un établissement psychiatrique car il a vocation à « occuper l'espace » et dépasser sa mission de soin dans son secteur psy. Cette prévention est ciblée et thématisée.	Les partenaires : Hôpital, libéraux, Intérêt pour l'Hôpital de s'investir dans un contrat local de santé. Par exemple sur l'Aigle : contrat sur un territoire large, financement du poste territorial par l'ARS pour porter la prévention et la promotion de la santé et d'emmener l'Hôpital dans cette logique et travailler avec les libéraux. Des référents professionnels formés (DU en éducation ou promotion à la

	<p>Dispositif CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) est pour la quasi-totalité porté par des établissements de santé, mode de financement spécifique.</p> <p>CLAT (Centres de Lutte Anti-Tuberculose), portés pour la plupart par les établissements de santé (enquêtes de contact auprès des personnes atteintes de tuberculose)</p>	<p>santé ou master) basés à l'hôpital mais avec des missions, 9 hôpitaux dans la région BN organisés en réseau, pilotage de coordination confiée à l'IREPS, et pilotage par l'ARS / priorités de santé.</p> <p>Pôle régional de compétence : formation à mettre en place en région / compétences psychosociales (mutuelle, ANPAA, IREPS, référents territoriaux, éducation nationale...)</p> <p>Lettre de mission faite par l'ARS pour le pôle régional de compétence : groupe de travail avec les référents territoriaux =&gt; mettre en place une formation de formateurs, identifier des personnes ressources sur les territoires du coup pour être en capacité d'être formateur sur leur territoire ou accompagner des acteurs.</p>
<p><b>Partenaires</b></p>	<p>Collectivités : maires des communes, les pays, le Conseil régional, travail sur le décloisonnement via les CLS une fois le diagnostic de santé de la région établi.</p> <p>CLS : axe prévention/promotion de la santé, les contrats d'animation territoriale sont parallèles aux CLS. Avant tout, définir l'offre de premier recours qui est moins bien définie. Ce qu'il faut aussi c'est mettre la prévention à destination des populations les plus éloignées du système de soins car ce sont elles qui en ont le plus besoin.</p> <p>La médecine de ville peu de centres de santé en Bretagne mais maisons de santé pluridisciplinaires ont un vrai rôle à jouer à ce niveau. Le CISS et les CRUQPC ont un rôle institutionnel, mais au niveau local ans les CLS ou les contrats d'animation territoriale les associations s'engagent.</p>	<p>Collectivités dans le cadre des contrats locaux de santé, où le référent peut aider dans la construction du projet. Priorités ARS : addiction, nutrition...par exemple problèmes de violence dans les écoles (se connaître soi-même, respect de l'autre...).</p> <p>La contribution des usagers : exigence lors de la phase de financement mais pas systématique.</p>
<p><b>Pilotage</b></p>		<p>avec en ligne de mire rendre lisible le dispositif de prévention en région car il y a de nombreux acteurs, associations mais pas de visibilité complète du paysage.</p> <p>Autres objectifs :</p> <p>développer la prévention auprès de publics les plus éloignés du système de santé, les plus vulnérables ; la professionnalisation des acteurs ; le développement des compétences psychosociales =&gt; approche plus thématique : intervention en milieu scolaire, avec une approche risque</p>

		<p>(addiction, bien se nourrir, activité physique) et une intervention à chaque fois différente.</p> <p>Tout ce travail d'identification et de professionnalisation des acteurs se fait avec le pôle régional de compétence que l'on retrouve dans chaque région, financé en partie par l'INPES, l'ARS venant en complément sur les financements et les orientations</p>
<b>Évaluation</b>	<p>Évaluation très délicate à mettre en œuvre. Il y a des critères de suivi des actions.</p> <p>Pas d'évaluation de la satisfaction des usagers.</p>	<p>Impact des actions : évaluation positive au regard des référents territoriaux, idée d'une vraie coordination, un réajustement des travaux de chacun sans empiéter sur leur liberté d'action, sur leur territoire, sur leurs priorités mais plus de temps.</p> <p>Rapports d'activité, apport des référents dans la contribution du Schéma Régional de Prévention, on va donc vers un rapport d'activité unique, logique d'ensemble.</p> <p>Temps de coordination régionale avec le choix d'une thématique en lien avec l'ARS</p> <p>Journée annuelle sur le développement des compétences psychosociales, journée élus et santé. Pour 2015 on s'oriente vers la parentalité.</p>
<b>Réseau HSPS</b>	<p>Oui mais vaguement. Impression qu'il est d'une efficacité toute relative.</p>	<p>Au départ la volonté était d'augmenter les adhésions sans expliquer pourquoi, comment...</p> <p>Cadre qui a été donné avec la charte et les 4 piliers donc cela commence à donner du sens / à nos actions. On va présenter au comité de pilotage les travaux HSPS mais l'ARS ne va pas obliger les hôpitaux à adhérer au HSPS.</p>
<b>Recherche</b>	<p>Non</p>	<p>Dans le pôle régional de compétences en théorie oui, mais qu'on ne voit pas souvent. Pas de capacité de répondre à des appels à projets de l'INPES</p> <p>Mise en place de journées de formation et une approche pratique sur ces problèmes de comment on gère ces problèmes de harcèlement.</p> <p>Avoir une étude d'impact en santé. L'action de formation est un point de départ, ce qui est intéressant c'est qu'on amène d'autres réflexions.</p>

<b>Certification</b>	Cela se heurte à l'optique qualité et aux approches qualitatives. Pas non plus de financement spécifique.	Non pas de lien.
<b>Freins</b>	Il faut arriver à préciser et repérer où on les attend. Baliser le terrain et l'action. En Bretagne il y a peu d'initiatives qui parente des établissements eux-mêmes.	Ières victimes sont les référents territoriaux isolés dans leurs missions, poste souvent rattaché à la Direction des Soins. Bilan / au Comité de pilotage : échec car sur 8 Hôpitaux, une seule direction est représentée. Réflexion avec l'IREPS sur comment mobiliser les directions ? par rapport à l'ordre du jour mettre des points qui peuvent intéresser ?
<b>Leviers</b>		Exigences que l'on a dans notre appel à projet sont aux interventions sur la formation, vigilances sur les dérives sectaires. Examiner le besoin sur le territoire avec la parole des habitants et usagers. Réponse collective, cela doit engager plusieurs partenaires, travail de réseau de partenaires. Avoir une diversité des regards.

## 9. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés avec les réseaux français et québécois

	INPES	RESEAU QUEBECOIS Mme CHARIER, Chargée de mission sur le dossier des établissements promoteurs de santé au Québec
<b>RÉSEAU HSPS</b>	<p>Le réseau HPS a été créé en 1997 en France. Il a été, au départ, coordonné par l'AP-HP et comptait sept hôpitaux de la région parisienne. Par une volonté de rendre le réseau national, l'AP-HP s'est d'abord associée au CFES (IREPS) avant de lui confier sa gestion ainsi que sa coordination. En 2002, la CFES est devenu l'INPES qui est toujours chargé de cette mission de coordination du réseau HPS.</p> <p>Jusqu'en 2009, le réseau a été laissé en jachère, les professionnels intéressés par la promotion de la santé faisant cavaliers seuls. De 2009 à 2012, personne à l'INPES n'était en charge de cette mission. En 2012, une priorité a été mise sur le développement du réseau en raison d'un contrat (type d'objectifs et de moyens) passé entre l'INPES et le ministère en charge de la santé (avec un financement conjoint État -Sécurité sociale). Le réseau est parti du néant car, au départ, il ne comptait aucun adhérent. Une véritable redynamisation a été opérée lorsqu'un poste spécifique de chargé de mission a été créé.</p> <p>En France, l'adhésion au réseau national est gratuite. En revanche, celle au réseau international est de 300 Euros par membres.</p> <p>La même logique de réseau préside à l'international (Charte d'Ottawa). De 1992 à 1997, un projet pilote européen réunissant une vingtaine d'hôpitaux dans onze pays a été mis en œuvre. Il a abouti au réseau européen des HPS puis au réseau international HPS qui comprend notamment l'Europe, le Québec et Taïwan (qui est très investi).</p> <p>Le réseau international HPS n'est plus coordonné directement par l'OMS, il fonctionne plus comme une ONG maintenant. Lors de sa conférence annuelle, les différents coordinateurs des pays membres se rencontrent et présentent les projets qui ont été mis en œuvre dans leur pays.</p>	<p>Réseau créé en 2005 avec 38 établissements.</p> <p>Contexte historique : réforme 2004 du réseau de la santé (fusion d'établissement, compression budgétaire pour les directions de santé publique). A Montréal, l'agence de la santé a été supprimée pour créer de nouveaux regroupements pour fusionner le niveau local avec le niveau régional. Ce regroupement fait partie, pour l'aspect « promotion de la santé » d'une stratégie globale et intégré afin de faciliter l'approche populationnelle.</p> <p>Contribution pécuniaire : Assez faible de 250 à 350 euros pour un certificat d'adhésion valable 4 ans. Signé par le Directeur Général de l'établissement qui traduit un engagement à implanter cette stratégie.</p> <p>5 normes auxquelles on doit adhérer pour adhérer au réseau de l'OMS.</p>
<b>Actions</b>	Pour construire ce réseau, elle est partie de rien. En 2012, elle a mis en place un comité	Public visé : tous les publics (approche populationnelle).

<p><b>Missions</b></p>	<p>de coordination national avec les différents acteurs impliqués : la DGS, la DGOS, deux ARS qui avaient déjà la volonté de s'investir dans la promotion de la santé (Basse-Normandie et Aquitaine), la HAS, la Société Française de Santé Publique (SFSP), le CISS (représentants d'usagers), le CGET (aménagement des territoires), la FNCS, la FHF, la FHP, la FEHAP ainsi que deux hôpitaux (mais pour l'instant, il n'y a que l'hôpital de Dreux à être réellement impliqué). Ce comité sert à appuyer l'INPES sur la coordination et la communication. En 2013, le réseau a réellement été remis en fonctionnement notamment avec la signature par des établissements de la charte d'engagement (cf document joint). Il est à noter que le réseau est plus orienté santé publique qu'offre de soins. C'est ce réseau qui a déterminé quelles structures pouvaient faire partie du réseau : les hôpitaux et les structures de santé.</p> <p>Pour l'instant, aucune formation n'est proposée mais ils espèrent pouvoir le faire à terme. Un groupe de travail se penche là-dessus en ce moment</p> <p>Le réseau HPS a mis ou veut mettre en place des outils concrets pour aider les hôpitaux et les structures de santé à monter leurs propres projets.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche synthétique des actions (cf document joint)</li> <li>- Manuel d'auto-évaluation et formulaires (cf document joint) créé par le réseau international. Il peut être utilisé tel quel par les hôpitaux français à l'heure actuelle mais le réseau HPS national souhaite l'adapter de manière plus efficiente au réseau français et permettre aux différentes structures de se demander où elles en sont dans les pratiques de promotion de la santé</li> <li>- Fiches « repères » (à développer) : elles permettent d'explicitier toutes les étapes nécessaires à la mise en place d'une action ou d'une politique.</li> <li>- Rappels d'événements nationaux et internationaux concernant la promotion de la santé. Cela est fait par l'INPES pour tout le monde mais il y a plus de visibilité, de sensibilisation pour ceux qui font partie du réseau.</li> <li>- Mutualisation des outils créés et utilisés par chacun : échange de pratiques, « groupes de parole ». Cela permet d'apporter un soutien car, parfois, le coordonnateur se sent « isolé » dans sa structure.</li> </ul> <p>Le développement des politiques globales se font en direction de quatre piliers : usagers, professionnels, communauté et environnement mais les cibles principales restent encore les usagers et les professionnels.</p>	<p>Le CHU de Montréal travaille beaucoup avec une direction de la promotion de la santé dans la mission même de l'hôpital. Il fait de l'éducation à la santé. Fiches thématiques sont adaptées en fonction des niveaux de compréhension donc un effort de vulgarisation est fait. Un partenariat de soins est développé avec le patient qui est au cœur de la décision de son plan de soin.</p> <p>Le réseau travaille aussi à conseiller et influencer les politiques publiques notamment en déposant des projets de lois (exemple : cigarette électronique).</p>
------------------------	--	--

	<p>Dans les fiches synthétiques d'actions rendues, on retrouve plus d'actions sur la communauté que sur les usagers (ex : En Guyane, un projet a été développé pour aller dans les différentes communautés apporter le soin). Cependant, de manière générale, les actions visent en majorité l'utilisateur.</p> <p>On reste sur les quatre piliers : usagers, professionnels, communauté et environnement.</p> <p>La HAS est très intéressée par la partie concernant les professionnels (bien-être au travail, prévention des risques psycho-sociaux). (ex : à Caen, une sensibilisation à la vaccination des professionnels de santé a été menée via un groupe de théâtre).</p>	
<p><b>Moyens</b></p>	<p>C'est variable selon les pays. A l'INPES, 1,1 ETP y est consacré (80% + 30%).</p> <p>Quant aux ressources financières, elles ne font pas réellement l'objet d'un budget spécifique, c'est assez compliqué. Cela fait partie du budget global de l'INPES qu'il ne faut pas dépasser en faisant des compromis avec les autres services. C'est un tableau global pour le département où chacun inscrit ses besoins.</p> <p>Dans ce qui est financé, on retrouve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le développement des différents outils (et leur édition en version papier)</li> <li>• le budget lié au déplacement (à la fois international et national)</li> </ul> <p>des présentations à des personnes non directement concernées</p>	<p>Pas de moyen spécifique alloué aux établissements sauf pour les fumeurs des financements ponctuels ont été donnés pour instaurer des salles de sevrage tabagique par la direction de la santé publique (Pour faire des économies a été développée la notion de politique intégrée de politique sans fumée).</p> <p>Le réseau travaille aussi à conseiller et influencer les politiques publiques notamment en déposant des projets de lois.</p> <p>Belles réussites de réseau grâce au travail en partenariat avec la santé publique qui a mis des ressources pour décharger une personne afin de soutenir le développement du réseau et des ressources complémentaires pour financer les projets.</p>
<p><b>Partenaires</b></p>	<p>Volonté d'harmonisation des pratiques mais dépendance aux structures de soins – personnes concernées</p> <p>L'INPES est en lien étroit avec l'EHESP en matière de promotion (notamment financement d'une chaire). Mais lorsque le réseau a fait appel à l'EHESP pour participer à son séminaire, il n'y a pas eu de réponse de l'école, le contact n'est pas facile à établir. Il y a une véritable volonté de la part du réseau d'être en contact avec l'EHESP et notamment la filière des directeurs d'hôpitaux</p> <p>Pour l'instant il n'y a que des hôpitaux dans le réseau.</p> <p>La FNCS est intégrée au comité de pilotage et des centres de santé sont venus au séminaire mais il reste une véritable communication à mettre en place. Il faut appréhender leurs besoins et leur permettre une appropriation des outils existants.</p>	<p>Le programme est présent dans un centre de réadaptation, les CI3S = Centres Intégrés de Santé et Services Sociaux, prévoit la continuité et la collaboration entre établissements de santé et la communauté</p> <p>Nombreux projets de collaboration entre les établissements de santé et la communauté.</p> <p>Les associations et les communautés d'utilisateurs jouent un rôle important à ce niveau.</p> <p>Le REFIPS = Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé et l'AEPS Association Européenne pour la Promotion de la Santé sont également des partenaires extérieurs de ce réseau.</p>

	<p>L'INPES pense à eux pour le futur mais, par manque de moyens, ce n'est pas leur cible première.</p> <p>C'est une véritable demande de la part de la HAS et de la DGOS d'inclure les structures de soin.</p> <p>Le CISS se retrouve dans le comité d'organisation au niveau national. Au sein de chaque structure, il existe la CRUQPC mais il est difficile d'intégrer les usagers à l'élaboration de ces nouvelles pratiques</p>	
<b>Pilotage</b>		Chaque établissement désigne un responsable pour gérer le réseau. C'est souvent le responsable de la santé publique ou le Directeur des Ressources Humaines.
<b>Évaluation</b>	<p>L'évaluation de la satisfaction des usagers en matière de promotion de la santé est très dure à obtenir</p> <p>Il n'y a pas d'évaluation de l'impact des actions. Mais les actions sont très récentes, c'est pour cela (réflexion à terme). C'est à l'établissement de le mener, c'est lui qui s'en occupe. Globalement, il n'y a pas d'évaluation formelle, ce sont des ajustements au fur et à mesure. Beaucoup de choses sont en cours ou en projet. Le seul outil fini, c'est la fiche synthétique des actions mais les établissements d'une part le remplissent mal d'autre part, le renvoie peu au réseau HPS (perte considérable de données).</p> <p>Il n'y a pas d'évaluation de l'impact de la satisfaction des usagers. Mais les actions sont très récentes, c'est pour cela (réflexion à terme). C'est à l'établissement de le mener, c'est lui qui s'en occupe.</p> <p>Pour l'instant, les membres du réseau n'ont qu'à faire remonter leurs fiches de synthèse.</p> <p>Dans le futur, si on veut quelque chose de plus structuré, il faudra mettre en place un système national</p>	<p>Les hôpitaux doivent rendre des comptes au Conseil d'Administration car le Directeur général de l'établissement signe le contrat dans lequel il s'engage à développer la prévention et dans une véritable démarche de promotion de la santé pour que cela devienne une exigence.</p> <p>Un formulaire est à compléter pour donner un portrait de l'état d'avancement de l'implantation des normes. Les directeurs d'hôpitaux sont notés sur l'implication qu'ils mettent dans la prévention.</p> <p>Il n'y a pas véritablement d'évaluation à l'adhésion. Cela serait utile pour statuer sur la qualité du programme. Mais instaurer une telle évaluation serait trop onéreux pour les réseaux.</p>
<b>Recherche</b>		Un petit peu mais pas beaucoup. Le réseau se tient au courant des travaux de deux thèses de doctorat dans les dernières années.
<b>Certification</b>	Il n'y en a pas encore mais la HAS est très intéressée. Cela pourrait par exemple participer à un allègement du contrôle des items correspondant au volet prévention de la santé si l'établissement fait partie du réseau. Ce dernier aura alors en charge de vérifier	Au Québec (certification=agrément) cela est déjà difficile pour les hôpitaux d'obtenir l'agrément. La question se pose de savoir comment introduire la prévention et ses normes dans l'agrément. Il faut faire des liens étroits entre eux, pour mieux gérer

	<p>qu'il correspond bien à un cahier des charges précis en cette matière.</p> <p>Pour l'intention, l'hôpital doit juste rédiger une lettre d'intention</p>	<p>l'implantation des 5 normes dans les établissements. Avec la réforme cette question reste en suspens.</p>
<b>Freins</b>	<p>la commission ne sait pas encore comment toucher les structures de santé</p> <p>Les difficultés résident essentiellement dans le fait que les initiatives et le fonctionnement des réseaux dépendent beaucoup des différents systèmes de santé mais également de la place que leur accorde l'État, son implication, et son appui</p> <p>La principale difficulté rencontrée est de réussir à convaincre le directeur général de l'hôpital de l'intérêt à rejoindre le réseau d'où l'importance de développer des outils plus pratiques.</p> <p>Par exemple, en Basse-Normandie, il existe 8 établissements mais seulement deux font partie du réseau</p> <p>Le réseau est très jeune, très récent. Beaucoup de documents sont encore en cours d'élaboration.</p> <p>Les directeurs d'établissement ne voient pas forcément les avantages que le réseau pourrait procurer à terme et font l'impasse dessus. L'animation de la prévention dépend beaucoup de l'implication, de la motivation et de la conviction des personnes de terrain qui veulent bien s'en occuper. Les établissements sont parfois un véritable frein que ce soit de manière financière ou en termes de moyens humains.</p> <p>Il y a une véritable volonté de définir des bonnes pratiques mais il est difficile d'avoir un vrai retour de la part des établissements</p> <p>Il n'existe pas non plus de financement associé.</p>	<p>Suppression récente des agences de santé → nouvelle organisation à mettre en place...</p> <p>Stratégie globale qui doit toucher toutes les populations : n'est rattachée qu'à la direction santé publique dans un établissement il faudrait la rattacher aux services techniques (pour le développement durable), les DRH (pour les actions en direction du personnel) direction financière pour dégager plus de moyens.</p> <p>Refus d'adhésion au réseau : le problème principal c'est que certains hôpitaux restent passifs. La mobilisation de la direction est fondamentale pour mobiliser d'autres intervenants. (un porteur de dossier qui doit être convaincu du bien-fondé de sa démarche) dans les établissements pour porter la prévention.</p> <p>Financièrement : Il faut un minimum de ressources.</p> <p>Évaluation : Il est envisagé d'introduire une évaluation de la qualité du programme, celui-ci devient contraignant, onéreux. La question se pose de savoir comment introduire la prévention et ses normes dans l'agrément.</p>
<b>Leviers</b>	<p>Démarche conjointe avec les ARS à valoriser et encourager toutes les initiatives</p> <p>Un groupe de travail est en train d'être mis en place avec les ARS afin d'identifier leurs besoins et leur proposer un véritable accompagnement</p> <p>Les ARS sont une véritable force pour le réseau qui peut ainsi augmenter son rayon d'action et toucher le plus d'établissements possibles</p> <p>Elles sont de véritables relais avec une possibilité de diffusion très large</p> <p>Ce sont souvent les personnes concernées par l'éducation thérapeutique du patient qui sont moteurs. (ETP = porte d'entrée de la promotion de la santé à l'hôpital)</p>	<p>Facteurs clés de succès : être méthodique, s'appuyer sur le réseau. Maitrise le concept et l'organisation du réseau.</p> <p>Réforme du réseau de la santé : il s'agit de repositionner et sauver les activités de santé publique et notamment la prévention et la promotion de la santé.</p> <p>Suppression de l'agence de la santé mais Création de nouveau regroupement (fusion niveau local et régional) : Ce regroupement fait partie, pour l'aspect « promotion de la santé » d'une stratégie globale et intégrée afin de faciliter l'approche populationnelle.</p>

	<p>Il est cependant possible d'utiliser les logos des réseaux (national et international) si on en fait partie et d'afficher sa charte d'engagement qui montre un véritable engagement de la part de l'hôpital.</p> <p>Il est envisagé, dans le futur, de décerner chaque année un prix « promotion de la santé » qui entraînerait un petit financement à la clef.</p>	
--	--	--

## 10. Tableau d'analyse des constats à partir des entretiens menés avec l'EHESP et la FNES

	EHESP M.CHAMBAUD	FNES M.DEMEULEMEESTER
<b>PRÉSENTATION</b>	<p>Directeur de l'EHESP depuis 2013, M.CHAMBAUD est médecin de santé publique ayant travaillé dans des ARS, dans des PMI et en tant que conseiller en santé publique auprès de Marisol Touraine.</p> <p>Créée par la loi de santé publique de 2004, l'EHESP est l'école de référence pour les cadres supérieurs de la santé. C'est un établissement public qui exerce une double mission de formation et de recherche en santé publique et action sociale et qui est sous la tutelle des ministères chargés de la santé, des affaires sociales, de l'enseignement supérieur et de la recherche.</p> <p>Son ambition est de nourrir un dialogue fructueux entre deux cultures complémentaires : la santé publique et le management.</p> <p>Les quatre missions de l'École sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assurer la formation des personnes ayant à exercer des fonctions de direction, de gestion, d'inspection ou de contrôle dans les domaines sanitaire, sociaux ou médico sociaux ;</li> <li>- assurer en réseau un enseignement supérieur en matière de santé publique ;</li> <li>- contribuer aux activités de recherche en santé publique ;</li> <li>- développer les relations internationales notamment par des échanges avec les établissements dispensant des enseignements comparables.</li> </ul>	<p>Président de la Fédération nationale d'éducation à la santé et promotion de la santé (FNESPS), M.DEMEULEMEESTER est médecin de santé publique ayant connaissance des EPS à travers la tutelle et organisation des soins. Il est ancien Président de la FNESPS, et a plus fréquenté les hôpitaux lors de l'épidémie de SIDA.</p> <p>La FNES est l'ensemble des instances régionales d'éducation et de promotion à la santé : organismes ressources présents dans toutes les régions (sauf l'Auvergne) mais n'intervenant pas sur le terrain. Ils assurent des formations dans le champ de la promotion, de la documentation, de l'accompagnement de différents projets et ils fournissent différentes prestations aux professionnels voulant y participer, diagnostics préalables et prestations ciblées selon leurs besoins. Un certain nombre d'IRES sont agréés en promotion de la santé.</p> <p>La Fédération est intégrée à la région et au département, ses crédits sont accordés par des FIR.</p>
<b>Place de la prévention dans les hôpitaux</b>	<p>Par rapport au rôle de l'hôpital, il est important de faire la distinction dans la prévention, entre pratiques cliniques préventives et les aspects de promotion de la santé ainsi que les ETP.</p> <p>On ne parle pas assez des pratiques cliniques préventives. L'hôpital doit</p>	<p>L'idée a été de repérer les ressources considérées et choisir un certain nombre de priorités puis les aider à trouver et utiliser les outils qui leur paraissent les plus adaptés. C'est un travail qui s'étale sur 3 ou 4 ans.</p> <p>Ce qui est important c'est que cela va <i>au-delà</i> de la promotion de soin et à la santé. En</p>

	<p>utiliser tous les éléments permettant de prendre en charge toutes les personnes de la meilleure façon possible. Elles sont du ressort des professionnels de santé. Il n'y a aucune raison pour qu'un EPS ne développe pas ces pratiques. Ce n'est pas intégré dans la stratégie des EPS. Les EPS le font surtout pour des pratiques de prévention primaire (ex vaccination). Mais en fait, les EPS font également de la prévention tertiaire avec les dépistages et la notion d'ETP. Cela doit être intégré dans la pratique des EPS.</p> <p>Il faut le mettre davantage en valeur que ce que les EPS utilisent actuellement. Souvent dans les programmes types INPES ou OMS c'est oublié alors qu'il y a des actions quotidiennes qui devraient être totalement intégrées.</p> <p>ETP ou promotion de la santé :</p> <p>Sujet plus complexe pour les hôpitaux. Il faut que les EPS s'impliquent dans ce type d'activités mais l'hôpital n'est pas automatiquement le lieu adéquat. On est sur des déterminants de santé. Ne sont pas des activités qui doivent obligatoirement se situer à l'hôpital.</p> <p>Il faut inciter les EPS à être des acteurs fédérants sur ces aspects-là.</p> <p>Il n'y a pas de réponse simple et unique ! Est-ce à l'hôpital ou à d'autres acteurs de le mettre en œuvre ? Ça dépend de l'ensemble des acteurs, de l'hôpital et de l'ensemble du territoire.</p> <p>Il s'agit également d'activités avec des relations de développement d'activités liées au bien-être et à la promotion de la santé. La notion de réseaux d'acteurs doit être présente. Si cela se déroule uniquement en interne, on limite le champ d'action et on peut passer à côté de certains problèmes de santé liés aux différents déterminants de santé. Les actions de prévention doivent irriguer l'ensemble des structures sur le territoire.</p> <p>Ex : la promotion de la santé pour l'enfant : tous les acteurs de l'enfance, éducation nationale, collectivité territoriale, associations sports et loisirs...et l'hôpital ne sera que le coordonnateur de l'ensemble de ces activités mais il n'y a aucune raison que ce soit le service de pédiatrie de l'hôpital qui doit être le</p>	<p>matière hospitalière, il y a avant tout l'amélioration des conditions individuelles, alors qu'en promotion de la santé il y a aussi le fait d'essayer d'améliorer les compétences individuelles, obtenir une évolution plus favorable du milieu social et du milieu matériel dans lequel les personnes évoluent.</p> <p>Dans le mode d'action, l'intervention sur les déterminants de santé ne sont pas nécessairement les mêmes selon les régions parce que les problèmes, les contextes, les ressources humaines et les formations ne sont pas les mêmes, et parce que le contexte, les ressources des gens et leurs formations ne sont pas les mêmes.</p> <p>⇒ Ce qui fait les modes de vie : en termes de facteur de risque (tabac, alcool = les gros), tout ce qui tourne autour du stress en milieu hospitalier... en facteurs de protection et de risques l'alimentation et activité physique. Avec ces 5 déterminants, on a déjà pas mal de possibilités d'agir.</p> <p>⇒ Il y a un autre axe important sur lequel l'hôpital a un rôle essentiel à jouer : ce qui tourne autour de la santé de la mère et de l'enfant, à la naissance. Avec les actes techniques évidemment, mais c'est ce que voient d'abord les hospitaliers, mais par exemple, un travail il y a une dizaine d'années au nord pas de calais : dans la quasi-totalité des maternités, promotion de la santé à la naissance avec trois aspects :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promotion allaitement maternel</li> <li>• dépistage et prise en charge précoce des troubles sensoriels</li> <li>• maintien et renforcement du lien parent-enfant</li> </ul> <p>Il existe des actions spécifiques envers les personnes âgées ; des programmes se développent comme la prévention des chutes. C'est intéressant pour l'éducation à la santé et la prévention car c'est toucher à tous les domaines de la santé de la personne âgée, agir au niveau des comportements, l'activité physique, c'est aussi toucher à la sur-médication des PA, de leur environnement pour qu'il ne favorise pas les chutes, et finalement prévenir les chutes c'est avoir une action tout azimut quel que soit l'aspect</p>
--	---	---

	porteur du projet.	<p>auquel on s'intéresse.</p> <p>Il y a 3 aspects dans la prévention des chutes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- psychomotriciens et kinésithérapeutes, on retombe dans la prise en charge individuelle, on n'imagine mal que l'on va en dédier un à chacun pour prévenir les chutes. Il y a un moment où on pourra se permettre de prendre en charge individuellement</li> <li>- il y a tout un aspect dans les années qui précèdent cela où la prévention des chutes c'est améliorer la sécurité du domicile, rompre l'isolement pour que la personne âgée ne soit pas seule, c'est aussi simple que de prévoir un accompagnement de cette personne pour que tous les jours elle puisse aller faire ses courses, mais c'est prouver que c'est de la prévention, mais cela ne nécessite pas un accompagnement par des professionnels</li> </ul> <p>Très souvent la prévention primaire est assez extérieure à l'hôpital, alors que beaucoup de gens se recentrent sur l'ETP. Et concernant la qualité de vie des personnels notamment à l'hôpital public, la prévention primaire y est lamentable. On ne peut mettre une personne derrière chaque personnel, mais il y a des choses à faire même si cela est difficile dans la situation économique actuelle et cela devrait être une préoccupation des directions hospitalières au même titre que la prévention des malades.</p> <p>Ce serait le rôle de la médecine du travail, réponse qui a souvent été faite, car cela relève de la zone privée des personnels. Mais ce n'est pas le médecin du travail qui organise la vie à l'hôpital ; le médecin du travail a peu de marge de manœuvre face au manque de reconnaissance professionnel, ou une conciliation entre vie personnelle et professionnelle.</p> <p>Le CHSCT peut avoir un rôle à jouer, il partage la vision selon laquelle ce serait le rôle de la médecine du travail.</p> <p>Tout le monde partage cette vision en France alors que ce n'est pas celle de la FNES.</p> <p>A l'inverse, au Québec, l'équivalent de l'AFNOR a mis en place une norme « entreprise en santé ». Ce qui est intéressant et n'est pas dans la culture française, est que parmi les 3</p>
--	--------------------	--

		<p>premières entreprises qui ont travaillé à obtenir le niveau excellence, il y avait le ministère de la santé (c'est lui qui gère directement les hôpitaux), soit 12.000 personnes. C'est une remise en cause que l'on ne fait pas du tout en France, par manque ou mauvaise volonté mais on n'imagine pas qu'il y a des marges de manœuvre et de progrès, on reste sur des ornières assez connues comme l'ETP, la vaccination, le dépistage et on a du mal à être innovant et sortir des sentiers battus, la santé du personnel reste le problème de la médecine du travail. Alors que lorsque l'on entre chez soi, la forme et la santé dépendent des relations que l'on a eues dans la journée.</p>
<p><b>Réseau HSPS</b></p>	<p>Ce qu'a développé l'OMS est très conceptuel et peu opérationnel, les enjeux ne sont pas là. Mettre une étiquette plaquée sur les hôpitaux ne va pas apporter grand-chose.</p> <p>Il faut une réelle dynamique portée par les ARS avec des partenaires locaux, l'éducation nationale, la CPAM, les collectivités territoriales plutôt qu'un label HPS.</p> <p>On a, ou on va avoir des outils plus opérationnels sur un niveau de territoire, on a une dynamique de territoire avec les contrats locaux de santé. Il en existe environ 200 en France, c'est donc une question centrale. Il faudrait que les EPS s'y intègrent et y jouent le rôle que l'on peut attendre d'eux dans ces contrats.</p> <p>Ce sujet sera certainement intégré dans les futures GHT sans oublier le lien avec les médico-sociaux et les professionnels libéraux.</p> <p>Le concept ville-santé correspond plus à certains pays (Québec, pays du nord) car le niveau de politiques locales est très faible. Ceux sont les professionnels de santé qui portent ces aspects-là.</p> <p>Nous, les politiques locales peuvent être très impliquées quand elles le souhaitent, y compris sur le plan politique.</p> <p>Le modèle à mon avis ne doit pas être exactement le même que celui qui est développé par un organisme hors sol qu'est celui de l'OMS.</p>	<p><u>14. Connaissez-vous le réseau Réseaux / Hôpitaux Promoteurs de Santé :</u></p> <p>Oui, c'est intéressant car il y a une différence d'évolution entre HPS et ville santé OMS, mouvement du même type : la première a périclité, alors que la seconde connaît plus de succès, même si on n'est pas dans des progressions fulgurantes et qu'en France on n'est pas dans cet état d'esprit les 10 dernières années, mais il y a une progression continue de VSOMS. C'est en second : de plus en plus de communes prennent conscience qu'elles ont un rôle, la gestion des transports, des cantines, les clubs des personnes âgées, et peuvent avoir une action sur la santé des gens. HPS a très peu de succès. Cela reprend récemment, mais a peu évolué alors même que des expériences intéressantes ont été menées en France au cours des 20/30 dernières années. Cf. hôpital de Maubeuge, avec des grosses difficultés au sein de populations difficiles, qui ont fait des choses intéressantes. La T2A n'est d'ailleurs pas un mode de financement favorisant les HPS.</p> <p>On peut se demander si la T2A est favorable à la promotion : elle ne génère aucun intérêt à en faire, c'est même l'inverse car en faire revient à scier la branche sur laquelle on se trouve. Le système de financement actuel, celui de la T2A, n'est pas incitatif. Mais avec les FIR hors T2A ? Cf. le directeur de Roubaix, personnellement favorable à la prévention, avec 2 ou 3 équipes hospitalières lancées dans l'ETP : le système n'a pas d'intérêt pour eux car favoriser la prévention si elle fonctionne, les patients ne reviennent pas, donc il y a une baisse de l'activité, donc des ressources, donc ils n'ont pas intérêt à le faire. Certes dans la réalité cela ne fonctionne pas comme cela, mais cela illustre que sur le principe, la T2A n'est pas incitative.</p> <p>De la même manière, il n'y a aucun mécanisme incitatif à lancer de la recherche dans ce</p>

	<p>Je crois plus à l'intégration dans des logiques portées par les ARS et les collectivités territoriales.</p> <p>Politique qui consiste à donner des outils aux EPS sur comment ils sont capables de développer avec les autres acteurs des pratiques préventives et également développer l'ETP.</p> <p>Le 2<sup>ème</sup> niveau relève de la volonté de l'établissement de s'inscrire dans une logique de promotion de la santé portée aussi par les ARS et les collectivités territoriales.</p> <p>Il y aura forcément des inégalités en fonction des territoires comme il en existe déjà. Une coordination régionale et nationale ne rendra pas le dispositif plus égalitaire. Ce n'est pas parce que l'on met un label ville santé que c'est égalitaire.</p> <p>Mais si les contrats locaux de santé découlent d'une action volontariste de l'ARS pour « vendre » des contrats locaux de santé dans des zones où il y en avait le plus besoin. Outil de réduction des inégalités si l'ARS le promeut de cette manière-là.</p> <p>Le label ville santé est beaucoup plus light, beaucoup moins porté et on peut penser que ceux sont les villes les plus favorisées qui vont plus s'accoler ce type de label.</p> <p>Il faut une politique volontariste. Mais que ça puisse se faire au niveau régional.</p> <p>Il y a besoin d'avoir une vision régionale de la façon dont les EPS peuvent s'intégrer dans cette logique. Le 1<sup>er</sup> niveau devrait être naturellement mis en place dans l'ensemble des EPS car c'est la vocation des professionnels de santé de le faire et au niveau des soins de santé primaire aussi. Quant au 2<sup>ème</sup> niveau de promotion de la santé, on est sur une dimension différente. C'est vraiment important de ne pas le perdre de vue.</p>	<p>champ-là, alors que dans la recherche dans le médicament, les mécanismes financiers sont gigantesques</p>
--	--	--

	<p>Le discours de l'OMS ne clarifie pas les choses. Les professionnels de santé ont l'impression qu'on attend d'eux qu'ils fassent toutes les actions alors que ce n'est pas le cas !</p> <p>Le champ des déterminants de santé n'appartient pas aux professionnels de santé.</p> <p>Ex : la nutrition, une politique publique à porter par les agroalimentaires, par l'éducation nationale, les acteurs économiques, les acteurs de santé ; la prévention ce n'est pas faire tout et n'importe quoi.</p>	
<b>Moyens</b>		<p>En région, les ¾ des ressources viennent de l'ARS, essentiellement sur l'enveloppe FIR. L'estimation à la louche serait de l'ordre de 50 millions d'euros pour la France entière, à comparer aux 190 milliards d'euros de dépenses de soins. Cela donne une idée du fait qu'il y a des choses qui se passent mais on n'est clairement pas dans un modèle dominant</p>
<b>Partenaires</b>		<p>Travail avec les PMI, des réseaux de soins, les municipalités (CCAS), les ARS.</p>
<b>Recherche</b>	-	<p>L'association a des programmes de recherche qui commence à se faire. Plusieurs choses se mettent en place aujourd'hui, notamment en Midi-Pyrénées autour d'une équipe interuniversitaire qui est pilotée par Thierry Lang, président de la commission de prévention du Haut Conseil de la Santé Publique. Il a lancé ce travail avec le soutien des équipes opérationnelles avec des équipes de terrain. Par exemple, avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse, idée d'en faire un terrain d'action, et c'est son équipe qui a été retenue pour constituer ce travail d'évaluation scientifique.</p>
<b>Certification</b>		<p><u>Il pourrait y avoir un avec la certification</u></p> <p>Par exemple, pour l'entreprise en santé de la norme OMS au Québec, les DH étaient également jugés et rémunérés en fonction de ce qu'ils répondaient plus ou moins bien à cette norme, à condition que les normes aillent aussi dans ce sens-là. Les normes type ISO sont peu adaptées car très techniques. Il n'y a pas de trace de la qualité de vie au travail.</p>
<b>Freins</b>		<p>Dépendance aux finances</p> <p>Santé très recentrée sur les soins (dans les textes) et ces aspects échappent à la</p>

		<p>règlementation.</p> <p>Par exemple, à l'hôpital, un aspect négligé est l'alimentation du malade et/ou du personnel, alors que pour l'éducation et la promotion à la santé c'est très important et cela n'est pas forcément un acte de soins. On est de plus en plus centré sur les aspects techniques et moins sur le reste.</p> <p>Cf. promotion de l'activité physique dans les collèges en Alsace pendant 5 ans sur 7 collèges avec environ 500-600 élèves (en collaboration avec l'INPES) : très général comme venir en vélo à l'école, mais cela est large comment s'organiser avec les parents, avec la municipalité pour que les trajets soient sécurisés etc. Au bout de 5 ans, 50% de moins d'élèves en surpoids dans ces collèges que dans les autres. En parallèle, si BAYER avait trouvé un médicament qui réduit de 50% l'obésité, la publicité serait bien plus large. C'était un travail avec l'INSERM et pendant quelques temps cela n'a pas pu être repris ; mais finalement, l'étude a été connue, l'INPES s'en est emparée et cela se développe un peu. Cela montre qu'il existe des progrès en matière de santé auxquels on ne pense pas car l'on est formaté à penser prise en charge individuelle. C'est peut-être encore plus difficile à l'hôpital de penser de cette façon-là.</p> <p>Dans les flops, il y en a plein, peut-être parce que certaines choses se faisaient sans qu'on évalue vraiment. Par exemple, on sait très bien maintenant que tout ce qui est interventions ponctuelles ne sert à rien, comme des interventions à des conférences dans des écoles, cela ne sert à rien, mais cela se fait de moins en moins mais a été très pratiqué il y a une vingtaine d'années.</p> <p>C'est vrai aussi pour l'ETP, s'il n'y a pas un état d'esprit entre l'équipe soignante et les personnes, si on n'est pas dans quelque chose de durable, cela peut être pire que mieux. Concernant les slogans publicitaires comme « mangez 5 fruits et légumes frais par jour, et ne mangez pas entre les repas », c'est intéressant mais si derrière cela n'est pas accompagné, cela reste lettre morte.</p> <p>Par exemple, problème de surpoids et d'obésité des enfants mexicains à l'heure actuelle, un organisme disait qu'il fallait responsabiliser les parents, mais le problème est que dans les écoles on a encore des vendeurs et/ou distributeurs de boissons sucrés, de popcorns,</p>
--	--	--

		<p>etc. Pour les enfants interrogés, la portion de biscuit coûte moins cher qu'un fruit, du simple au double voire même parfois 5 fois. Si en même temps que ce slogan, il n'y a pas de travail fait sur l'environnement cela ne sert à rien.</p> <p>Par exemple en France, cela participe du fait que l'on ait supprimé les distributeurs.</p> <p>L'expérience médicale en matière d'activité physique a été basée sur le plaisir de faire de l'activité physique et tout a été basé sur l'action de lever les obstacles pour engager une activité physique élémentaire.</p> <p>Autre exemple, c'est mieux de se déplacer en vélo, mais rien que le fait d'avoir des parcs à vélo gardés et surveillés aux abords des transports en commun augmente l'activité physique, les gens d'eux-mêmes se mettent au vélo,</p> <p>L'organisation hospitalière en pôle n'est pas très aidante, alors que celle en filière (pédiatrique, gériatrique, psychiatrique) davantage pour n'importe lequel des projets. =&gt; C'est un enjeu culturel ou d'état d'esprit de pouvoir passer de l'individuel au collectif.</p> <p>Ex : multiplication des cancers dans le monde, diminution des cancers liés aux infections, mais augmentation du fait du vieillissement de la population et du fait de la transformation des modes de vie, et les réponses proposées = augmentation de la vaccination et préparer les services hospitaliers à recevoir plus de monde. Or dans cette étude, pas de vision qu'il y avait quelque chose à faire sur les modes de vie, avec une réponse purement médicale. Parce que la réponse est d'abord vue comme individuelle, ils n'ont pas envisagé d'intervenir sur les modes de vie.</p>
<p><b>Leviers</b></p>		<p>cf. l'étude sur les maternités du Nord pas de Calais, qui a fait l'objet de publications, le projet ICAPS en Alsace...</p> <p>La différence entre éducation et promotion à la santé, il faut des environnements qui soient favorables. Si on passe à l'évaluation, on montre que l'incitation ne sert à rien sauf si c'est sur un environnement favorable, mais à la limite rien que de créer un environnement favorable, cela marche déjà.</p>

## 11. Lettre d'intention d'adhésion au réseau HPH

Cette lettre d'intention, signée par la direction, stipule que l'hôpital ou le service de santé membre respectera la Constitution HPH du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPH) et mettra en place des activités de promotion de la santé conformément à la Constitution HPH et aux stratégies et politiques définies dans des documents de l'OMS nommés ci-dessous.

En adhérant au réseau international HPH, l'hôpital ou le service de santé s'engage à :

- Souscrire aux principes des documents et des déclarations de l'OMS concernant les hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé (HSPS) ; c.-à-d. la Charte d'Ottawa, la Déclaration de Budapest et les Recommandations de Vienne, et s'engager à appliquer les principes, les stratégies et les politiques des HSPS, en utilisant les normes HPH de l'OMS ou les normes/indicateurs HSPS nationaux correspondants ;
- Élaborer une politique écrite de promotion de la santé et soutenir la mise en œuvre d'un milieu sans tabac en tant que domaine d'action important ;
- Élaborer et évaluer un plan d'action HSPS afin de soutenir l'intégration de la promotion de la santé dans la culture de l'établissement pendant la période désignée de 4 ans ;
- Acquitter la contribution annuelle destinée à la coordination du réseau international HPH;
- Nommer un coordonnateur responsable de coordonner les activités et le développement du projet HPS au sein de l'établissement ;
- Partager l'information et les expériences à l'échelon national et international, c.-à-d. l'évolution, les modèles de bonnes pratiques (projets) et la mise en œuvre de normes et d'indicateurs;
- Transmettre l'information pertinente sur l'établissement pour sa mise en ligne sur le site <http://www.hphnet.org/> et assurer la mise à jour des données sur demande.

Critères nationaux ou régionaux supplémentaires, s'il y a lieu :

- Participer aux réunions nationales

**Cette lettre d'intention entrera en vigueur dès sa signature et sa validité sera de quatre (4) ans à partir de cette date.**