



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2018 Marie Curie**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**La promotion de la santé :
Un principe d'action
pour le directeur des soins**

Angèle DALI-YOUCÉF

Remerciements

Je remercie sincèrement tous les professionnels rencontrés et qui ont contribué à ma réflexion pour réaliser ce travail.

Je remercie également tous ceux de mon entourage personnel et professionnel qui, par leur soutien, ont participé à mon évolution professionnelle depuis le choix que j'ai fait de devenir infirmière en 1993, jusqu'à devenir aujourd'hui directrice des soins.

Sommaire

Introduction : d'une réflexion générale à une question pour le directeur des soins	1
1 Promotion de la santé : quelle est son histoire, où en sommes-nous aujourd'hui ?	5
1.1 De la période hygiéniste à nos jours.....	5
1.1.1 La période hygiéniste et la révolution pasteurienne.....	5
1.1.2 L'émergence des maladies chroniques	6
1.1.3 La nouvelle santé publique.....	6
1.2 Définir la promotion de la santé.....	8
1.2.1 La charte d'OTTAWA.....	8
1.2.2 D'OTTAWA à la Stratégie Nationale de Santé.....	8
1.2.3 La promotion de la santé : une approche pragmatique.....	10
1.3 La promotion de la santé en France	10
1.3.1 La promotion de la santé dans la politique de santé.....	10
1.3.2 Agir en faveur de la promotion de la santé, des stratégies plurielles et complémentaires.....	12
1.3.3 La Stratégie Nationale de Santé 2018 - 2022.....	13
1.4 La promotion de la santé à l'hôpital	14
1.5 Synthèse	17
2 La promotion de la santé : quelle réalité dans les hôpitaux aujourd'hui ?	19
2.1 Méthodologie de l'enquête	19
2.1.1 Méthode de recueil de données	19
2.1.2 Les personnes interviewées.....	19
2.1.3 Le déroulement de l'enquête	20
2.2 Résultats et analyse	20
2.2.1 La promotion de la santé, une priorité relative pour les professionnels de l'hôpital	21
2.2.2 L'hôpital légitime et pertinent pour investir la promotion de la santé.....	24
2.2.3 Une stratégie d'établissement pour mobiliser les professionnels de santé .	26
2.2.4 Une vision de territoire indispensable.....	27
2.2.5 Le directeur des soins, un acteur clé de la promotion de la santé	28

2.3	Synthèse	29
3	Confrontation à la question initiale et réponse aux hypothèses.....	31
3.1	Hypothèse 1 : La promotion de la santé doit être davantage structurée et formalisée dans la politique institutionnelle et dans le projet d'établissement	31
3.2	Hypothèse 2 : La promotion de la santé doit s'appliquer comme un nouveau paradigme dans l'exercice des professionnels et devenir une approche systématique de la prise en charge des usagers.....	31
3.3	Hypothèse 3 : Hier manager de l'organisation des soins et demain manager en santé, le directeur des soins contribue au développement de la promotion de la santé dans le management de la politique de la direction des soins	32
4	La promotion de la santé, un principe d'action <i>a priori</i> pour le directeur des soins	33
4.1	Une posture dans la vie institutionnelle.....	33
4.1.1	L'environnement à l'hôpital	33
4.1.2	Les outils	34
4.1.3	Les organisations	35
4.1.4	Les usagers	36
4.2	Devenir Hôpital Promoteur de Santé	37
4.2.1	Structuration de la démarche.....	37
4.2.2	La place du directeur des soins dans un Hôpital Promoteur de santé.....	39
4.3	La promotion de la santé dans la politique de la direction des soins	40
4.3.1	Le projet de soins	40
4.3.2	La CSIRMT.....	41
4.3.3	Le management de l'encadrement.....	42
4.4	Le territoire, les parcours au service de la promotion de la santé.....	43
4.4.1	Le Groupement Hospitalier de Territoire	43
4.4.2	La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé	44
	Conclusion.....	47
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CGS	Coordonnateur/trice Général(e) des Soins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CPTLS	Communauté Professionnelle de Territoire de Santé
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechnique
DH	Directeur/trice d'hôpital
DS	Directeur/trice des Soins
EDH	Elève directeur/trice d'hôpital
EDS	Elève directeur/trice des soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
FHF	Fédération Hospitalière de France
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPS	Hôpitaux Promoteurs de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé
IPA	Infirmier de Pratiques Avancées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCME	Président(e) de la Commission Médicale d'Établissement
PMP	Projet Médical Partagé
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
PSP	Projet de Soins Partagé
RESPADD	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
T2A	Tarifification à l'activité

Introduction : d'une réflexion générale à une question pour le directeur des soins

La stratégie nationale de santé 2018-2022¹ marque un tournant significatif en confirmant l'objectif d'améliorer la santé des Français dans son premier axe : « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. ».

La volonté de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé est par ailleurs affichée dans une politique interministérielle présentée le 26 mars 2018 par le Premier ministre, détaillant 25 mesures phare².

Cette orientation est légitimée par les constats, en demi-teinte, posés dans un rapport sur l'état de santé de la population en France³. D'un point de vue général⁴, la santé des français s'améliore et leur espérance de vie continue de croître. Cependant, cette croissance est ralentie depuis 2005.

Le rapport montre que la mortalité prématurée baisse, notamment celle liées aux comportements à risque, à l'exception des pathologies liées au tabac chez les femmes. Mais il souligne également que la mortalité prématurée représente encore une part importante des causes de décès, avec pour principales causes les cancers et les pathologies cardio-vasculaires. La mortalité évitable et les comportements ou exposition aux facteurs de risque qui y sont liés sont un enjeu pour agir sur la santé de la population. La consommation de tabac, d'alcool, la qualité de l'alimentation, les conditions de travail, sont des leviers incontournables à activer.

Le rapport pointe également la corrélation entre la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de santé et ce dès le plus jeune âge. Aujourd'hui, l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de cinq années à celle d'un cadre. Les enfants d'ouvriers souffrent davantage d'obésité ou de caries dentaires que les enfants de cadres.

¹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, Journal Officiel, n°0305 du 31 décembre 2017, texte n°72

² COMITE INTERMINISTERIEL POUR LA SANTE, *Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie*, Dossier de presse, 26 mars 2018, Service de presse de Matignon

³ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, SANTE PUBLIQUE France, 2017, *L'état de santé de la population en France*, Synthèse du rapport

⁴ Annexe 1 : Infographie Etat de la santé de la population en France, DRESS, Santé Publique France, 2017

Ces inégalités peuvent être renforcées dans certains territoires par une difficulté pour accéder aux services de santé.

Ce constat et cette nouvelle orientation de la politique de santé, questionnent inévitablement le rôle et la place de l'hôpital dans la stratégie de transformation de notre système de santé.

Il faut admettre que la dénomination établissement de santé, *versus* établissement de soins, peut sembler impropre pour un lieu dont la principale voire exclusive activité est de délivrer des soins. Or, le terme n'a pas été choisi au hasard et il implique *a priori* que l'hôpital joue un rôle dans l'état de santé d'une population, au-delà de la délivrance de soins.

La place de la promotion de la santé à l'hôpital peut être qualifiée de faible aujourd'hui bien qu'elle soit voulue et encouragée par les pouvoirs publics. Cette volonté est légitime au regard des constats posés ci-dessus sur l'état de santé de la population et sans doute accrue selon les besoins territoriaux. Elle appelle un changement profond de ce que sont les missions de l'hôpital aujourd'hui, centrées sur les soins, l'enseignement et la recherche pour rattraper le rendez-vous manqué de l'hôpital et de la promotion de la santé, tel que l'exprimait Robert DEBRE, déjà, en 1973 : « En 1973, lors de son discours de clôture d'une semaine consacrée à la santé publique devant les étudiants de l'Ecole Nationale de Santé Publique, le Pr Robert DEBRE faisait son bilan de la réforme à l'origine des CHU, qui porte très heureusement son nom. Il disait sa satisfaction d'avoir regroupé la clinique et la biologie, les soins et la recherche. (...) mais surtout, avec la lucidité et l'humilité des grands, il disait son grand regret d'avoir manqué pour l'hôpital universitaire et l'hôpital en général le virage de la santé publique. »⁵

En effet, pour les professionnels de santé, tant médicaux que paramédicaux, le cœur de l'hôpital est le soin, pour soulager les symptômes et si possible guérir la maladie. Intervenir pour éviter l'apparition de maladie n'est pas dans la culture des soignants. Celle-ci est empreinte d'une recherche d'efficacité visible, justifiant les actes réalisés et les moyens mobilisés.

En outre, la promotion de la santé est souvent associée à un temps nécessairement dédié, consacré uniquement à cette activité, ce qui semble peu réaliste dans le contexte général actuel et à venir.

⁵ ROMATET JJ., mai-juin 2003, « Une pensée globale qui doit inspirer le changement », *Revue hospitalière de France*, n° 492, pp. 10-11

La promotion de la santé est peu présente jusqu'alors dans la formation initiale des professionnels, surtout médicaux. Le prisme très prégnant du soin curatif dans les enseignements est peu propice à des actions intégrées à l'exercice des professionnels. Il est toutefois possible de percevoir, par la mise en place prochaine du service sanitaire de tous les professionnels de santé à partir de la rentrée 2018, une volonté forte des pouvoirs publics de renforcer les contenus sur la santé publique dans la formation initiale.

L'élément financier vient compléter ces éléments peu favorables à une politique de promotion de la santé solide dans les hôpitaux. Les actions de promotion et de préventions sont très peu, voire nullement valorisées, dans les modalités de financement actuelles des établissements de santé.

Nous avons pu observer dans notre exercice professionnel antérieur à l'entrée à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), la difficulté d'impulser dans un établissement une dynamique de projet de santé publique et de développement d'actions de promotion de la santé. Convaincue du bienfondé de promouvoir le concept dans notre environnement de travail, nous avons débuté la formation avec l'intention d'y trouver des réponses pour mieux le comprendre et l'appréhender dans notre exercice de directrice des soins.

Le début de la formation, dans le contexte d'annonce de la stratégie nationale de santé 2018-2022, a résonné de manière particulière pour nous. Le séminaire de santé publique inter-filières a confirmé la nécessité de donner un sens différent à notre évolution professionnelle. C'est pour répondre à la question « qu'allons-nous faire des enseignements en santé publique dans notre futur métier ? », que nous avons choisi de centrer la réflexion globale de la promotion de la santé sur le métier de directeur des soins.

Le cheminement développé ci-dessus nous conduit à poser la question suivante : **en quoi les missions du directeur des soins contribuent-elles au développement de la promotion de la santé dans un établissement de santé ?**

Pour y apporter des éléments de réponse, nous formulons trois hypothèses à explorer :

- La promotion de la santé doit être davantage structurée et formalisée dans la politique institutionnelle et dans le projet d'établissement.
- La promotion de la santé doit s'appliquer comme un nouveau paradigme dans l'exercice des professionnels et devenir une approche systématique de la prise en charge des usagers.

- Hier manager de l'organisation des soins et demain manager en santé, le directeur des soins contribue au développement de la promotion de la santé dans le management de la politique de la direction des soins.

Pour y répondre, il nous paraît nécessaire de clarifier le concept de promotion de la santé et de comprendre son évolution. Ensuite, une confrontation avec la réalité de terrain nous aidera à mettre en perspective les actions à intégrer aux missions du directeur des soins.

1 Promotion de la santé : quelle est son histoire, où en sommes-nous aujourd'hui ?

La promotion de la santé, notion apparue dans les années 1800, a beaucoup évolué au fil des grandes périodes et découvertes dans le domaine de la santé. Son inscription dans les politiques de santé n'a pas toujours été identique et elle apparaît sous un éclairage différent dans la stratégie nationale de santé 2018 – 2022, avec une traduction dans les missions de l'hôpital qui appelle une réflexion.

1.1 De la période hygiéniste à nos jours

1.1.1 La période hygiéniste et la révolution pasteurienne

La période hygiéniste (1800 – 1877) apporte des réponses en matière de santé aux préoccupations des Etats qui s'articulent autour du besoin de disposer de forces vives pour l'armée et du besoin de réponse aux revendications croissantes des ouvriers sur l'amélioration de leurs conditions de travail.⁶

Les données de l'époque sont publiées dans un rapport de CHADWICK en 1842, figure du mouvement hygiéniste, chargé par le gouvernement britannique de formuler des recommandations pour améliorer la santé des travailleurs.

Comme lui, plusieurs figures du courant hygiéniste considèrent l'impact des déterminants de santé sur la population. Basée sur la "théorie des miasmes"⁷, les principales mesures consécutives au courant hygiéniste sont en lien avec la collecte des déchets, l'amélioration de l'habitat. Nous citerons, parmi les personnages emblématiques de cette période, Florence NIGHTINGALE, infirmière britannique qui a démontré l'impact des conditions de vie des soldats pendant la guerre de Crimée et qui a contribué à l'organisation des hôpitaux militaires pour diminuer la contagion entre les blessés. L'entrée de la promotion de la santé à l'hôpital est celle de la prévention de la propagation des maladies, l'objectif est avant tout préventif.

La révolution pasteurienne (1878 – 1949) s'appuie sur le développement de la théorie des germes, la découverte de l'origine microbienne des maladies et le développement des

⁶ BRETON E., BROCHARD A., 2017, « Histoire de la promotion de la santé » in BRETON B., JABOT F., POMMIER J., et al., *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, p 24

⁷ Ibid. 5 p 26

premiers vaccins. Le lien entre les sciences biomédicales et la santé publique est basée sur le traitement des maladies⁸.

1.1.2 L'émergence des maladies chroniques

Les découvertes sur la vaccination et le traitement des maladie transmissibles ainsi que l'amélioration des conditions de vie des populations contribuent à ce qu'on appelle la transition épidémiologique. La mortalité n'est plus majoritairement liée aux maladies contagieuses, mais principalement la conséquence des maladies chroniques. Les recherches effectuées sur l'origine et les causes de ces maladies chroniques mettent en évidence, de manière scientifique, la relation entre l'état de santé et les déterminants déjà évoquée dans le courant hygiéniste. Le comportement individuel, l'environnement, peuvent avoir un impact sur la santé. C'est ce qui est démontré dans l'étude de DOLL et HILL en 1950, dans l'association qui est faite entre le tabagisme et le cancer du poumon⁹.

Les actions de santé publiques sont alors centrées sur les comportements individuels, afin de corriger les attitudes et consommations néfastes pour la santé. Cependant, plusieurs études montrent les limites de cette approche individuelle et invitent à envisager une vision plus large et globale des déterminants de la santé.

1.1.3 La nouvelle santé publique

Cette nouvelle aire de la santé publique se démarque en premier lieu par la prise de conscience de la culpabilisation des victimes liées à la notion de responsabilité individuelle. D'une prise de conscience discrète dans les années 1970, ce procédé de culpabilisation voire de discrimination n'est vraiment décrit que depuis les années 2010¹⁰.

Dans cette nouvelle phase historique, la critique du système de soin pointe sa faible plus-value pour la santé des populations ainsi que son caractère iatrogène. La question des inégalités de santé revient au premier plan des préoccupations.

La déclaration d'Alma-Ata (Organisation Mondiale de la Santé, OMS, 1978) texte fondateur de la promotion de la santé, fixe l'objectif de la santé pour tous d'ici 2000, grâce principalement à des actions dans les domaines de l'éducation, l'alimentation et la nutrition, l'accès à une eau saine, la protection maternelle et infantile, la vaccination¹¹.

⁸ Ibid. 5

⁹ Ibid. 5 p 29

¹⁰ Ibid. 5 p 33

¹¹ Ibid. 5 p 35

En 1984, l'OMS publie les conclusions d'un groupe de travail dédié à la promotion de la santé. Un document dit "document jaune", édite les conclusions des travaux coordonnés par KICKBUSCH et les principes qui guident la promotion de la santé :

1. La promotion de la santé implique l'ensemble de la population dans le contexte de la vie quotidienne plutôt qu'une polarisation sur les personnes à risque d'une pathologie spécifique.
2. La promotion de la santé vise l'action sur les déterminants ou les causes de la santé.
3. La promotion de la santé combine des méthodes et des approches variées mais complémentaires.
4. La promotion de la santé vise la participation réelle et effective de la population.
5. Les professionnels de santé, tout particulièrement ceux des soins primaires, ont un rôle important à jouer dans le développement et pour rendre possible la mise en œuvre de la promotion de la santé.

Le "document jaune" prépare le discours de KICKBUSCH à la conférence d'OTTAWA à l'issue de laquelle la charte d'OTTAWA¹² sera diffusée comme le document de référence de la promotion de la santé.

Le postulat de la charte d'Ottawa est de centrer le principe d'autonomie des populations dans les domaines d'action suivants¹³ :

- élaboration de politique pour la santé ;
- création d'environnements favorables à la santé ;
- renforcement de l'action communautaire ;
- acquisition d'aptitudes individuelles ;
- réorientation des services de santé.

Ces principes constituent la feuille de route des signataires de la charte pour atteindre l'objectif d'une santé pour tous en l'an 2000. Sept conférences, ponctuées de déclaration ou de charte se tiennent entre 1988 et 2013 pour poursuivre la dynamique de développement de la promotion de la santé.

C'est dans ce sillage que la promotion de la santé évolue depuis les années quatre-vingt, avec une appropriation et une déclinaison variable selon les pays signataires. En France, un changement est perceptible dans la Stratégie Nationale de Santé.

¹² CONFERENCE INTERNATIONALE POUR LA PROMOTION DE LA SANTE, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada

¹³ Ibid. 5 p 38

Dans les textes qui l'accompagne, la sémantique évolue évoquant tant la prévention en santé, de façon très générale tout comme la promotion de la santé.

Ces deux notions complémentaires sont à explorer pour mieux les comprendre.

1.2 Définir la promotion de la santé

Nous faisons le constat d'une confusion fréquente entre les notions de prévention et de promotion de la santé. Cette confusion oriente fréquemment les acteurs concernés vers des stratégies d'actions et d'interventions préventives au détriment d'approches plus globales visant un ensemble de déterminants.

1.2.1 La charte d'OTTAWA

La Charte d'OTTAWA présente bien la promotion de la santé comme un processus global dans lequel les interactions entre le mode de vie, l'environnement, l'éducation, le monde du travail, l'habitat, l'organisation et l'accès aux soins,... sont très fortes. « Le concept de promotion de la santé associe le niveau individuel (capacité de chacun à agir) et le niveau collectif (actions à portée politique et sociale). Il constitue un cadre de référence pour les professionnels et les acteurs politiques. »¹⁴

1.2.2 D'OTTAWA à la Stratégie Nationale de Santé

Malgré ce cadre posé, il reste complexe de préciser ce que recouvre concrètement la promotion de la santé dans l'espace public. « La promotion de la santé demeure, depuis la formulation de sa définition et de son champ dans la Charte d'OTTAWA, un espace difficile à circonscrire. D'abord pensée comme une autre façon de faire de la santé publique, cette ambition a été ramenée, dans les documents récents de l'OMS, à l'un des dix services essentiels. Elle se distingue plus ou moins bien de la prévention. La promotion de la santé constitue en quelque sorte une réponse à la croissance des connaissances sur les déterminants de la santé de la population. L'action pour la santé ne pouvant de toute évidence se limiter aux soins et à l'action sur les facteurs intra individuels, il a fallu reconnaître la nécessité d'agir sur les autres déterminants en amont des comportements déterminants qu'on qualifie parfois de causes des causes de la mortalité prématurée. Au sens de l'OMS le service essentiel de la promotion de la santé inclut donc non seulement les actions en faveur des changements de comportements mais aussi celles favorisant la

¹⁴ JABOT F., GERHART C., AUCLAIR A., 2011, « Des progrès en promotion de la santé en France ? » in CHERUBINI B., *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?*, Eres, p 32

mise en place d'environnements sociaux (culturels, normatifs), physiques, économiques, et réglementaires qui permettent une bonne santé. »¹⁵

Nous prenons la mesure, dans cet article, de la difficulté à mettre au regard du concept de promotion de la santé, un corpus d'actions précises qui n'amènerait pas de confusion avec la notion de prévention.

Malgré tout, selon les propos d'E. BRETON et C. JAMIER, l'hôpital, en tant qu'acteur clé du système de santé, doit pourvoir envisager son fonctionnement dans la volonté d'agir positivement sur la promotion de la santé, en intégrant une "collaboration inter organisationnelle" à la faveur de liens congrus avec l'extrahospitalier.

Du point de vue du législateur, la nécessité de clarifier les termes est traduite dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. « Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une optique de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation pour la santé.

Les actions de prévention comprennent l'ensemble des actions qui permettent soit de prévenir la survenue des problèmes de santé (prévention primaire), soit de les détecter précocement et d'éviter leur aggravation (prévention secondaire), soit encore de pallier leurs conséquences ou complications (prévention tertiaire). La prévention est dite « passive » lorsqu'elle ne nécessite pas la participation active des personnes concernées (par exemple lorsque l'on modifie l'environnement pour supprimer l'exposition à un danger). »¹⁶ Une prévention quaternaire est également créée pour prendre en compte les actions qui permettent d'éviter les actes et les thérapeutiques inutiles, essentiellement dans les situations de soins palliatifs.

¹⁵ BRETON E., JAMIER C., mai 2017, « Les missions prévention, protection et promotion de la santé des systèmes nationaux de santé publique », *Cahiers de la fonction publique*, n°376, pp. 29-31.

¹⁶ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, Journal Officiel, n°0305 du 31 décembre 2017, texte n°72

1.2.3 La promotion de la santé : une approche pragmatique

Nous retenons pour notre travail qu'un lien important existe entre la promotion de la santé et la prévention en santé. « La prévention et la promotion de la santé se distinguent dans leur finalité

- la santé *versus* la prévention des maladies
- les populations – globalité *versus* segmentation.

Pour autant, les stratégies qui déclinent ces deux concepts peuvent se recouper car la prévention contribue à la promotion de la santé et mobilise des stratégies communes (éducation pour la santé, développement du pouvoir d'agir) à des fins plus individuelles. »¹⁷

Nous situons la promotion de la santé comme la dimension stratégique d'une politique publique, ou d'une politique d'établissement, qui préside à un plan d'actions propice à un environnement favorable à la santé. Dans cette stratégie, plusieurs actions de prévention contribueront à l'atteinte des objectifs, mais ne pourront y suffire.

Concernant le périmètre de notre travail, il s'agit bien de questionner la place de la promotion de la santé, dans sa dimension politique et stratégique, et de préciser le rôle et les missions du directeur des soins.

1.3 La promotion de la santé en France

1.3.1 La promotion de la santé dans la politique de santé

En France, le paysage de la promotion de la santé s'est structuré progressivement suite à la publication de la charte d'OTTAWA en 1986. La promotion de la santé est, au point de départ, essentiellement organisée selon un mode associatif. La prise en compte dans les politiques publiques a été progressive et c'est en 2002 que la promotion de la santé apparaît explicitement dans une loi de santé.¹⁸ Mais elle y est abordée sous le prisme de la prévention des risques avec pour intention la maîtrise de leur santé par les individus. C'est l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (INPES) qui est chargé des actions de prévention et d'éducation pour la santé selon les objectifs fixés par le gouvernement.¹⁹

¹⁷ HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, Juillet 2018, *Place des offreurs de soins dans la prévention*, Rapport, p 12

¹⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, loi n°2002-304 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹⁹ JABOT F., GERHART C., AUCLAIR A., 2011, « Des progrès en promotion de la santé en France ? » in CHERUBINI B., *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?*, Eres, p. 33

Un nouveau tournant est pris en 2009 dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires transforme les Agences Régionales d'Hospitalisation en Agences Régionales de Santé (ARS), introduisant la prévention et la promotion de la santé dans un pilotage unique, regroupant également le secteur sanitaire et médico-social.²⁰

Malgré l'inscription de cette orientation dans les prérogatives des ARS, l'appropriation du concept et sa traduction opérationnelle tardent à émerger. Ainsi, dans un ouvrage de 2011, M. LAFORCADE, directeur général d'ARS interroge nos représentations, comportements qui conduisent à donner si peu de place à la santé publique dans le système de santé. Il a pour objectif d'identifier les leviers pour permettre aux ARS d'apporter les réponses adaptées dans la mise en œuvre des politiques publiques en faveur du développement de la promotion de la santé.

Les outils sont multiples, dans le domaine des priorités de financement, d'élargissement des compétences et des responsabilités des professionnels. Mais la clé de la réussite réside principalement en une volonté politique forte, construite et affichée de tous les services des ARS pour intervenir sur les déterminants de la santé, avec une vision transversale, associant tous les services de l'Etat et les élus.²¹

En 2016, pour la première fois dans une loi de santé, la promotion de la santé occupe une place de premier plan. La responsabilité de l'Etat y est explicitement décrite et l'objectif visé est d'« assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de la santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins ».

En complément de cette responsabilité identifiée, le domaine d'action y est également décrit : « Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de

²⁰ PORCHERIE M., POMMIER J., FERRON C., JABOT F., 2017, « Promotion de la santé en France » in BRETON B., JABOT F., POMMIER J., et al., *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, pp. 303-314.

²¹ LAFORCADE M., 2011, « Agence régionale de santé et prévention : une révolution culturelle ? » in CHERUBINI B., *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?*, Eres, pp. 213-218.

responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé. »²²

Dans le même temps, une nouvelle agence est créée : Santé Publique France, dont les trois axes majeurs d'action sont d'anticiper, comprendre et d'agir dans le champ de la santé publique et de la protection des populations.

Les modalités d'actions sont à la fois directes, en délivrant un message aux populations concernées et indirectes pour aider les décideurs à adapter les messages et les actions à leur contexte.²³

Il faut reconnaître une évolution positive quant à l'intérêt porté à la promotion de la santé par les pouvoirs politiques. Cette prise de conscience conduit à l'expression d'intentions et d'objectifs pour améliorer la santé de la population. Cependant, franchir le pas de l'intention à l'action collective et concrète reste à réaliser.

1.3.2 Agir en faveur de la promotion de la santé, des stratégies plurielles et complémentaires

La promotion de la santé souffre d'un manque de données d'efficience disponibles, surtout en France. Il faudrait pouvoir s'appuyer davantage sur la capitalisation des expériences, notamment celles qui ont fait l'objet de recherche, pour construire de nouveaux programmes de prévention.²⁴

Pour mieux agir sur les déterminants de santé, il convient de maîtriser un corpus de connaissances de base :

- « - la santé mentale et la santé physique sont intimement liées. Plusieurs études démontrent, par exemple, que les individus présentant un réseau social faible sont plus exposés au risque de morbidité et de mortalité prématurée, et que les inégalités, particulièrement en termes de revenus, constituent, à travers une réponse physiologique au stress, un risque inhérent d'usure prématurée pour la santé ;
- les services de soins, qu'ils soient appréhendés sous l'angle de leur qualité ou de leur accès, ne représentent au mieux que 20% de ce qui peut expliquer la mortalité prématurée d'une population ;

²² MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

²³ ARWIDSON P., QUELET S., BOURDILLON F., mai 2017, « Santé publique France, l'expertise au service de la prévention », *Cahiers de la fonction publique*, n°376, pp. 22-25.

²⁴ Ibid. 21

- les conditions de vie (logement, travail, environnement de vie) expliquent davantage les différences de santé entre les populations que les habitudes de vie. »²⁵

Les stratégies d'actions visant uniquement un changement individuel de comportement par la diffusion de messages de bonnes pratiques ne se suffisent pas à elles-mêmes. Ce sont les stratégies mobilisant plusieurs approches et des médias différents qui ont démontré leur efficacité.

L'exemple le plus emblématique est sans doute celui de la prévention du tabagisme. Les campagnes qui ont fait preuve de réussite ont associé « des actions d'éducation pour la santé et des services d'aide au sevrage, mais aussi un large panel d'actions, notamment réglementaires, qui réduisent l'accès au produit (par le prix, par l'interdiction de vente aux mineurs et d'usage dans les lieux publics), élimine sa promotion (interdiction de publicité) et dénormalise le produit (en éliminant, par exemple, l'imagerie positive qui lui est associée par l'adoption de paquets neutres). »²⁶

1.3.3 La Stratégie Nationale de Santé 2018 - 2022

Dans son introduction, la Stratégie Nationale de Santé 2018 – 2022 pose les défis à relever suite à l'analyse de la situation sanitaire en France réalisée par le Haut Conseil de Santé Publique :

« - les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques ;
- les risques d'exposition de la population aux risques infectieux ;
- les maladies chroniques et leurs conséquences ;
- l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologies et sociétaux. »²⁷

La Stratégie Nationale de Santé affiche la volonté de réduire les inégalités sociales de santé ainsi que les inégalités territoriales. Le contexte financier contraint est également rappelé, ce qui majore l'ambition de cette stratégie de vouloir améliorer le système de santé tout en maintenant la maîtrise des dépenses publiques.

²⁵ Ibid. 14

²⁶ Ibid. 14

²⁷ Ibid. 15

La stratégie comporte quatre axes complémentaires :

- « - Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux ;
- Axe 2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;
- Axe 4 : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers. »²⁸

Les axes 1 et 2 retiennent plus particulièrement notre attention. En effet, des écarts importants sont constatés selon les territoires, les catégories socioprofessionnelles, la présence ou non de handicap, sur l'espérance de vie en bonne santé. Ce constat justifie d'un déploiement de la politique de promotion de la santé dans tous les milieux de vie, y compris dans les établissements de santé. L'accent est mis, entre autres, sur la nutrition, les conduites addictives, la santé sexuelle et la perte d'autonomie. Les difficultés d'accès ou de compréhension du système de santé, les problématiques financières ou l'insuffisance d'offre renforcent les inégalités sociales et territoriales de santé. Des actions sont envisagées pour améliorer le taux de remboursement des soins et pour remédier aux déserts médicaux.

De manière concrète, la déclinaison détaillée des actions est présentée dans le plan Priorité prévention, pour rester en bonne santé toute sa vie, à tous les âges de la vie, selon les priorités de santé publiques définies par le Haut Conseil de la Santé Publique.²⁹

Dans ce plan, c'est un engagement de l'ensemble du gouvernement, de chaque ministère, de s'inscrire en cohérence et en action pour la Stratégie Nationale de Santé et en particulier en faveur de la promotion de la santé.

C'est donc un mouvement vertueux vers une vision globale et systémique de la santé au sein des politiques publiques qui est recherchée, en phase avec les orientations de l'OMS.

1.4 La promotion de la santé à l'hôpital

L'hôpital est organisé, structuré pour prendre en charge la maladie. La question de la santé n'est quasiment vue que sous l'angle du soin curatif. Malgré une adaptation nécessaire à la transition épidémiologique et démographique, par l'introduction et le développement

²⁸ Ibid. 15

²⁹ COMITE INTERMINISTERIEL POUR LA SANTE, *Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie*, Dossier de presse, 26 mars 2018, Service de presse de Matignon, 40p.

notamment de l'éducation thérapeutique, la réponse aux besoins de santé est partiellement adaptée à l'enjeu des maladies chroniques.

Le réseau des Hôpitaux Promoteurs de Santé (HPS), dans le sillage des conférences mondiales de l'OMS, permet une nouvelle approche de la santé dans les établissements adhérents. Les objectifs conjuguent à la fois les actions destinées à la promotion de la santé des patients et une gestion qui, *in fine*, valorise un management favorable aux professionnels de l'établissement. Ainsi, les enjeux pour un établissement promoteur de santé concernent aussi bien les usagers que les professionnels :

- Pour les patients, les soins délivrés prennent en compte de manière approfondie l'impact des symptômes ou de la maladie sur la qualité de vie.
- Pour les professionnels, l'institution met en œuvre une politique et des actions en faveur de la qualité de vie au travail, à la prévention des risques liés à l'exercice de leur métier.³⁰

Le faible nombre d'établissements adhérents au réseau Hôpitaux Promoteurs de Santé, une vingtaine en France, est regrettable et cela témoigne du chemin à parcourir pour renforcer cette démarche. Pour cela, le réseau est réactivé en 2018 sous la coordination du Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD).³¹

Trois professionnels hospitaliers, M. SERVAT, T. LANG et V. HANNON se sont interrogés sur la place de la promotion de la santé dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).³²

La promotion de la santé étant inscrite dans les priorités nationales, une politique de santé doit se décliner de manière cohérente au sein des ARS. La contribution des hôpitaux est nécessaire à ce plan d'action et la qualité des missions qu'il recouvre ne peut se réduire à une vision exclusivement curative des soins délivrés.

Nous rejoignons la vision des auteurs sur l'importance de promouvoir la santé dans un hôpital et sur la place qu'il occupe dans l'histoire de santé des patients. "A ce titre, les conditions dans lesquelles les patients ont recours à l'hôpital, les trajectoires qui précèdent ou suivent l'hospitalisation, ou encore l'opportunité unique de contact que présente parfois un séjour à l'hôpital pourraient être mises à profit pour restaurer un parcours de santé optimal, comprenant la prévention."

³⁰ MARTIN F., AUJOULAT I., 2017, « Stratégie de promotion à l'hôpital » in BRETON B., JABOT F., POMMIER J., et al., *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, pp. 242 - 243.

³¹ Ibid. 16 p. 26

³² SERVAT M., LANG T., HANNON V., 2011, « La promotion de la santé a-t-elle sa place dans la stratégie d'un CHU ? » in CHERUBINI B., *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?*, Eres, pp 171-182.

Les motifs de recours, qu'ils correspondent à un accès aux soins primaires ou secondaires, peuvent conduire les professionnels à analyser les comportements et les conditions de vie. Mais entre autres par manque de visibilité et de formalisme d'actions de promotion de la santé dans les projets d'établissement, projets de pôle, projets de service, l'exploration des déterminants de santé n'est pas ancrée dans les pratiques professionnelles. Bien que les compétences des soignants se soient développées dans la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique, celles-ci doivent croître.

Les auteurs confirment la place de la promotion de la santé dans les CHU, à la fois dans leur mission de référence, de recours et d'expertise, mais également dans le champ de la recherche qui mérite d'être développée dans ce domaine, avec une vision transversale, intra et extra hospitalière.

Dans la logique de maîtrise des coûts que les établissements de santé sont dans l'obligation d'appliquer depuis plusieurs années, l'impact à long terme de l'amélioration de la performance du séjour hospitalier est peu mesurable sur la santé des patients. En cohérence avec l'idée d'actions durables pour la santé, il convient de poser la question de l'efficacité à long terme de soins délivrés à l'hôpital qui n'intégreraient pas la promotion de la santé. L'exemple du CHU cité par les auteurs témoigne de la cohérence et de la pertinence de promouvoir la santé dans un établissement de santé. L'institution se heurte toutefois à un conflit d'intérêt puisque la principale source de revenu des institutions provient de la tarification à l'activité (T2A) dans laquelle le financement des actions de promotion de la santé est absent, y compris au sein des financements forfaitaires que perçoivent les établissements.

Dans le contexte actuel l'argent public consacré à la santé risque d'évoluer avec la même contrainte de maîtrise des dépenses de santé. Néanmoins, il serait licite de penser que les hôpitaux auront à mettre en œuvre des actions pour lesquelles les financements sont incertains. C'est ce que laisse entendre M. LAFORCADE en écrivant : « L'hôpital, plus que tout autre, a vocation à réorienter une part significative de ses dépenses vers la prévention. Il n'est pas un service hospitalier qui ne soit concerné par la prévention (...). En, bref, chaque pôle hospitalier aura vocation à réfléchir à des actions précises dans son domaine d'expertise. »³³

Toutefois, l'actualité récente de ce mois de septembre 2018 permet d'entrevoir des perspectives. Nous pouvons lire dans le dossier de présentation de la stratégie de

³³ Ibid. 19

transformation de notre système de santé « Ma santé 2022 », la mise en place de modèles de tarification mixtes incluant la prévention, d'ici 2022.³⁴

Pour compléter, il convient d'inscrire cette réflexion dans une dimension territoriale. « Nous vivons une période de mutation économique, démographique, technologique et politique qui nécessite de repenser notre modèle : élaboré pour réparer, celui-ci doit se transformer, et passer d'un système de soins à un système de santé intégré. »³⁵

Ceci met en exergue un enjeu de communication entre les acteurs de santé, de ville, public et privé pour le partage des informations de santé et des informations sociales. Cette dimension territoriale est confirmée dans la stratégie de transformation du système de santé qui promeut la définition de projets de santé de territoire, articulé entre la ville et l'hôpital, pour développer, entre autres, les actions de prévention. La place des infirmiers de pratiques avancés (IPA) est identifiée parmi les professionnels mobilisables pour mettre en œuvre ces actions.³⁶

1.5 Synthèse

L'ensemble des éléments développés dans cette première partie nous encourage dans la perspective de considérer la promotion de la santé comme un pilier de notre action dans notre exercice futur. Ainsi, l'intérêt de prendre en compte les déterminants pour promouvoir un environnement propice à la santé et à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé a été démontré.

Dans le système de santé, avec des politiques publiques qui mettent la promotion de la santé au premier plan, l'hôpital aujourd'hui très centré sur le soin curatif, doit entamer sa transformation pour s'adapter à ces nouvelles exigences liées à la transition épidémiologique.

A ce titre, le directeur des soins, en tant que contributeur à la stratégie d'établissement, participera à cette transformation.

³⁴ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Ma santé 2022 Un engagement collectif*, Dossier de presse, 18 septembre 2018, Service de presse du Ministère des solidarités et de la santé, p. 16

³⁵ MENIVAL S., mai 2017, « Les actions de prévention doivent être davantage relayées dans les territoires », *Cahiers de la fonction publique*, n°376, pp. 11-13.

³⁶ Ibid. 30, p. 29

2 La promotion de la santé : quelle réalité dans les hôpitaux aujourd'hui ?

Le cheminement de notre réflexion nous amène à interroger la perception des professionnels des institutions de santé sur la place de la promotion de la santé à l'hôpital. Cette démarche a pour objectif de compléter notre cheminement théorique par un point de vue réel et concret et pour mettre en perspective un principe d'action.

2.1 Méthodologie de l'enquête

2.1.1 Méthode de recueil de données

Notre objectif est de recueillir auprès des acteurs clés de l'hôpital leur perception sur la promotion de la santé en établissement de santé, sa place, son organisation et ses perspectives. Nous avons choisi une méthode de recueil de données qualitative par la réalisation d'entretiens semi-directifs selon une méthodologie présentée par les enseignants chercheurs de l'EHESP.³⁷ Cette méthode nous semble la plus adaptée compte tenu des objectifs qu'elle vise : « comprendre les mécanismes, les conceptions, représentations, la logique d'une action ».³⁸

2.1.2 Les personnes interviewées

Nous souhaitons rencontrer les professionnels impliqués au niveau de la politique d'établissement pour mesurer le niveau de préoccupation actuel du « top management » sur la thématique. Le choix des professionnels a été réalisé afin de recueillir des points de vue variés. Ces professionnels exercent dans cinq établissements différents. Les établissements ont été choisis selon leur investissement dans le champ de la promotion de la santé. Nous souhaitons recueillir autant le point de vue de professionnels exerçant dans des établissements dont les projets en la matière sont visibles (soit par des projets spécifiques soit par leur adhésion au réseau Hôpitaux Promoteurs de Santé), que celui de professionnels d'établissements où la préoccupation en la matière n'a pas fait l'objet de démarche significative.

Nous avons également voulu mesurer chez les élèves directeurs des soins et élèves directeurs d'hôpital la manière dont ils appréhendent la question de la promotion de la santé dans leur exercice futur au regard de leur expérience et des enseignements reçus à

³⁷ CAMPEON A., DAUBAS-LETOURNEUX V., MUNIGLIA V., SOPADZIHAN A., *Méthodes de recueil de données en SHS*, Atelier mémoire – Elèves directeurs des soins, 18 avril 2018

³⁸ Ibid. 34

l'EHESP. Il nous semblait intéressant d'obtenir le point de vue de professionnels en ARS, pour confronter la vision des établissements avec celle de la tutelle. Enfin, pour intégrer une vision prospective sur le sujet, nous avons souhaité prendre connaissance de la vision de la Fédération Hospitalière de France (FHF) sur le sujet.

L'échantillon de personnes est donc constitué de :

- Professionnels exerçant en établissements de santé :
 - trois coordonnateurs généraux des soins (CGS) ;
 - une directrice des soins adjointe (DS) ;
 - une Directrice Générale de CHU et un directeur fonctionnel, que nous regroupons sous le terme directeur d'hôpital (DH) ;
 - deux médecins dont un président de Commission Médicale d'Établissement (PCME) de CHU.
- Professionnels en formation :
 - 2 élèves directeurs des soins (EDS) ;
 - 2 élèves directeurs d'hôpital (EDH).
- Professionnel exerçant en ARS : un médecin de santé publique.
- Professionnel exerçant à la FHF : Déléguée Générale.

2.1.3 Le déroulement de l'enquête

Ce sont quatorze personnes qui ont été interviewées³⁹. Suite à un contact par courriel, une rencontre ou un rendez-vous téléphonique ont été programmés. Le thème de la promotion de la santé à l'hôpital était annoncé dans le courriel, sans plus de précision. Avec l'accord des personnes interviewées, les entretiens ont été enregistrés. Les échanges ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien construit préalablement⁴⁰. Une retranscription partielle des contenus a permis une catégorisation qui préside à l'analyse.

2.2 Résultats et analyse

En préambule de chaque entretien, les contours du sujet ont été précisés. Dans ce travail, la promotion de la santé à l'hôpital est traitée sous l'angle des actions au bénéfice des patients. Les points clés de la promotion de la santé ont été rappelés : démarche globale qui considère les déterminants de la santé d'un patient ou d'un groupe de patients pour leur permettre d'agir plus efficacement pour être en meilleure santé, qu'ils soient déjà atteints d'une pathologie ou non.

³⁹ Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

⁴⁰ Annexe 3 : guide d'entretien

Dans la restitution ci-dessous, les propos des professionnels sont rapportés entre guillemets et en italique.

2.2.1 La promotion de la santé, une priorité relative pour les professionnels de l'hôpital

L'ensemble des personnes interrogées s'accordent sur le fait que la promotion de la santé ne figure pas dans les priorités des établissements de santé. Comme nous l'avons évoqué, l'hôpital est structuré quasi exclusivement dans l'objectif d'assurer une distribution des soins pour guérir ou limiter l'évolution d'une maladie.⁴¹ Ainsi, les préoccupations des professionnels, soignants et non soignants, sont orientées vers des activités de diagnostic et de traitement. *« La priorité de l'hôpital c'est de diagnostiquer et soigner. Toute notre organisation repose sur ces objectifs et nos projets sont construits pour cela aussi, avec la priorité d'assurer la qualité et la sécurité des soins. »*

Ces missions s'exercent dans un environnement économique contraignant qui impacte voire percute les niveaux de priorités des directeurs. *« Nous, nous sommes en plan de retour à l'équilibre financier depuis plusieurs années. On met une énergie folle à déjà essayer d'assurer notre mission de soins, avec moins de ressources. Alors la promotion de la santé, ça n'est même pas un sujet évoqué. Sauf là où on est obligé de le faire et où on a des financements, pour la vaccination par exemple. »* L'élément financier est exprimé comme une des causes à un développement discret de la promotion de la santé. *« La T2A représente la majorité de notre financement. Or aujourd'hui, la promotion de la santé, et même la prévention, ne sont pas bien valorisées dans ce modèle de financement. »* Ces propos corroborent le constat posé par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) dans son rapport sur la place des offreurs de soins dans la prévention : *« Multiplier les recommandations en l'absence de nouveaux financements peut placer les offreurs de soins face à des choix complexes. »*⁴²

Au-delà de la question du financement, un écart de temporalité entre le temps nécessaire au déploiement de la promotion de la santé et le temps institutionnel est identifié comme une problématique. Il faut du temps pour changer la culture des professionnels, centrée sur le soin, pour évoluer vers celle de santé.

⁴¹ Ibid. 28

⁴² Ibid. 16 p. 39

En outre, l'investissement des ressources doit pouvoir être justifié, argumenté. Les DH notamment, pointent la difficulté de mettre en perspective dans les schémas actuels les impacts positifs d'un projet de promotion de la santé. *« La promotion de la santé, c'est une course de fond. Et la logique est celle que la population ne soit pas ou moins malade. Ça ne colle pas avec la logique de l'hôpital. Et si on veut démontrer qu'un programme est efficace, il faut beaucoup de temps. Et aujourd'hui, ce temps on ne l'a pas beaucoup. »*

Plusieurs DH et CGS croisent le sujet avec les programmes d'éducation thérapeutique. *« Pour avoir la reconnaissance d'un programme, sa labellisation et donc sa valorisation financière, il y a des règles très précises. C'est logique, dans un souci de qualité et de validité d'un programme. Mais c'est aussi assez enfermante. On a réduit l'éducation thérapeutique à la labellisation des programmes. Cela a pu freiner son développement, à certains moments de la prise en charge où le malade en a besoin. »*

L'ensemble des directeurs témoignent, avec regret, que la promotion n'est pas un sujet prioritaire pour eux. Ils expriment également être peu sollicités par les équipes, principalement médicales, pour développer cette thématique. *« Nos médecins sont peu intéressés par le sujet. C'est surtout le soin qui les intéresse. »* Malgré tout, trois CGS constatent un intérêt croissant au sein des équipes paramédicales. *« C'est surtout vrai chez les infirmiers qui ont un peu d'expérience, qui ont envie de donner un sens différent à leur exercice, ou qui se sont déjà investis dans l'éducation thérapeutique. Le développement des IPA peut être un levier pour l'avenir. »* Il y a donc un potentiel chez les professionnels, notamment paramédicaux, pour investir davantage la promotion de la santé à l'hôpital.

Un des médecins interviewés relativise la perception des directeurs d'un faible investissement pour la promotion de la santé à l'hôpital. *« Il y a plusieurs actions de promotion de la santé dans les établissements, mais souvent elles ne sont pas connues, pas communiquées et donc pas valorisées. »* Ce constat révèle un aspect positif et laisse penser que les professionnels mettent en pratique des actions de promotion de la santé, de manière intégrée à leur exercice, bien qu'une politique en ce sens ne soit pas formalisée.

Les propos d'un autre médecin convergent vers ce constat. *« Dans notre spécialité, l'infectiologie, cela fait partie intégrante de la prise en charge des patients. Le volet curatif comme préventif est intégré à la pratique des infectiologues. L'attention portée à la vaccination est élargie aux autres déterminants de la santé, dans le suivi annuel par exemple (addictions, alcool, nutrition, suivi gynéco, moral, sommeil, conduites sexuelles, exposition aux violences...). »*

Même si ce médecin admet que la promotion de la santé n'est pas une préoccupation majeure chez ses confrères des autres spécialités médicales et chirurgicales, il constate un changement de point de vue. Celui-ci est lié à la recherche d'efficacité des traitements et des prises en charge. Certains médecins font le lien entre la réussite d'un traitement et l'état de santé global d'un patient ou de l'impact de son environnement sur l'évolution de sa maladie ou le risque de récurrence. Le lien est fait également avec le développement de la réhabilitation précoce et de l'ambulatoire en chirurgie. De plus en plus de praticiens accordent une attention aux déterminants de la santé de leurs patients afin d'accroître les résultats de leurs thérapeutiques et de réduire les risques de complications. Une attention est aussi portée à la notion d'empowerment du patient. Il y a une demande croissante des usagers qui veulent être davantage impliqués dans le maintien en santé, au-delà des soins qui peuvent être organisés à l'hôpital.

Le tableau n'est donc pas aussi sombre qu'il y paraît en première lecture, quant à la réalisation d'actions de promotion de la santé à l'hôpital. Mais toutes les personnes interviewées disent que l'hôpital ne peut pas apporter toutes les réponses. *« Si on est logique, la promotion de la santé, c'est l'affaire du premier recours. C'est en amont des symptômes ou de la maladie qu'il faut agir, donc en dehors de l'hôpital ».*

Cependant, il y a des situations de patients où le seul contact avec un environnement de santé est l'hôpital. Pour ceux-ci, il ne faut pas passer à côté de l'opportunité d'intervenir sur un ou plusieurs déterminants qui permettront une meilleure santé. Mais il est pertinent d'en envisager la réponse en dehors de l'hôpital. Pour cela, l'offre en la matière est perçue par les acteurs hospitaliers comme peu lisible dans plusieurs domaines. *« Pour toutes les problématiques liées au tabac, à l'alcool, les conduites sexuelles, les choses sont assez bien structurées. Et bien souvent, cela fait partie des missions de l'hôpital. Par contre, pour ce qui est de l'alimentation, de l'environnement, de la santé au travail, ça devient beaucoup plus compliqué d'orienter les patients. »*

Ce constat est confirmé par le HCSP : *« Le HCSP souligne l'absence de visibilité effective au regard de la multiplicité des acteurs dans le champ de la prévention et promotion de la santé (professionnels de santé, de l'éducation, du secteur social ou associatif ou encore Instituts de veille). La coordination au niveau des parcours reste à renforcer, clarifier et simplifier en maintenant un accès pour tous et au plus proche des personnes en situation de vulnérabilité et de perte d'autonomie. »*⁴³

⁴³ Ibid 16 p. 43

La majorité des professionnels, et surtout les élèves directeurs pensent que la promotion de la santé doit davantage faire partie des préoccupations de l'hôpital. « *C'est devenu une question citoyenne. On voit bien que le système est à bout de souffle. La santé c'est un peu comme l'environnement, il faudrait y penser tout le temps. Et donc à l'hôpital aussi, bien évidemment.* »

Telle qu'envisagée dans la stratégie de transformation de notre système de santé, celle-ci doit s'inscrire dans toutes les politiques publiques. « *Reste à savoir ce qu'on fait à l'hôpital, pour qui, et avec quels moyens ?* », s'interroge un DH, en complétant « *on nous accuse déjà tellement d'hospitalo-centrisme ou de vouloir tout absorber, notamment dans les GHT quand on est établissement support....chacun doit prendre sa part dans le système. Mais en même temps, on ne peut pas uniquement se réfugier derrière cela et penser que c'est aux autres de faire. Il faut s'y mettre davantage.* »

2.2.2 L'hôpital légitime et pertinent pour investir la promotion de la santé

L'hôpital est identifié comme un maillon nécessaire à la promotion de la santé dans les politiques publiques. Cela a été rappelé encore tout récemment dans le plan « Ma santé 2022 ». ⁴⁴

Les notions de parcours de soins, parcours de santé sont en pleine expansion depuis la création des GHT. Un des principaux objectifs de la structuration de la prise en charge en parcours est d'en diminuer les ruptures. A ce titre, l'hôpital doit s'inscrire dans un *continuum* de prise en charge. « *Lorsque des actions de promotion de la santé ont été débutées avant un passage ou un séjour à l'hôpital, il ne doit pas y avoir de rupture. Et il faut aussi s'assurer de la continuité après un passage à l'hôpital.* »

Bien que très raccourci, le séjour hospitalier peut être le moment pour les professionnels d'aborder les questions relatives à la santé avec le patient et son entourage. Les infirmiers possèdent des connaissances et des compétences pour entrer en relation avec le patient, l'inviter à s'exprimer sur sa santé, ses ressources et ses difficultés pour la maintenir ou l'améliorer. Un CGS confirme « *je trouve que les professionnels paramédicaux sont mieux formés qu'auparavant. Et puis la mise en place du service sanitaire est une évolution positive aussi.* » Un DH évoque le projet d'identifier certains services de l'hôpital comme lieu d'intervention des étudiants en santé dans le déploiement du service sanitaire.

⁴⁴ Ibid 30

D'évidence, dans un environnement où le temps médical est compté et précieux, mobiliser les professionnels paramédicaux semble le plus pertinent pour promouvoir la santé à l'hôpital. Les professionnels de rééducation sont une ressource insuffisamment considérée. *« Les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens ont souvent une culture de la promotion de la santé plus ancrée dans leur pratique. On ne valorise pas assez leur compétence dans des projets structurés. »*

Lorsqu'on aborde la promotion de la santé, nous pouvons avoir le sentiment d'un domaine très vaste à couvrir. Il est vrai que la dimension très globale et transversale peut donner l'impression qu'on ne pourra pas tout traiter à l'hôpital. *« Il faut sans doute se donner des priorités, on ne peut pas tout faire. »*

La question des priorités est légitime et elle est corrélée à un diagnostic des besoins de santé. *« Il y a énormément de données épidémiologiques disponibles. Il faut qu'elles soient appréhendées et partagées pour être des outils de diagnostic qui servent à établir un plan d'action. »* Ce point évoqué par un médecin d'ARS est repris par deux CGS qui conviennent d'une appropriation insuffisante des données dans les hôpitaux qui sont destinataires de nombreux indicateurs. Les données épidémiologiques peuvent être perdues dans cette somme d'informations transmises.

Cependant, les avis convergent sur des publics cibles, pour lesquels il y aurait matière à envisager des actions spécifiques de promotion de la santé. Les patients en situations de précarité sont sans doute ceux pour lesquels une attention particulière doit être portée au regard des inégalités sociales de santé auxquelles ils sont exposés et au risque de rupture avec le système de santé.

Les femmes enceintes, les enfants et les adolescents sont également un public prioritaire compte tenu des enjeux liés à leur âge et leur fragilité. Et au-delà de ces publics identifiés, c'est en fonction d'un diagnostic des besoins en santé que l'hôpital peut définir des priorités et des modalités d'actions adaptées.

Les CHU, dans leurs missions d'enseignement et de recherche, ont aussi une place importante à prendre pour développer les connaissances et capitaliser les expériences en promotion de la santé.

2.2.3 Une stratégie d'établissement pour mobiliser les professionnels de santé

Lors des entretiens, nous avons cherché à identifier les facteurs de réussite au développement de la promotion de la santé à l'hôpital.

Tous les professionnels sont unanimes sur la nécessité d'un soutien institutionnel fort avec si possible une attribution de moyens. Cet engagement est nécessaire pour définir une priorité d'action et pour soutenir les initiatives prises par les professionnels de santé.

Il faut être à l'écoute voire à la recherche des actions déjà entreprises au sein d'une institution pour les encourager et les faire prospérer. *« Il y a sans doute plein d'actions qui sont menées dont on n'a pas connaissance. Il faudrait pouvoir les recenser pour en faire des exemples qui donnent envie aux autres d'imaginer d'autres actions. »*

Ce soutien institutionnel doit être formalisé dans le projet d'établissement et décliné dans le projet médical ou projet de soins, idéalement coconstruit dans un projet médico-soignant, ainsi que dans les projets de pôle.

Il est nécessaire d'identifier les professionnels médicaux et paramédicaux qui sauront incarner un leadership pour convaincre leurs pairs d'engager des projets et actions de promotion de la santé. *« Il y a un socle de compétences intéressant chez les infirmiers formés en éducation thérapeutique. C'est une ressource pour débiter la réflexion dans un établissement. »* Pour ces professionnels, un appui méthodologique est utile pour conduire un projet ou pour élaborer un dossier d'appel à projet qui peut être source de financement.

Concernant la structuration de la promotion de la santé dans un établissement, deux orientations sont possibles dans les exemples qui nous ont été rapportés.

- Une première possibilité consiste à identifier une structure dédiée à la promotion de la santé. Celle-ci est très ouverte sur l'extrahospitalier. Il y a une centralisation des ressources et de l'offre dans un lieu clairement identifié pour cette activité.
- Une seconde option est d'avoir un spectre d'action plus large et plus diffus dans l'établissement qui s'appuie sur des professionnels ressources. La politique d'action est construite selon des priorités décidées collectivement au sein d'un comité de pilotage pluri-professionnel.

Quelle que soit la méthodologie choisie, elle répond à une réflexion partagée entre les équipes soignantes et l'équipe de direction. Elle s'adapte à une conception commune de la promotion de la santé ainsi qu'aux ressources disponibles dans l'établissement.

Au regard de la stratégie choisie, les CGS identifient le plan de formation adapté aux modalités de déploiement et celui-ci va concerner plus ou moins de professionnels en fonction du niveau de concentration des expertises à atteindre.

La dimension technique des outils professionnels est évoquée par les CGS et DS. Aujourd'hui, les logiciels informatiques pour le dossier patient sont présents quasiment à toutes les étapes de la prise en charge.

Leur développement a été conçu en très grande majorité pour correspondre à une prise en charge de soins curatifs. *« Déjà la dimension éducative, ça n'a pas été simple à développer. Il faut aussi être honnête, le volet promotion de la santé est quasiment absent. On enregistre bien des éléments dans le recueil de données, mais on ne les traduit pas vraiment en action de promotion selon un diagnostic posé. Et puis tous les déterminants n'apparaissent pas dans le recueil. »*.

Les personnes interviewées qui exercent dans des établissements dans lesquels une démarche institutionnelle est déjà amorcée et formalisée, insistent sur l'importance de la communication et la valorisation de l'investissement des équipes et des actions menées. *« Il faut faire de la pub en CME. » « La commission de soins infirmiers de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) est un lieu institutionnel idéal pour valoriser l'action des paramédicaux sur ce thème. »* Le binôme CGS – PCME est une force pour porter le mouvement à la faveur du travail en équipe médicale et paramédicale.

Et au-delà de l'importance de cette communication interne, il faut particulièrement soigner l'articulation avec l'extrahospitalier pour inscrire les actions dans la cohérence du parcours de soins, de la trajectoire de santé.

2.2.4 Une vision de territoire indispensable

La dimension territoriale et extrahospitalière a été soulignée par tous les professionnels rencontrés, pour deux raisons essentielles d'après eux.

La première étant que la promotion de la santé s'ancre dans le quotidien et l'environnement habituel des usagers. Ce sont par dans actions de proximité que les acteurs pensent être le plus efficaces. Ce point de vue est notamment repris par les EDS et EDH : *« Il faut sans doute envisager l'action de l'hôpital davantage dans la proximité, exporter les professionnels hors les murs. » « Il faut aller les chercher les patients qui nous échappent. Surtout les patients précaires, qui sont en rupture avec le système de santé. »*

Cette vision doit être précédée d'un diagnostic territorial afin de bien cibler le champ des actions.

La seconde se construit sur la base de la logique de parcours de prise en charge, de soins mais idéalement de santé. Cette logique de parcours est bien sûr inscrite dans la dynamique des GHT. *« Si on veut penser à faire plus de promotion de la santé à l'hôpital, il faudrait l'inscrire dans la démarche de gradation des soins. Cela va aussi venir questionner la pertinence des actes. Qui fait quoi, où et avec quelles ressources ? »* Les CGS confirment que la vision médico-soignante est une plus-value dans cette démarche. Lorsqu'elle a pu aboutir à un projet médico-soignant de territoire, il est plus aisé de définir les articulations et les collaborations médicales et paramédicales. *« Dans la promotion de la santé, il doit y avoir une implication médicale, mais il faut être honnête, les paramédicaux peuvent plus facilement être à la manœuvre. »*

Mais s'agissant de la promotion de la santé et d'une vision parcours de santé *versus* parcours de soins, il faut sûrement aller au-delà des collaborations hospitalières. C'est la démarche engagée dans l'expérimentation accompagnée par la FHF dite « Une prise en charge partagée, la responsabilité populationnelle en pratique ». Cela consiste à envisager un problème de santé, de l'étape de prévention à celle du traitement des cas lourds et/ou complexes, avec tous les contributeurs à chacune des étapes. *« C'est une démarche qui est une véritable révolution pour les professionnels. Cela veut dire qu'il faut travailler autrement. Et décider ensemble comment on va travailler. C'est bien à l'échelon local qu'il faut que ce soit défini. Les ressources ne sont pas les mêmes dans tous les territoires. Il faut tenir compte de ça et trouver des réponses adaptées. Cela va jusqu'à poser ensemble la gouvernance d'un tel dispositif. »*

Dans cette vision de territoire, un travail de partenariat doit être recherché, au-delà du périmètre hospitalier. Cela requiert un effort de coordination entre tous les acteurs.

2.2.5 Le directeur des soins, un acteur clé de la promotion de la santé

Parmi les facteurs de réussite de développement de la promotion de la santé, nous avons cherché à identifier les acteurs à mobiliser. Nous avons vu précédemment qu'il était nécessaire d'identifier des personnes ressources, dotées d'un leadership solide pour diffuser un message au plus près des pratiques professionnelles des équipes.

La dynamique de portage institutionnel a été pointée également comme un facteur de réussite. A ce titre, plusieurs acteurs de la gouvernance et de l'équipe de direction sont

concernés. Parmi eux, le directeur des soins est identifié et reconnu comme celui dont l'implication est décisive dans cette stratégie pour deux raisons essentielles.

Tout d'abord, c'est par son positionnement institutionnel, comme tête de file des professionnels paramédicaux qu'il est légitime.

Dans une stratégie de développement, il y a bien sûr à rechercher une implication médicale autant que paramédicale. Les CGS confirment : *« Nous avons l'habitude de travailler avec le président de CME. Si nous sommes bien accordés sur ce thème, la déclinaison d'une politique est plus facile ensuite pour les paramédicaux. »* Une fois ce prérequis obtenu, le directeur de soins est en mesure d'organiser la mobilisation des équipes paramédicales. *« On a une vue d'ensemble des ressources et des priorités à donner. Il y a aussi un gros enjeu de formation mais aussi de dynamisation et de conviction des équipes. »*

Ces orientations peuvent faire l'objet d'une formalisation dans le projet de soins ou projet médico-soignant. La CSIRMT est une instance tout à fait adaptée pour suivre l'évolution et l'évaluation d'un plan d'actions. *« La CSIRMT est aussi un bon endroit pour valoriser les initiatives. »*

Ensuite, nous l'avons dit précédemment, engager une démarche de développement de la promotion de la santé exige d'avoir une vision transversale et extrahospitalière du sujet. Le développement de cette dynamique justifie une coordination importante des acteurs entre eux et au préalable une bonne connaissance d'un territoire. Les directeurs des soins sont reconnus pour avoir développé des compétences pour répondre efficacement à cet enjeu. *« Les DS sont habitués à travailler avec plusieurs partenaires de soins. C'est transposable à des acteurs qui peuvent ne pas être soignants : des associations, le milieu scolaire, sportif... ».*

Cette expérience confère aux directeurs des soins toute légitimité pour s'emparer de cette problématique à l'hôpital.

2.3 Synthèse

L'analyse globale des propos recueillis nous amène à confirmer le rôle de l'hôpital pour promouvoir la santé de la population. Tous les professionnels rencontrés confirment la nécessité de se mobiliser davantage pour cela, pour s'inscrire dans les nouvelles orientations politiques qui mettent l'accent sur la promotion de la santé et la prévention. Certains complètent leur discours en témoignant de leur engagement personnel, citoyen,

en exprimant faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé une valeur qui guide leur action.

La volonté est présente mais elle se heurte à un écueil important. La problématique de financement représente un frein majeur au développement d'actions de promotion de la santé, surtout dans les établissements déficitaires. Néanmoins, les DH, DS et CGS reconnaissent l'existence de marges de manœuvre pour agir malgré cette contrainte.

L'hôpital est reconnu pour contribuer à l'amélioration de la santé pour une population et cela ne peut s'envisager que dans une vision de parcours de santé à l'échelle du territoire et avec tous les acteurs ressources, y compris extrahospitaliers.

L'engagement institutionnel doit être clair pour faire de la promotion de la santé une des priorités. Cet engagement doit être formalisé et inscrit dans le projet d'établissement.

Le directeur des soins, par son positionnement et ses compétences, est légitime pour le portage de la politique institutionnelle, dès lors qu'elle a obtenu une implication la communauté médicale.

3 Confrontation à la question initiale et réponse aux hypothèses

Nous avons posé en introduction la question suivante : **en quoi les missions du directeur des soins contribuent-elles au développement de la promotion de la santé dans un établissement de santé ?**

Pour y apporter des éléments de réponse, nous avons formulé trois hypothèses que nous allons reprendre en tenant compte des éléments recueillis.

3.1 Hypothèse 1 : La promotion de la santé doit être davantage structurée et formalisée dans la politique institutionnelle et dans le projet d'établissement

Nous pouvons dire que cette hypothèse est confirmée. Le soutien institutionnel, au niveau des établissements de santé, mais également des ARS, est identifié comme un facteur de réussite pour développer la promotion de la santé à l'hôpital. C'est un point relevé dans plusieurs publications et qui est également souligné par les CGS, DS et DH interviewés.

Inscrite dans une stratégie d'établissement, la promotion de la santé devient une préoccupation des équipes de direction et des équipes soignantes. Cela permet de poser des objectifs, d'identifier des ressources et d'envisager les organisations qui permettront d'atteindre ces buts et dans un second temps d'évaluer l'efficacité et l'impact des mesures prises.

3.2 Hypothèse 2 : La promotion de la santé doit s'appliquer comme un nouveau paradigme dans l'exercice des professionnels et devenir une approche systématique de la prise en charge des usagers

Sur ce point, nous devons poser une réponse partagée.

Du point de vue des politiques de santé, nous soulignons la volonté, d'une manière générale, de mettre au premier plan la santé plutôt que la maladie. Celle-ci est traduite très explicitement dans la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022. Mais au-delà de cette intention, l'évolution du fonctionnement des établissements de santé en ce sens reste encore à définir, notamment dans les modalités de financement.

Du point de vue des dirigeants rencontrés, la réponse est beaucoup plus mesurée. La culture des professionnels, les orientations et les organisations de l'hôpital ne sont pas propices aujourd'hui pour mettre en avant la santé plutôt que la maladie comme une approche systématique de la prise en charge. Néanmoins, plusieurs CGS, DS ou DH reconnaissent la nécessité de faire évoluer ce schéma de pensée dans les établissements de santé.

3.3 Hypothèse 3 : Hier manager de l'organisation des soins et demain manager en santé, le directeur des soins contribue au développement de la promotion de la santé dans le management de la politique de la direction des soins

Cette hypothèse nous semble validée, principalement au regard des échanges avec les professionnels rencontrés dans le cadre de l'enquête.

En effet, dans les documents consultés, il n'est pas fait référence spécifiquement au rôle du directeur des soins pour promouvoir la santé à l'hôpital. Le sujet est souvent traité de manière assez globale avec une traduction opérationnelle discrète. De fait, les acteurs mobilisés pour le volet stratégique et institutionnel de l'hôpital ne sont pas explicitement cités.

En revanche, durant nos entretiens, le rôle du directeur des soins a pu être interrogé et il a été identifié comme une ressource pour porter une politique dans le sens du développement de la promotion à la santé. Son implication est attendue au niveau de l'hôpital mais dans une vision de territoire et de parcours pour les patients.

En cohérence avec la politique d'établissement, le directeur des soins apporte une contribution forte au développement de la promotion de la santé, en déclinant une vision dans la politique de la direction des soins.

4 La promotion de la santé, un principe d'action *a priori* pour le directeur des soins

Notre réflexion nous amène à envisager les différentes déclinaisons de la posture, des actions et du management du directeur des soins pour concourir au développement de la promotion de la santé à l'hôpital.

4.1 Une posture dans la vie institutionnelle

Bien que nous n'ayons pas validé en totalité notre seconde hypothèse, en proposant une approche systématique de la promotion de la santé pour lui donner davantage de place, il nous semble important de faire évoluer la culture institutionnelle pour transformer de manière générale la posture de tous les professionnels sur ce sujet.

Le directeur des soins, par sa position dans l'établissement et par son domaine de responsabilité, est impliqué dans de nombreux sujets institutionnels. Grâce à cela, il peut saisir des opportunités variées pour introduire le sujet de la promotion de la santé, dans une approche concrète et pragmatique qui pourrait s'exprimer de la manière suivante : le sens de notre action collective est-il contributeur de promotion de la santé ?

Cette question peut être déclinée dans presque tous les domaines de préoccupations de l'hôpital.

4.1.1 L'environnement à l'hôpital

Nous entendons par environnement, l'espace dans lequel les patients et leurs proches sont amenés à se rendre pour un ou plusieurs épisodes de soins.

Dans des locaux existants, les marges de manœuvre sont inévitablement plus réduites que dans une perspective de construction de nouvelles structures. Cependant, les attentions et actions simples pour améliorer la qualité de l'air, la luminosité, le niveau sonore, la température, faisant appel parfois au simple bon sens ne sont pas toujours appliquées. Dans une dynamique d'établissement affichant un environnement favorable à la santé, ce sont des éléments qui peuvent être rappelés aux professionnels pour que chacun agisse en ce sens. Le directeur des soins doit relayer ce discours auprès des cadres de santé afin de renforcer les actions au plus près de la prise en charge des patients, en mobilisant plus particulièrement les équipes aides-soignantes.

Les aménagements extérieurs peuvent également faire l'objet d'une réflexion en lien avec la promotion de la santé et s'articuler avec des projets menés autour de la nutrition dans les secteurs d'hébergement ou de prise en charge en santé mentale par exemple.

Un aménagement adapté des espaces extérieurs participe à la création d'un climat, d'une image, d'une ambiance au sein d'un hôpital, propices à atténuer l'anxiété liée à un problème de santé et à la venue à l'hôpital.

Dans un contexte de restructuration architecturale ou de nouvelle construction, la question de la qualité de l'environnement est nécessairement envisagée sous l'angle architectural avec une vision plus ou moins aboutie sur la qualité éco-environnementale des matériaux et de la construction. En complément de cet aspect technique dévolu aux architectes, et dont le niveau peut être précisé dans un cahier des charges exigeant, il y a sans doute à questionner davantage l'agencement et l'attribution des locaux sous l'angle de la promotion de la santé. En premier lieu pour faciliter l'autonomie des usagers, les espaces doivent être aisément identifiables et leur distribution adaptée à une circulation fluide. Les aménagements dans les locaux de soins et d'hébergement, y compris dans le choix du mobilier et l'introduction des technologies nouvelles, doivent être pensés dans le respect du maintien au maximum des capacités de tous les patients. Dans une vision purement économique, tout ce que fait le patient n'est pas à effectuer par un professionnel de l'hôpital. Et au-delà, cela renforce pour les patients leur capacité à agir, à décider en cohérence avec la notion d'empowerment.

4.1.2 Les outils

La réflexion développée ci-dessus au sujet de l'environnement à l'hôpital est tout à fait transposable aux outils utilisés pour le fonctionnement de l'hôpital ou pour la prise en charge des patients.

Plusieurs outils peuvent être interrogés pour leur contribution au développement de la promotion de la santé.

Le premier d'entre eux, qui occupe une part importante dans le parcours de soins est le dossier du patient. Totalement informatisé ou ayant l'objectif de l'être le plus rapidement possible, son contenu et ses fonctionnalités sont envisagés la plupart du temps pour garantir la traçabilité et le partage d'informations dans un environnement numérique sécurisé. A ce jour, très peu de données concernant les déterminants de la santé sont enregistrées et/ou exploitées. Parmi les bonnes pratiques de prise en charge, la réalisation

du recueil de données à l'admission d'un patient est une des séquences de soins au cours de laquelle il serait pertinent d'aborder plusieurs des déterminants, selon des priorités définies ou une analyse spécifique de la situation du patient. Pour cela, la construction informatique du recueil de données peut servir de guide et de rappel pour les soignants.

C'est un exemple qui illustre la manière de concrétiser l'introduction de la promotion de la santé dans un des outils les plus importants de la prise en charge. Cela peut concerner plusieurs espaces du dossier patient informatisé, notamment ceux des professionnels de rééducation, mais également l'observation médicale, les chemins cliniques,....

Nous évoquerons plus tard l'importance de connaître les ressources et les partenaires qui vont contribuer à apporter une réponse adaptée au patient. Pour cela, la constitution d'outils tels qu'annuaires, répertoires de ressources est précieuse.

De nombreux outils de travail sont utilisés chaque jour dans la prise en charge et dans la réalisation des soins directement en contact avec les patients. Pour chacun de nos choix, nous pourrions introduire plusieurs critères qui interrogent le respect de l'autonomie du patient, son impact énergétique et environnemental.

4.1.3 Les organisations

Nous pensons que c'est dans ce domaine qu'il y a le plus de marges de manœuvre pour faire évoluer la situation.

Dans le domaine des soins, nous avons démontré qu'il y avait un réel enjeu à renforcer la prise en compte des déterminants de la santé qui correspondent à un diagnostic des besoins de santé du territoire. Cette démarche doit également tenir compte de la spécificité des publics tels que les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, les personnes en situation de précarité, les personnes atteintes de handicap, les femmes enceintes et les personnes âgées.

Intégrer la promotion de la santé dans la construction des organisations de soins nécessite d'identifier les actions à différentes étapes : le repérage, l'orientation *intra* et extrahospitalière ou les actions mises en place durant la prise en charge, complémentaires aux soins réalisés. Le directeur de soins doit porter cette vision auprès des professionnels pour convaincre de son utilité dans une trajectoire de santé.

Toutes les possibilités existantes à l'hôpital au bénéfice de la promotion de la santé doivent être activées. Les professionnels ont besoin d'être accompagnés pour délivrer des

messages adaptés aux différents publics, avec une communication au service de l'empowerment du patient.

Pour l'orientation des patients en extrahospitalier, la connaissance, la lisibilité et l'accessibilité aux ressources doivent être travaillées pour garantir la fluidité du parcours de santé.

Le directeur doit faire un travail de coordination des acteurs afin que ces derniers se connaissent et élaborent une collaboration efficace. Le DS a un rôle de facilitateur pour la construction d'une confiance réciproque entre le monde hospitalier et extrahospitalier.

Dans l'organisation globale de l'hôpital, il est possible également d'envisager une structuration plus favorable à la promotion de la santé. Que ce soit dans les démarches administratives ou dans l'accès à l'information, les professionnels hospitaliers ont probablement à évoluer pour envisager des organisations simples à comprendre par tous. La question de l'affichage des informations, du contenu des messages et de la rédaction des procédures peut être posée dans l'optique de garantir plus d'accessibilité à tous les publics.

4.1.4 Les usagers

La participation des usagers est indissociable d'une démarche de développement de la promotion de la santé dans un établissement. La recherche d'empowerment des patients est un des objectifs centraux lorsque l'on souhaite promouvoir la santé.

De plus en plus présents dans la vie institutionnelle des établissements, les représentants des usagers pourraient être davantage associés à la co-construction de projets sur ce thème. La notion de patient expert se développe, en lien avec l'augmentation des pathologies chroniques ou des cancers. À l'image de ce concept, nous pourrions imaginer la création de la fonction d'utilisateur expert en santé, à partir des expériences positives d'utilisateurs ayant pour eux-mêmes fait évoluer leur mode de vie et leur comportement pour être en meilleur santé.

Cette idée rejoint celle de la transmission entre pairs, de partage d'expérience dont l'impact, par identification, permet une meilleure assimilation des messages délivrés.

C'est également ce qui est recherché dans la mise en place du service sanitaire, au-delà du développement des compétences en santé publique des étudiants concernés. La

communication au sein d'un groupe de même classe d'âge, avec des préoccupations, une culture et des codes similaires donne une légitimité particulière pour ceux qui reçoivent les messages de promotion et de prévention avec, nous l'espérons, un impact renforcé sur les changements de comportements au bénéfice d'une meilleure santé.

4.2 Devenir Hôpital Promoteur de Santé

L'adhésion au réseau français Hôpitaux Promoteurs de Santé (HPS) représente un appui pour engager une démarche de développement de la promotion de la santé. Cette dynamique est réactivée en 2018 et restructurée avec la mise en place d'une coordination sous l'égide du RESPADD.

Nous avons pu constater également une réactivation de cette démarche à l'ARS des Pays de la Loire. Après une première impulsion en 2012 peu fructueuse, la commission spécialisée prévention de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) initie une nouvelle démarche pour engager les établissements de la région à devenir HPS.⁴⁵ Cet exemple illustre la traduction concrète des orientations de la Stratégie Nationale de Santé en faveur de la prévention et de la promotion de la santé.

4.2.1 Structuration de la démarche

Il s'agit de mettre en place une stratégie d'actions globales en direction des usagers, des professionnels, de la communauté et de l'environnement⁴⁶ afin d'améliorer la qualité des soins, les conditions de vie et de travail à l'hôpital et la participation des usagers et des professionnels aux décisions concernant leur santé.

L'adhésion au réseau implique de tendre vers le respect de normes qui garantissent le sens et la cohérence des actions des HPS adhérant au réseau. « Les normes HPS concernent non seulement les soins aux patients, mais aussi la santé du personnel, les liens de l'hôpital avec la communauté et le développement organisationnel. Elles caractérisent les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux et traitent de la gestion de la qualité selon trois perspectives distinctes : la perspective clinique, celle du patient et celle de l'organisation.

⁴⁵ CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE, Commission spécialisée prévention, *Réseau des Hôpitaux Promoteurs de Santé*, 28 mai 2018, Nantes, Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

⁴⁶ RESEAU DES HOPITAUX ET STRUCTURES PROMOTEURS DE SANTE, *Devenir hôpital ou structure promoteurs de santé : quels avantages ?*, 13 novembre 2014, Paris, INPES, p. 9

Ces cinq normes sont les suivantes :

- dotation d'une politique de promotion de la santé ;
- évaluation des besoins en promotion de la santé des usagers en partenariat avec eux ;
- apport aux usagers de l'information sur les facteurs significatifs concernant leur maladie ou leur état de santé ;
- développement d'un milieu de travail sain ;
- collaboration continue avec les autres établissements de santé et la communauté. »⁴⁷

Un hôpital candidat à l'adhésion au réseau doit signer une charte et s'engager à en respecter le contenu qui correspond aux cinq normes citées ci-dessus.

Cette démarche requiert donc une implication institutionnelle totale avec l'engagement explicite du chef d'établissement et du président de la Commission Médicale d'établissement (CME). Ensuite, la structuration et le pilotage peuvent être poursuivis en mode projet, selon un modèle dont l'efficacité a fait ses preuves pourvu qu'il soit conduit avec rigueur et méthode. Il conviendra d'identifier les personnes les plus à même de conduire cette démarche. L'idéal est qu'elle soit menée par un membre de l'équipe de direction et un médecin mandaté par la CME.

Un état des lieux le plus exhaustif possible doit être réalisé sur la cartographie des ressources et des compétences existantes et sur les actions déjà engagées. Il s'agit de constituer une équipe mobilisée, engagée, pour déployer la démarche dans tous les secteurs de l'hôpital : secteurs de soins, mais également administratifs et techniques.

Une priorisation des actions est à définir selon le diagnostic des besoins de santé du territoire. Pour la région Pays de la Loire par exemple, l'ARS a choisi de donner priorité à quatre objectifs :

- promotion de la vaccination ;
- lutte contre les addictions ;
- santé mentale (suicide) ;
- environnement de la femme enceinte et du jeune enfant.

A partir de ces priorités, les porteurs de la démarche auront pour mission de solliciter les collaborateurs concernés au sein de l'hôpital, dans les structures d'amont et d'aval.

⁴⁷ RAFFELINI C., CHARIER M.-D., REY L., COLIN C., juin 2013, « Hôpitaux promoteurs de la santé : vingt ans d'histoire, neuf cents établissements membres », *La santé en action*, pp. 22-23

La coordination s'effectuera dans une vision transversale et globale, incluant la participation des usagers.

Une vigilance particulière devra être apportée au dispositif d'évaluation des actions menées afin de les valoriser avec objectivité et pourquoi pas, d'envisager une démarche de recherche.

L'adhésion au réseau permet de bénéficier du soutien des membres, des outils, des ressources méthodologiques et de communication ainsi que de formations.

4.2.2 La place du directeur des soins dans un Hôpital Promoteur de santé

Nous venons de le voir, l'évolution d'un établissement en HPS nécessite un engagement institutionnel et un portage par des professionnels en capacité, par leur légitimité, leurs responsabilités, leur charisme et leur leadership, de donner l'élan qui fera le succès de cette démarche.

Nous avons précisé un peu plus haut qu'il était souhaitable qu'un binôme représentant la direction et la CME soit désigné. Nous pensons qu'idéalement, le directeur des soins et un médecin mandaté par la CME représenteraient une alliance forte pour promouvoir des actions qui mobilisent au maximum les équipes paramédicales et médicales.

L'expérience et les compétences du directeur des soins en matière de management de projet confèrent à ce dernier une place tout à fait pertinente pour structurer, conduire et évaluer cette démarche.

Enfin, l'exercice de la coordination dans laquelle le directeur des soins s'inscrit au regard de son positionnement et de ses responsabilités, au niveau de l'établissement ou au niveau du territoire, fait de celui-ci un interlocuteur de choix dans cette stratégie.

Au-delà de la légitimité du directeur des soins de par sa fonction, il ne faut pas sous-estimer les compétences nécessaires à l'envergure d'un tel projet, tout particulièrement en communication, pédagogie, négociation et persuasion pour faire face aux résistances qui se présenteront au cours de cette transformation.

4.3 La promotion de la santé dans la politique de la direction des soins

L'opportunité d'engager l'établissement dans l'adhésion au réseau HPS représente un atout considérable pour mobiliser la communauté dans un élan collectif. C'est un levier pour le directeur des soins. Cependant, le contexte des institutions n'est pas toujours favorable à une démarche de cette ampleur. C'est pourquoi il nous semble pertinent d'envisager la projection des actions dans la politique de la direction des soins indépendamment de l'adhésion au réseau.

Nous prenons la précaution de poser un préalable à toutes les actions qui seront décrites ci-dessous : les démarches développées au sein de la direction des soins s'inscrivent dans une politique institutionnelle avec l'objectif le développement de promotion de la santé est identifiée comme un objectif à atteindre. Ce dernier est poursuivi avec la volonté d'une alliance médico-soignante qui renforce la collaboration entre les équipes médicales et paramédicales.

Dans ce développement inévitablement théorique, les propos se veulent les plus concrets possibles tout en les imaginant applicables dans différents contextes.

4.3.1 Le projet de soins

La dynamique institutionnelle de développement de la promotion de la santé doit se traduire formellement dans le projet de soins.

Nous portons l'idée qu'un projet médico-soignant apporte une plus-value réelle à une synergie collective, médicale et paramédicale fluide et efficace.

Cependant, cette vision ne peut pas s'appliquer dans tous les établissements. Quoi qu'il en soit, comme dit précédemment, il faut construire le projet de soins en cohérence avec les orientations médicales tout en valorisant l'expertise paramédicale dans ses domaines d'autonomie.

La déclinaison des objectifs et des actions doit être cohérente avec le diagnostic des besoins de santé et les priorités définies.

A partir de ces principes, nous choisissons des modalités de travail participatives associant les cadres supérieurs, les cadres de santé, les professionnels paramédicaux pour la rédaction du projet de soins.

Selon nous, la promotion de la santé doit être traitée comme une thématique à part entière. Un sous-groupe dédié, constitué de professionnels à la fois compétents et motivés est chargé de réaliser une cartographie des ressources, des initiatives déjà engagées.

A partir de cet état des lieux, le groupe pose des objectifs opérationnels et un plan d'action concordant.

Tout en étant convaincus de l'intérêt de l'action pluriprofessionnelle, nous voyons à travers des actions de promotion de la santé, l'opportunité de valoriser le rôle propre des équipes paramédicales. En effet, les activités de repérage, d'orientation, d'information et de sensibilisation en faveur de la promotion de la santé, s'inscrivent dans le champ de compétences des professionnels infirmiers et de rééducation. Dans une autonomie encadrée, nous pouvons donner du sens et valoriser les équipes en investissant ce domaine.

4.3.2 La CSIRMT

Nous envisageons la CSIRMT comme un outil au service du projet de soins et donc au développement de la promotion de la santé à quatre niveaux.

- Le premier niveau consiste en l'élaboration du projet. Comme nous l'avons détaillé ci-dessus, une sous-commission de la CSIRMT, étoffée par les professionnels ressources, est chargée de la rédaction du projet.
- Le second niveau s'attache à la mise en œuvre des actions dont le suivi est réalisé dans le cadre des travaux de la CSIRMT. La sous-commission initiale peut perdurer dans la même composition, ou évoluer selon les besoins. Les personnes chargées de la rédaction ne sont pas nécessairement celles qui vont mettre en œuvre. Il faut avoir à l'esprit le caractère opérationnel, intégratif et participatif de la sous-commission. Il convient donc de garder de la souplesse, tout en étant rigoureux dans l'atteinte des objectifs.
- Le troisième niveau permettra le partage et l'analyse de l'évaluation pour adopter les réajustements nécessaires. C'est pourquoi une attention particulière dès l'écriture du projet devra être apportée aux modalités d'évaluation des actions déployées. La communication des résultats doit être largement partagée comme un élément de valorisation et de motivation pour les professionnels.
- Le quatrième niveau sera activé, selon le degré de maturité des équipes et selon les ressources de l'établissement, pour encourager la recherche et l'innovation. Nous pensons qu'il y a matière à investir dans le champ de la recherche paramédicale pour démontrer l'intérêt et l'impact des interventions paramédicales

de promotion de la santé au bénéfice des patients. Cependant cette perception exige une démonstration scientifique.

A chacune des étapes, la CSIRMT nous semble être le lieu approprié pour partager au sein d'un groupe pluriprofessionnel et pour diffuser les informations inscrites dans un cadre institutionnel. Ce choix s'explique par la volonté de ne pas ajouter une instance dans un environnement de « comitologie » déjà plus ou moins fourni. Il nous semble plus cohérent d'adosser la réflexion à une instance existante. Si cette préconisation devait s'articuler avec la démarche Hôpital Promoteur de santé, la sous-commission serait une ressource pour le déploiement et ses membres pourraient s'y inscrire au titre de la CSIRMT.

4.3.3 Le management de l'encadrement

Le troisième élément de préconisation que nous nous souhaitons présenter dans la politique de la direction des soins pour développer la promotion de la santé est celui du management des cadres supérieurs de santé et cadres de santé.

Dans un tel projet, le directeur des soins a besoin de l'ensemble des forces vives de l'encadrement pour porter avec lui la démarche : expliquer, convaincre, persuader les professionnels pour les impliquer dans une démarche qui ne va pas de soi dans la culture de l'hôpital aujourd'hui.

C'est dans ce domaine que le directeur des soins aura le plus à faire preuve de son talent, au-delà des compétences techniques qu'il appliquera dans la méthodologie de conduite de projet.

Sa capacité à s'entourer et à valoriser les personnes ressources, expertes lui permettra de sécuriser la pérennité des actions. En effet, il importe de partager la responsabilité du projet et d'identifier les relais en cas d'absence ou de changement de personne au sein de la direction des soins. Un tel projet ne peut pas reposer sur la volonté et l'engagement uniques du directeur des soins.

Ce dernier devra faire preuve de pédagogie et de persuasion pour que le sens et les objectifs de développement de la promotion de la santé soient compris, acceptés par les cadres supérieurs et des cadres pour ceux-ci l'investissent dans leur propre management.

Nous sommes convaincus de la nécessité d'afficher l'ambition du projet, tout en étant réaliste et en démontrant son intérêt pour les patients. Pour abonder dans ce sens, il est

possible de faire appel à une personne qualifiée, qui viendra exposer et argumenter le bienfondé de cet engagement.

Les exigences doivent être explicites, valorisées lorsqu'elles sont atteintes ou dépassées. En revanche, il convient d'être à l'écoute des difficultés et chercher, avec les cadres, les leviers pour y faire face.

Notre objectif managérial est d'initier et d'accompagner un changement culturel chez les professionnels de santé, par un management adapté auprès des cadres supérieurs et des cadres de santé.

4.4 Le territoire, les parcours au service de la promotion de la santé

Nous avons insisté sur la nécessité d'inscrire les actions de promotion de la santé dans le parcours de prise en charge du patient. Ce parcours, idéalement de santé plus que de soins, se déroule dans un *continuum* qui fait intervenir plusieurs institutions, plusieurs professionnels. Pour éviter toute rupture dans ce parcours, la connaissance des professionnels entre eux, de leurs ressources, habitudes, modalités de communication des informations doit être organisée.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 offre de nouvelles possibilités de collaboration des professionnels de santé entre eux.

4.4.1 Le Groupement Hospitalier de Territoire

Le projet médical partagé (PMP) et le projet de soins partagé (PSP) de territoire formalisent les filières de prise en charge en définissant le niveau d'intervention de chacun des contributeurs. La gradation des soins ainsi posée dans ces projets dont l'écriture devait être achevée au 1^{er} juillet 2017 est en passe de se concrétiser dans la mise en œuvre des PMP et PSP.

Comme pour le projet médical et le projet de soins d'établissement, nous agréons les démarches ayant abouti à l'écriture de projets médico-soignants partagés de territoire (PMSP). Pour y intégrer la dimension promotion de la santé, nous prôtons une évolution du parcours de soins vers un parcours de santé.

Comme nous l'avons évoqué en amont, un diagnostic de territoire, correspondant si possible au découpage du GHT, permet d'identifier les priorités en besoin de santé de la population. En fonction des déterminants de santé les plus exposés, les acteurs du territoire s'accordent sur les actions de promotion de la santé à déployer, selon les ressources de chacun. Dans une stratégie similaire à celle déployée au sein de son établissement, le directeur des soins y contribuera selon la position de son institution dans le groupement.

Comme au sein d'un établissement de santé, l'engagement pour le développement de la promotion de la santé doit s'inscrire dans le PSP ou PMSD. Le directeur des soins peut impulser cette dynamique notamment à travers les actions de la CSIRMT de territoire.

Sans être une instance règlementaire, le groupe des directeurs des soins du GHT représente un collectif nous permettant de mener la réflexion et assurer un relai au sein de chacun des établissements.

La traduction concrète des actions, la répartition des niveaux d'intervention entre chaque établissement permet d'identifier les expertises ou au contraire, les besoins en formation. Le partenariat entre les établissements peut se traduire par le partage d'expérience et d'expertise dans ce domaine en complément de la gradation des interventions dans le parcours de santé.

L'engagement des directeurs des soins de chacun des établissements du GHT est essentiel. Nous mesurons, à ce niveau également, les capacités de persuasion, de pédagogie dont il faut faire preuve pour convaincre un collectif plus grand, avec une difficulté supplémentaire liée aux cultures d'établissement parfois très différentes.

4.4.2 La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) est une disposition inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Il faut reconnaître un déploiement discret dans les mois qui ont suivi la parution de la loi.

Cette disposition est réactivée dans la stratégie nationale de santé 2018 – 2022 et réaffirmée dans les orientations de « Ma santé 2022 ».

Ses missions sont redéfinies⁴⁸ et les CPTS ont pour objectifs :

- « la réalisation d'actions de prévention ;
- la garantie d'accès à un médecin traitant pour tous les habitants du territoire ;

⁴⁸ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Ma santé 2022 Un engagement collectif*, Dossier de presse, 18 septembre 2018, Service de presse du Ministère des solidarités et de la santé, p. 22

- la réponse aux soins non programmés, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir un rendez-vous dans la journée, en cas de nécessité ;
- l'organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés ;
- la sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, notamment pour anticiper une hospitalisation ou préparer la sortie de l'hôpital après une hospitalisation ;
- le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou poly-pathologiques. »

Concernant ses modalités de fonctionnement, le texte précise que « les CPTS organiseront la coopération avec les établissements de santé, publics et privés, et ceux d'hospitalisation à domicile et du médico-social de leur territoire. »⁴⁹ Les CPTS représentent une opportunité pour mettre en relation tous les professionnels de santé et médico-sociaux pour améliorer la santé d'une population, y compris par des actions de prévention.

Dans la stratégie de développement de la promotion de la santé à l'hôpital et sur le territoire, le directeur des soins doit identifier tous les acteurs contribuant à assurer la continuité d'actions débutées lors d'un passage à l'hôpital ou à les initier dans l'environnement de vie de l'utilisateur.

La construction des CPTS devrait donner davantage de lisibilité à l'offre en santé et fluidifier les interventions entre les différents professionnels et différentes structures. La formalisation d'un répertoire de ressources est un outil d'orientation nécessaire pour les professionnels de santé.

Il reste à consolider les modalités de gouvernance des CPTS, au sein desquelles, il faudra conjuguer des logiques plurielles telles que celles des professionnels libéraux, hospitaliers publics et privés et médico-sociaux.

Nous estimons que les acteurs hospitaliers doivent être partie prenante des CPTS et le directeur des soins est un acteur pertinent pour coordonner cette intégration. Il doit envisager son positionnement comme la recherche d'un équilibre dans les niveaux d'intervention, donner sa juste place aux actions qui relèvent de l'hôpital et faciliter le passage de relai, tant en amont qu'en aval.

⁴⁹ Ibid. 46 p.22

Dans les expérimentations de responsabilité populationnelle, la mobilisation est attendue au-delà des professionnels de santé. L'intégration des associations, du milieu scolaire et sportif est à envisager pour un panel d'actions complet, notamment dès le plus jeune âge.

Pour la réussite des CPTS, notamment dans la réalisation d'actions de promotion de la santé, nous relevons au moins cinq défis à relever :

- mettre en place une gouvernance ;
- identifier le domaine d'actions de chacun ;
- faire connaître les ressources et possibilités d'intervention ;
- mettre en place des outils de communication performants ;
- sécuriser le partage des informations liées au parcours de santé.
-

Pour chacun d'eux, le directeur des soins peut apporter son expérience du travail en équipe, de la coordination des professionnels, son exercice des responsabilités ainsi qu'une vision stratégique des enjeux de santé.

Conclusion

L'hôpital a connu un essor considérable grâce à l'innovation et l'apparition de nouvelles techniques de soins durant ces cinquante dernières années. Et depuis dix ans, il voit son mode de fonctionnement évoluer profondément et à un rythme soutenu.

Toutes ces évolutions s'inscrivent dans un système de santé relativement cloisonné, au sein duquel les pouvoirs publics tentent de rapprocher les mondes hospitaliers, de ville et médico-sociaux.

Cet objectif poursuivi depuis plusieurs années cherche à élargir son spectre, avec l'ambition d'améliorer la santé de la population en introduisant davantage d'actions de promotion de la santé dans l'exercice des professionnels de santé.

Ces exigences s'imposent alors que le contexte financier est très contraint et que les ressources allouées à la santé ne permettent pas de couvrir l'ensemble des dépenses de santé. Cependant, il y a peu d'arguments, en dehors des contraintes financières, qui s'opposent à la mise en avant de la promotion de la santé, dans l'idée de prévenir plutôt que de guérir quand cela est possible. C'est ce qui est attendu, entre autres, des professionnels et des structures de santé dans les récentes politiques publiques présentées.

Malgré toutes les difficultés du monde de l'hôpital aujourd'hui, nous aurons à accompagner ce mouvement.

Dans une vision optimiste de la situation, nous percevons ce mouvement de balancier vers davantage de promotion de la santé dans les actions des professionnels comme une réelle opportunité.

Pour les patients avant tout, nous croyons au potentiel de développement de l'empowerment et ainsi à la capacité de chacun de progresser par lui-même. Cette vision n'est pas utopiste et nous sommes lucides sur les limites pouvant empêcher le potentiel des individus de s'épanouir pour être en meilleure santé.

Cette approche pose un principe *a priori* : chacun peut améliorer sa situation de santé. Cela nous semble essentiel et propice à un effet d'entraînement collectif positif. Les professionnels sont invités à établir une relation équilibrée avec le patient en cherchant à renforcer le pouvoir d'action et l'autonomie de ce dernier.

En intégrant des actions de promotion de la santé à leur pratique, les professionnels sont interrogés sur le sens de leur action dans le parcours de santé et de fait, cela questionne la pertinence des actes et des prises en charge.

Ce sujet est régulièrement abordé depuis quelques années et davantage encore depuis la création des GHT. Il faut reconnaître toutefois une traduction encore assez discrète dans la réalité.

Les expérimentations qui débutent sur la responsabilité populationnelle⁵⁰, apportent une réponse pour considérer les différentes modalités d'actions pour une population donnée et pour un problème de santé identifié. Cette démarche cible les actions à mener à différents stades, de la prévention à la prise en charge d'une maladie stable, instable, jusqu'à la prise en charge des situations complexes. La population est définie en précisant les déterminants à considérer plus particulièrement selon l'analyse d'un diagnostic territorial.

Les réponses d'intervention en santé, à chacun des niveaux et selon le public, doivent tenir compte des ressources disponibles.

Il s'agit bien d'un projet à dimension locale et territoriale qui s'adapte précisément au contexte. Si chacun des territoires présente des spécificités, tous sont confrontés avec plus ou moins d'ampleur à une raréfaction des professionnels de santé médicaux voire paramédicaux. C'est une raison de plus de questionner la pertinence des actes et des prises en charge, pour ne pas répéter des actes inutiles et à l'inverse, passer à côté d'interventions nécessaires pour la population. La responsabilité populationnelle comprend le niveau de prévention pour lequel les actions de promotion de la santé doivent se structurer entre tous les acteurs de santé. C'est un aspect de la réflexion qui peut s'intégrer à la politique de la direction de la qualité, dans laquelle la pertinence des actes va prendre davantage d'importance.

Enfin, dans cette approche de la santé à l'hôpital en faveur des patients, de nombreux bénéfices sont attendus pour améliorer la santé des professionnels voire la qualité de vie au travail. Cet élément doit explicitement être travaillé pour devenir Hôpital Promoteur de Santé. Au-delà du dispositif HPS, introduire ou réintroduire le sujet de la promotion de la santé pour les patients interpelle inévitablement les professionnels sur leurs propres comportements.

⁵⁰ MALONE A., RAMIREZ J., mai-juin 2018 « Responsabilité populationnelle en pratique », *Revue hospitalière de France*, n°582, pp. 8-9.

Il convient d'être cohérent dans une politique des ressources humaines qui doit être congruente avec le message de développement de la promotion de la santé. C'est une opportunité de faire converger l'intérêt des patients et des professionnels à travailler de conserve avec les directions des ressources humaines médicales et non médicales.

A travers ces deux derniers points, une dynamique vertueuse est perceptible pouvant aller jusqu'à l'amélioration de la performance du fonctionnement d'un établissement. Délivrer des soins plus adaptés, par des professionnels en meilleure santé et dans un environnement plus sain, en développant davantage de promotion de la santé est un processus long, ambitieux, mais nécessaire et réaliste.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, loi n°2002-304 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, Journal Officiel, n°0305 du 31 décembre 2017, texte n°72

OUVRAGES

BRETON E., BROCHARD A., 2017, « Histoire de la promotion de la santé » in BRETON B., JABOT F., POMMIER J., et al., *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, pp. 23-37.

JABOT F., GERHART C., AUCLAIR A., 2011, « Des progrès en promotion de la santé en France ? » in CHERUBINI B., *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?*, Eres, pp. 31-50.

LAFORCADE M., 2011, « Agence régionale de santé et prévention : une révolution culturelle ? » in CHERUBINI B., *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?*, Eres, pp. 213-218.

MARTIN F., AUJOULAT I., 2017, « Stratégie de promotion à l'hôpital » in BRETON B., JABOT F., POMMIER J., et al., *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, pp. 235-257.

PORCHERIE M., POMMIER J., FERRON C., JABOT F., 2017, « Promotion de la santé en France » in BRETON B., JABOT F., POMMIER J., et al., *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, pp. 303-314.

SERVAT M., LANG T., HANNON V., 2011, « La promotion de la santé a-t-elle sa place dans la stratégie d'un CHU ? » in CHERUBINI B., *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?*, Eres, pp 171-182.

ARTICLES

ARWIDSON P., QUELET S., BOURDILLON F., mai 2017, « Santé publique France, l'expertise au service de la prévention », *Cahiers de la fonction publique*, n°376, pp. 22-25.

BOURGEUIL Y., JUSOT F., LELEU H., septembre 2012, « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature », *Questions d'économie de la santé*, 8p.

BRETON E., JAMIER C., mai 2017, « Les missions prévention, protection et promotion de la santé des systèmes nationaux de santé publique », *Cahiers de la fonction publique*, n°376, pp. 29-31.

CHATOT-HENRY D., CHATOT-HENRY C., COURCIER D., juillet-août 2014, « La promotion de la santé : un concept pertinent comme outil de management et de dynamique organisationnelle dans la restructuration d'un hôpital gériatrique », *Santé publique*, vol 26, n°4, pp. 453-467.

DELACOURT G., BONHEME M., août-septembre 2014, « Directeur des soins. Conseiller technique et/ou pédagogique en ARS : Acteur pivot dans l'accompagnement des mutations de la stratégie régionale de santé », *Gestions hospitalières*, n°538, pp. 401-404.

LIMBOURG A., juin 2013, « Le réseau français des hôpitaux promoteurs de santé », *La santé en action*, p 24

LOMBRAIL P., mai 2017, « Les actions de prévention doivent être davantage relayées dans les territoires », *Cahiers de la fonction publique*, n°376, pp. 14-17.

MALONE A., RAMIREZ J., mai-juin 2018 « Responsabilité populationnelle en pratique », *Revue hospitalière de France*, n°582, pp. 8-9.

MARTIN F., mai-juin 2003, « Le moyen de valoriser le fil à plomb de la santé », *Revue hospitalière de France*, n° 492, pp. 12-16.

MENIVAL S., mai 2017, « Les actions de prévention doivent être davantage relayées dans les territoires », *Cahiers de la fonction publique*, n°376, pp. 11-13.

RAFFELINI C., CHARIER M.-D., REY L., COLIN C., juin 2013, « Hôpitaux promoteurs de la santé : vingt ans d'histoire, neuf cents établissements membres », *La santé en action*, pp. 20-23

ROMATET JJ., mai-juin 2003, « Une pensée globale qui doit inspirer le changement », *Revue hospitalière de France*, n° 492, pp. 10-11.

VALLET B., GUILBERT P., mai 2017, « La place de la prévention dans la politique de santé aujourd'hui en France », *Cahiers de la fonction publique*, n°376, pp. 18-21.

RAPPORTS

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2012, *Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012 – 2016*, 35p.

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2017, *Stratégie nationale de santé, Contribution du Haut Conseil de la Santé Publique*, Avis et rapport, 189p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, SANTE PUBLIQUE France, 2017, *L'état de santé de la population en France*, Synthèse du rapport, 24p.

COMITE INTERMINISTERIEL POUR LA SANTE, *Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie*, Dossier de presse, 26 mars 2018, Service de presse de Matignon, 40p.

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, Juillet 2018, *Place des offreurs de soins dans la prévention*, Rapport, 83p.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Ma santé 2022 Un engagement collectif*, Dossier de presse, 18 septembre 2018, Service de presse du Ministère des solidarités et de la santé, 50p.

MEMOIRES

CAMPIER HALLEY C. et al., 2015, *De la prévention à la promotion de la santé : le pas à faire pour les hôpitaux et établissement de santé « promoteur de santé »*, Module interprofessionnel de santé publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 31p.

GEROME E., 2016, *Promouvoir la santé à l'hôpital ? Etude à partir du projet de création d'une maison de santé publique au CHU de Poitiers*, Mémoire de fin de formation directeur d'hôpital, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 47p.

PEYRACHE A., 2002, *La promotion de la prévention à l'hôpital. Le rôle du directeur des soins dans son appropriation par les professionnels soignants*, Mémoire de fin de formation directeur des soins, Ecole Nationale de Santé Publique, 115p.

CONFERENCES

RESEAU DES HOPITAUX ET STRUCTURES PROMOTEURS DE SANTE, *Devenir hôpital ou structure promoteurs de santé : quels avantages ?*, 13 novembre 2014, Paris, INPES, 59p.

CONFERENCE INTERNATIONALE POUR LA PROMOTION DE LA SANTE, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada

CONFERENCE REGIONNALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE, Commission spécialisée prévention, *Réseau des Hôpitaux Promoteurs de Santé*, 28 mai 2018, Nantes, Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Liste des annexes

<u>Annexe I</u>	II
Infographie Etat de la santé de la population en France, DRESS, Santé Publique France, 2017	
<u>Annexe II</u>	VII
Listes des personnes rencontrées	
<u>Annexe III</u>	VIII
Guide d'entretien	
<u>Annexe IV</u>	X
Hôpitaux et Structures Promoteurs de Santé : un réseau pour développer la promotion de la santé en milieu de soins	

Annexe I
Infographie Etat de santé de la population en France
DRESS, Santé Publique France, 2017

**L'ÉTAT DE SANTÉ
DE LA POPULATION
EN FRANCE**
RAPPORT 2017



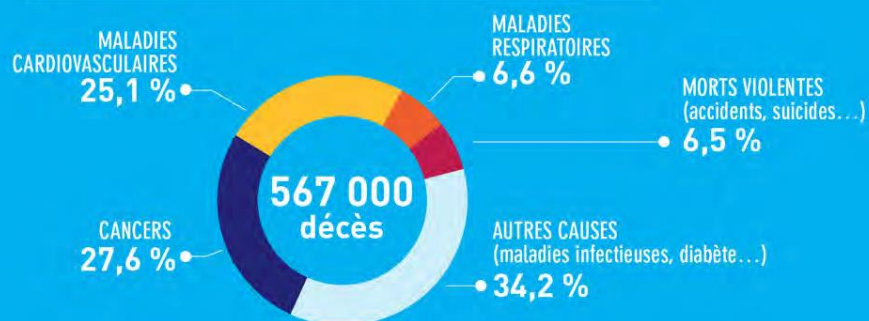
**ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ :
OÙ EN EST-ON ?**

En 20 ans, près de 4 années de vie ont été gagnées,
mais cette progression a ralenti ces 5 dernières années

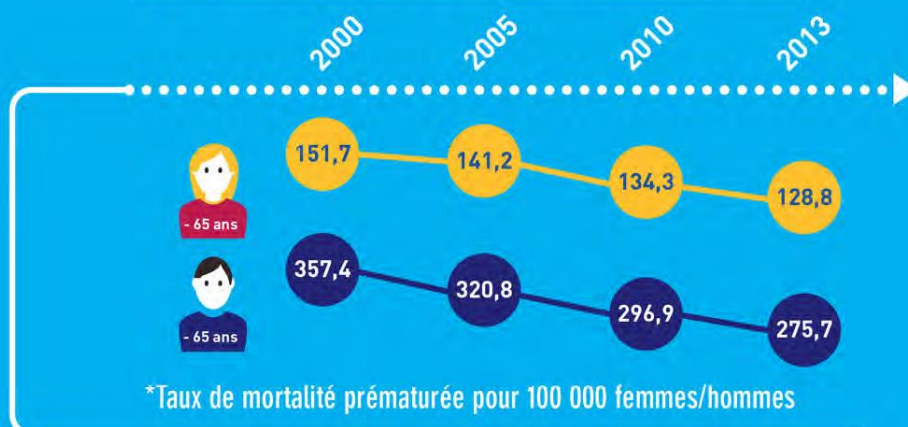


L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers
est de plus de 6 ans chez les hommes et de 3,2 ans chez les femmes [2009-2013]

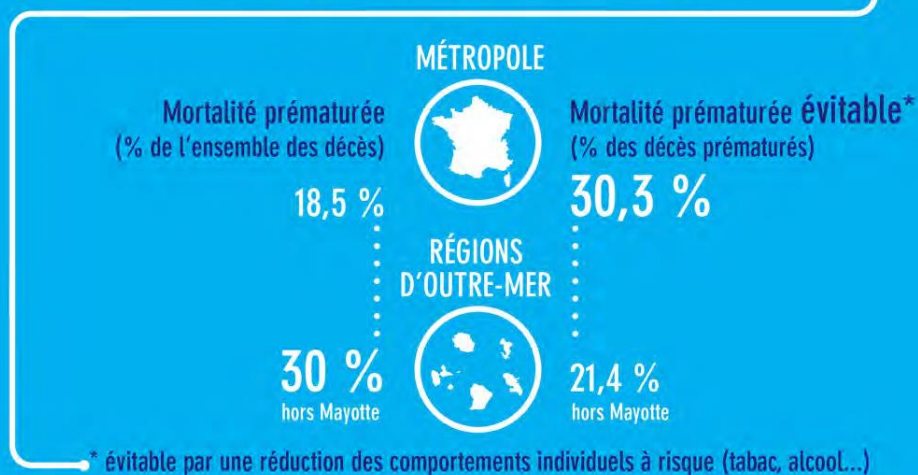
Cancers et maladies cardiovasculaires : premières causes de décès en France [2013]



La mortalité prématurée (avant 65 ans) diminue...



...et varie selon les territoires

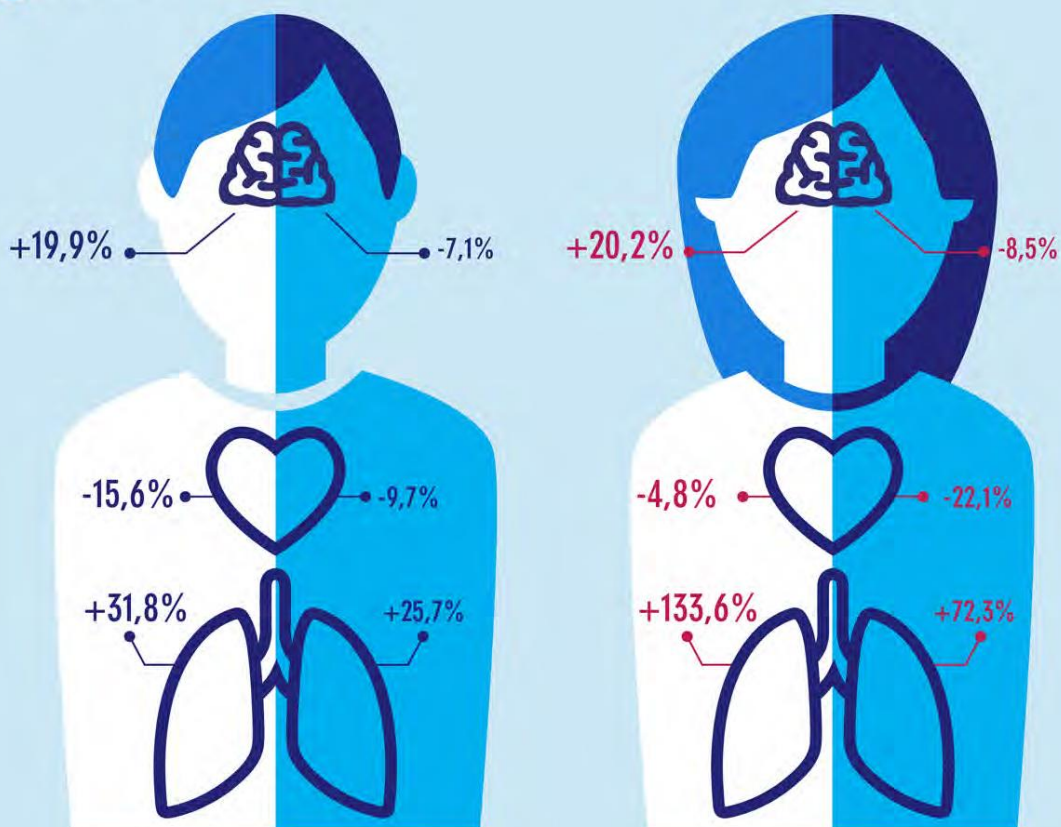


ÉTAT DE SANTÉ : DES ÉVOLUTIONS MOINS FAVORABLES POUR LES MOINS DE 65 ANS QUE POUR LEURS AÎNÉS

Entre 2002 et 2014

Moins de 65 ans

65 ans et plus



 Accidents vasculaires cérébraux (AVC)*
*nombre de personnes hospitalisées pour 100 000 habitants

 Infarctus du myocarde et autres cardiopathies ischémiques**
**nombre de personnes hospitalisées pour 100 000 habitants

 Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO)***
*** nombre d'hospitalisations pour 10 000 habitants

ÉTAT DE SANTÉ PERÇUE (à partir de 16 ans) : UNE MAJORITÉ SE DÉCLARE EN BONNE SANTÉ



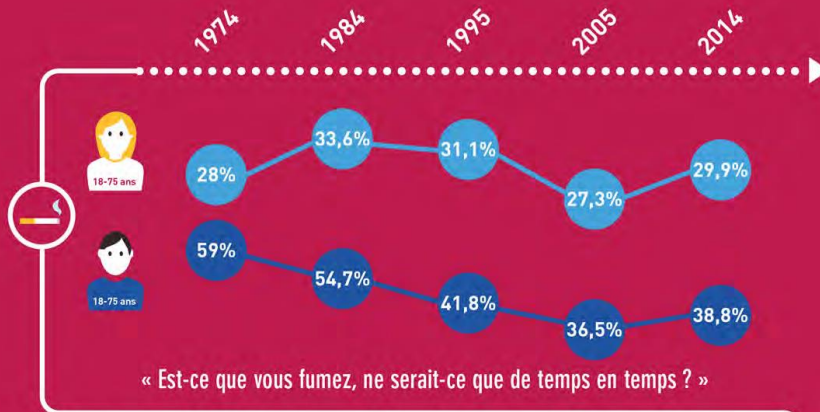
se déclarent «en bonne ou en très bonne santé»,



se déclare «en mauvaise ou en très mauvaise santé»

TABAC, ALCOOL, SURPOIDS : DES ÉCARTS LIÉS AU SEXE, À L'ÂGE ET AUX INÉGALITÉS SOCIALES

La part des fumeurs reste plus importante que celle des fumeuses,
mais la proportion des fumeuses ne diminue pas



Si moins de Français boivent quotidiennement,
les consommations ponctuelles excessives augmentent



Les jeunes sont les plus concernés
par ces consommations ponctuelles excessives*



* 6 verres en une même occasion, au moins une fois dans l'année

SURPOIDS Près d'1 adulte sur 2 est en surpoids ou obèse [2014]



Et les enfants les moins favorisés sont plus touchés [2014-2015]



OUVRIERS ET EMPLOYÉS RESTENT LES PLUS EXPOSÉS À LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

Sont concernés par au moins 1 facteur de pénibilité



12%
des cadres et professions
intellectuelles
supérieures



21 %
des employés
de commerce
et de service



70%
des ouvriers

Les principaux facteurs de pénibilité



**Contraintes physiques
marquées**
(charges lourdes,
posture pénible...)



**Environnement
physique agressif**
(exposition aux produits
chimiques, bruit...)



Rythmes de travail
(travail de nuit,
travail répétitif...)

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE
RAPPORT 2017



Annexe II

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

-Madame le docteur Sophie BIACABE, médecin de santé publique, Département Prévention et Actions sur les Déterminants de Santé, ARS Pays de La Loire

-Monsieur Jean-Yves BOILEAU, coordonnateur général des soins, CHRU de Tours

-Monsieur le docteur Nicolas CROCHETTE, médecin infectiologue, CH Le Mans

-Monsieur le professeur Bertrand DABAENE, président de la CME, CHU de Poitiers

-Monsieur Luc DURAND, coordonnateur général des soins, CHRU de Bordeaux

-Madame Marie-Noëlle GERAIN BREUZARD, directrice générale, CHRU de Tours

-Madame Marie GOURAIN, élève directrice d'hôpital, EHESP

-Marie-Renée GUEVEL, maître de conférences, EHESP

-Madame Sylvie LEROUGE, élève directrice des soins, EHESP

-Monsieur Antoine LOUBRIEU, directeur des opérations et des services techniques, CH Le Mans

Monsieur Stéphane MICHAUD, coordonnateur général des soins, CHU de Poitiers

-Madame Zaynab RIET, déléguée générale, FHF

-Monsieur Pierre URBAIN, élève directeur d'hôpital, EHESP

-Monsieur Vincent SERRE, élève directeur des soins, EHESP

-Madame Véronique SERY, directrice des soins, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Annexe III

GUIDE D'ENTRETIEN

Je suis actuellement Elève Directrice des soins à l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Je vous remercie de m'accorder cet entretien pour mon mémoire dont le thème central est la promotion de la santé à l'hôpital.

Je vous garantis l'anonymat des propos si vous le souhaitez.

Je sollicite par ailleurs votre autorisation pour enregistrer cet entretien afin que sa retranscription soit fidèle.

Anonymat : oui non

Enregistrement : oui non

Date de l'entretien :

Heure de début de l'entretien :

Heure de fin de l'entretien :

Questions	Réponses attendues
Comment voyez-vous la place de la promotion de la santé aujourd'hui dans les établissements de santé ?	Insuffisante Pas assez structurée Non prioritaire Pas dans les missions de l'hôpital
D'après-vous, quelles explications pouvons-nous donner à ce positionnement ?	Acculturation Financement Connaissances des professionnels Compétences des professionnels
Quelle place pensez-vous que la promotion de la santé devrait avoir dans les hôpitaux ?	Intégrée au projet d'établissement Visible dans une structure dédiée Appliquée dans tous les domaines d'expertise Spécifique dans des secteurs bien précis Articulée avec l'extrahospitalier
Quelles devraient être leurs missions et quels types d'actions devraient-ils mettre en œuvre ?	Information des de tous les patients Repérage systématique des déterminants de santé, dans tous les services, dans des services spécifiques Actions externes en collaboration avec des partenaires (associations, collectivités, professionnels de santé...)

Questions	Réponses attendues
D'après vous, quels sont les acteurs hospitaliers les plus à même de porter le développement de la promotion de la santé à l'hôpital ? Et pourquoi ?	Directeur général Equipe de direction Directeur des soins PCME
Selon vous, quels sont les clés de réussite pour un développement de la promotion de la santé à l'hôpital ?	Politique d'établissement clairement construite et affichée Volonté institutionnelle Financement Formation des professionnels Intégration à la certification Obligation de mise en œuvre

Annexe IV

Hôpitaux et Structures Promoteurs de Santé : un réseau pour développer la promotion de la santé en milieu de soins

POURQUOI ADHÉRER AU RÉSEAU FRANÇAIS HSPTS ?

- Pour échanger et discuter des pratiques avec d'autres professionnels exerçant en milieu de soins.
- Pour bénéficier de ressources documentaires et méthodologiques.
- Pour s'informer sur les nouvelles recherches et bonnes pratiques.
- Pour participer à un réseau international.
- Pour participer à des projets de recherche internationaux.
- Pour pouvoir utiliser les logos du réseau français et du réseau international.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) coordonne le réseau et assure l'interface entre le réseau français et le réseau international.

Pour être informé des activités et des prochaines réunions du réseau : contact@reseauhsp.fr www.reseauhsp.fr

Le réseau français des hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé est ouvert à toute structure de santé qui participe à l'offre de soins : établissements de santé publics ou privés, centres de santé, maisons ou pôles de santé, réseaux de santé.

Le réseau international HPH
www.hphnet.org

Le réseau « Health Promoting Hospitals and Health Services » (HPHS) est un réseau international initié en 1997 par l'Organisation mondiale de la santé. Il vise à encourager le développement de la promotion de la santé à l'hôpital, notamment en proposant un cadre de développement, en favorisant les échanges entre hôpitaux, et en mettant à disposition une base de données d'expériences.


Le réseau français HSPTS
www.reseauhsp.fr

Le réseau a pour objectif de donner un cadre au développement de la promotion de la santé dans les structures de santé en France. Il organise les échanges entre les membres du réseau et produit des outils et des méthodes opérationnels à destination des membres. Il communique au niveau régional, national et international sur la promotion de la santé en milieu de soins en France et fait le lien avec les agences régionales de santé (ARS).

L'Inpes
www.inpes.sante.fr

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. C'est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.


HSPTS : UN RÉSEAU POUR DÉVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU DE SOINS



Le réseau français des hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé (HSPTS) adhère aux principes du réseau international « Health Promoting Hospitals and Health Services » (HPHS), dans le but d'améliorer la santé des populations.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS UNE STRUCTURE DE SANTÉ

La promotion de la santé a été définie dans la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 1986) comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. »



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.

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 ;
- 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.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LE(S) TEXTE(S)

Stratégie nationale de santé, feuille de route (23 septembre 2013)

« Il est aujourd'hui indispensable de refonder en profondeur notre système de santé, performant mais inéquitable : pour améliorer l'état de santé des Français [...], investir le champ de la promotion de la santé et de la prévention... »

« L'organisation des soins doit être décloisonnée, articulant les interventions des professionnels, services et établissements sanitaires et médico-sociaux d'un territoire donné autour de parcours dans lequel le patient est lui-même acteur de sa santé et de sa prise en charge. »

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

« Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer [...] : les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination [...], les actions de santé publique... »

Manuel de certification des établissements de santé V2010 (janvier 2014)

Critère 1b : plusieurs principes de management portés par le développement durable sont intégrés par la certification (prise en compte des parties prenantes, approche participative, prise en compte des dimensions qualité, sécurité, environnement, gestion des ressources humaines, etc.).

Critère 1d : le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Critère 3d : la qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion Marie CURIE 2018

**La promotion de la santé :
un principe d'action pour le directeur des soins ?****Résumé :**

La promotion de la santé à l'hôpital occupe une place pour le moins discrète aujourd'hui.

Cependant, les politiques de santé tendent à prioriser différemment les actions de prévention et de promotion de la santé, de manière générale dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 et en formulant des objectifs pour les établissements de santé.

Nous avons cherché à mettre en évidence le potentiel de développement de la promotion de la santé à l'hôpital et à y inscrire le rôle du directeur des soins.

Au cœur des organisations soignantes, essentiellement construites sur un modèle biomédical, l'engagement du directeur des soins est décisif pour faire évoluer la culture, la conception des prises en charge, dans une vision de parcours de santé.

Le directeur des soins s'inscrit dans une dimension stratégique institutionnelle dont l'orientation en faveur de la promotion de la santé doit être lisible et se traduire concrètement dans le projet d'établissement et par extension, dans le projet de territoire.

Mots clés :

Directeur des soins – Promotion de la santé – Prévention – Réseau Hôpitaux promoteurs de santé – Hôpital – CPTS – Parcours de santé – Management – Projet de soins – Projet d'établissement – GHT

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.