



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

- 2016 -

**DE LA PREVENTION A LA PROMOTION DE LA SANTE :
LE PAS A FAIRE POUR LES HOPITAUX ET
ETABLISSEMENTS DE SANTE « PROMOTEURS DE
SANTE»**

- Groupe n° 30 -

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| - Christine CAMPIER HALLEY | - Estelle LUCAS |
| - Colin DELANNOY | - Emilie PONCET |
| - Marie DESPREZ | - Mélissa RAMOS |
| - Quentin FRANCIA | - Marion THOURAULT |
| - Anabell GUENON | - Elisabeth VELON |

Animatrices

- Agnès DUCROS***
-Marie-Renée GUEVEL
-Christine FERRON

Sommaire

Remerciements

Liste des sigles utilisés

Introduction 1

I. Malgré l'intérêt de la démarche, de nombreux facteurs freinent le développement d'une politique pérenne de promotion de la santé au sein des établissements de santé 3

A. Si des outils dédiés existent, la démarche de promotion de la santé pâtit d'une diffusion relative au niveau national..... 3

B. Plus globalement cette démarche suppose une coordination à l'échelon territorial et un fonctionnement en réseau, lesquels restent aujourd'hui lacunaires 5

C. À cela s'ajoute une organisation hospitalière peu propice à son déploiement 7

II. Des intérêts multiples au développement de la promotion de la santé en établissements 10

A. Mieux répondre aux besoins de santé de la population 10

B. Permettre l'amélioration de la qualité de vie en encourageant la création d'environnements favorables à la santé 12

C. Renforcer le rôle et la participation des usagers permet d'améliorer la qualité des soins et de créer une dynamique de promotion de la santé 14

III. Des outils à mobiliser pour encourager une démarche pérenne de promotion de la santé dans les établissements. Comment pérenniser les actions..... 16

A. Impulser la démarche à l'échelon national et poursuivre à chaque échelon..... 16

B. Favoriser des outils d'échanges et de partages d'expériences innovantes au service du développement de la promotion de la santé 19

Conclusion 25

Bibliographie..... 27

Liste des annexes.....I

R e m e r c i e m e n t s

Nous souhaiterions, tout d'abord, remercier les responsables du module interprofessionnel de santé publique, Madame Emmanuelle GUEVARA et Monsieur Christophe LE RAT, pour l'organisation de ce projet pédagogique.

Nous tenions également à exprimer notre reconnaissance à nos trois enseignantes référentes, Mesdames Agnès DUCROS, Christine FERRON et Marie-Renée GUEVAL, pour nous avoir accompagnés tout au long de ces trois semaines de recherche, ainsi que pour leurs conseils avisés et leur disponibilité.

Enfin, nous témoignons notre gratitude à l'ensemble des personnes ayant accepté de nous rencontrer et de répondre à nos questions en toute sincérité :

- Mme Marion Albouy-Llaty, MCU-PH épidémiologie-prévention au CHU de Poitiers ;
- Mme Géraldine Barry, Responsable des services administratifs de l'EHPAD « Les Sources » à Saint-Pal-de-Chalencou ;
- M. Alain Cadou, Directeur de la santé publique de l'ARS Grand Est ;
- M. Serge Charpentier et M. Jean-Yves Launay, Président et Président adjoint du CISS de Bretagne ;
- Pr. Franck Chauvin, Directeur du Centre Hygiène de Saint-Etienne, Véronique Régnier, Directrice adjointe ainsi que Dominique Feld, Cadre de santé ;
- M. Éric-Alban Giroux, Directeur de l'Institut de Cancérologie de la Loire ;
- M. Benoît Elleboode, Conseiller médical du directeur général de l'ARS Aquitaine, et Émilie de Saint Pol, Chargée de mission au Pôle prévention et promotion de la santé de l'ARS Aquitaine ;
- Mme Agnès Gerbeau, Directrice adjointe à la direction médico-sociale de l'ARS Grand Est ;
- M. Pascal Jarno, Médecin de santé publique au CHU de Rennes ;
- Mme Lydia Lacour, Responsable de formation des AAH à l'EHESP ;
- M. François Martin, Responsable de l'unité de prévention et d'éducation pour la santé au Centre Hospitalier de Dreux ;
- Mme Agnès Reffet, Directrice adjointe de la communication aux Hôpitaux Universitaires de Genève ;
- M. Jean-Claude Soubra, du CISS Rhône-Alpes ;
- M. Pierrick Tiercin, Référent handicap au CH de Fougères.

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'administration hospitalière
ALD	Affections longue durée
ARS	Agence régionale de santé
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLS	Contrat local de santé
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de services sociaux
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HPST	Hôpitaux, patients, santé, territoire
HSPS	Hôpitaux et structures promoteurs de santé
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
ICL	Institut de cancérologie de la Loire
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut national de la veille sanitaire
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
MCU-PH	Maître de conférence des universités – Praticien hospitalier
MIG	Missions d'intérêt général
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle infantile
PPS	Prévention promotion de la santé
PRC	Pôle régional de compétence en éducation et en promotion de la santé
PU-PH	Professeur des universités – Praticien hospitalier
T2A	Tarifification à l'activité
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires

Introduction

Comme le souligne l'historien Philippe Ariès, dans ses *Essais sur l'histoire de la mort en Occident*, notre époque se caractérise par un véritable refoulement de la mort. La grande majorité des décès a en effet lieu en dehors du domicile, en établissements de santé ou médico-sociaux. Aussi, dans l'esprit collectif, ces lieux sont associés à la maladie et à la gestion de la mort : on s'y rend lorsque l'on est malade ou pour y mourir. Paradoxalement, ils apparaissent ainsi relativement éloignés de la santé.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a pourtant acté la transformation des établissements de soins en établissements de santé. Elle dispose que les établissements doivent participer à des actions de santé publique et en particulier à des actions de prévention et de promotion de la santé. Au cours du XX^{ème} siècle, les succès de la thérapeutique ont en effet progressivement relégué au second plan les actions de prévention, ce qui a conduit à conférer une importance particulière au curatif, au détriment du préventif. Si les établissements de santé se caractérisent toujours par une hégémonie du curatif, la prévention constitue désormais une réalité hospitalière. Force est de constater cependant que si la promotion de la santé n'est pas nouvelle, elle s'est principalement développée hors des murs de l'hôpital. S'il existe un réseau français des hôpitaux promoteurs de santé depuis les années 1990, les établissements ayant mis en place une véritable démarche de promotion de la santé et pouvant ainsi être qualifiés d'hôpitaux promoteurs de santé demeurent marginaux.

La prévention et la promotion de la santé ne doivent pas être confondues car elles revêtent des périmètres différents. La prévention et la promotion de la santé se distinguent tout d'abord par le fait qu'elles poursuivent des finalités divergentes. La prévention vise la diminution de la fréquence d'apparition et de la prévalence des problèmes de santé dans la population. En revanche, la promotion de la santé a « *pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* »¹, la santé étant entendue comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » et non uniquement comme une absence de maladie ou d'infirmité. La prévention repose davantage sur une approche biomédicale : il s'agit de prévenir la maladie. La promotion de la santé se fonde au contraire sur une approche globale et systémique : elle s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé d'un individu et dépasse à la fois les missions et frontières du système de santé. Ainsi, la promotion de la santé se caractérise par sa transversalité et son intersectorialité.

¹Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS 1986
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2016

La Charte d'Ottawa adoptée le 21 novembre 1986 définit cinq axes sur lesquels les interventions en promotion de la santé doivent reposer. Le premier axe consiste en l'élaboration de politiques publiques saines : il s'agit d'opérer des changements organisationnels favorables à la santé et de mobiliser des mesures législatives ou fiscales. Le deuxième axe repose sur la création d'environnements favorables à la santé. Les établissements de santé sont des milieux de vie, tant pour les patients qui y résident que pour les personnels qui y travaillent. A ce titre, ils ont un impact sur la santé des individus. Le troisième axe est le renforcement de l'action communautaire. En d'autres termes, il s'agit d'associer davantage la communauté aux prises de décisions concernant sa santé. Le renforcement de l'action communautaire est à rapprocher du quatrième axe qui vise l'acquisition d'aptitudes individuelles. Ces deux axes sont au fondement du concept de démocratie en santé, qui a à la fois une dimension collective et une dimension individuelle. Enfin, le dernier axe de la promotion de la santé est la réorientation des services de santé : s'il ne s'agit pas pour les hôpitaux de renoncer à leur mission des soins, il est cependant nécessaire qu'ils s'orientent davantage vers la promotion de la santé. Le concept semble large car il concerne des disciplines et des secteurs divers, ce qui complique son déploiement à l'échelle du territoire. Pourtant, des textes internationaux à valeur non contraignante à l'image des chartes de Budapest ou de Vienne, ou la création de réseaux dédiés, à la fois à l'échelle mondiale tel que le Réseau Mère-enfant de la Francophonie ou nationale comme le Réseau des hôpitaux et structures promoteurs de santé (HSPS), ont participé à la diffusion de la démarche, sans pour autant l'ancrer dans les établissements de santé. Les pouvoirs publics français, au premier rang desquels le Ministère de la Santé, se sont également intéressés à la démarche, mais n'ont pas su véritablement impulser son déploiement à travers le territoire. Bien que mentionnée dans la loi Hôpital Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009, la promotion de la santé en France en est à ses balbutiements.

Comment expliquer le développement limité de la promotion de la santé dans les établissements et quels changements sont nécessaires pour inscrire les établissements dans une pratique pérenne ?

Notre rapport identifie les facteurs limitant le développement de la promotion de la santé au sein des établissements (I) ainsi que les intérêts multiples pour les établissements de s'engager dans une démarche de promotion de la santé (II). Enfin, dans une dernière partie, nous étudions les leviers d'actions à disposition des établissements (III). Le présent rapport se veut opérationnel afin de permettre aux établissements de santé et médico-sociaux intéressés par la promotion de santé d'identifier les préalables nécessaires à la réussite de leurs projets ainsi que les outils à mobiliser dans ce cadre.

I. Malgré l'intérêt de la démarche, de nombreux facteurs freinent le développement d'une politique pérenne de promotion de la santé au sein des établissements de santé

« Introduire la notion de promotion de la santé signe la reconnaissance des inégalités sociales et des spécificités culturelles à l'intérieur de l'institution, accompagnée de la volonté d'agir en amont sur les déterminants sociaux de santé »², cette définition de la démarche de promotion de la santé rappelle la pluralité des objectifs qui s'y rattachent, tout en affirmant la complexité de sa mise en œuvre par les pouvoirs publics, pour des motifs à la fois institutionnels, territoriaux et organisationnels.

A. Si des outils dédiés existent, la démarche de promotion de la santé pâtit d'une diffusion relative au niveau national

L'intégration de la démarche à plusieurs textes législatifs combinée à la création d'une agence dédiée n'ont pas suffi à son essor : La démarche de promotion de la santé a été progressivement intégrée à la législation française. Si le chapitre VII de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé la mentionne explicitement, elle ne la conçoit que comme un outil au service de la politique de prévention. Cette loi a posé les fondements d'une politique de prévention, en créant une agence dédiée, l'INPES, mais dont la mission restait essentiellement centrée sur l'éducation et non pas sur une véritable promotion de la santé. La loi du 21 juillet 2009 HPST confie trois missions aux acteurs du système de santé : la prévention, l'éducation et la promotion, et va plus loin que la loi de 2002 en reconnaissant le rôle de l'éducation thérapeutique, laquelle est un aspect de la démarche de promotion de la santé, dans le parcours du patient. Le titre premier de la loi de 2016, intitulé « *Renforcer la prévention et la promotion de la santé* », y fait explicitement référence ; la démarche se voit assignée à divers acteurs, dont les associations. Il faut également noter la création par la loi de l'agence Santé Publique France qui reprend, entre autres, les prérogatives qui échoyaient jusqu'alors à l'INPES, et se voit attribuer pour mission « *La promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé* » laquelle est différenciée de la prévention et de l'éducation à la santé³. Comment impulser une dynamique nationale alors même que les termes de promotion et prévention sont encore bien souvent confondus, faute d'une

2 Françoise Jabot et al., « Des progrès en promotion de la santé en France ? », in Bernard Cherubini, *Agir pour la promotion de la santé*, ERES Editions 2011, p 29 à 50

³ Ordonnance n°2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique

définition claire et d'un référentiel d'actions propre à chaque démarche ? Bien que le Ministère de la Santé se soit saisi de cette thématique, la question du pilotage demeure car les différents textes de loi évoqués, s'ils consacrent et reconnaissent la promotion de la santé, restent flous quant aux moyens à mobiliser par les établissements de santé pour en assurer l'efficacité. Comme le faisait remarquer Didier Tabuteau dans un entretien au *Monde*, la culture de la prévention ne s'est imposée que progressivement malgré son affirmation dans les textes : « *La santé publique est le parent pauvre en France, où la médecine curative reste l'alpha et l'oméga. La prévention n'était pas intégrée par le corps médical. Il a fallu des crises sanitaires, comme celle du sang contaminé en 1995, et l'influence du mouvement associatif, pour inverser un peu la tendance* »⁴

Le déficit de notoriété du référentiel d'évaluation du dispositif a conduit à un renforcement de la confusion entre prévention et promotion de la santé : Dans les différents entretiens que nous avons réalisés, la plupart des professionnels rencontrés mettaient en avant l'absence de glossaire ou de référentiel national comme principal frein au déploiement de la démarche de promotion de la santé. Certains de nos interlocuteurs utilisaient indifféremment les deux termes. Il existe pourtant un référentiel national créé par l'INPES qui ne paraît pas être suffisamment diffusé. Lors de notre entretien avec Lydia Lacour, Attachée d'administration hospitalière principale (AAH), celle-ci nous a expliqué qu'une inscription nationale était nécessaire à l'harmonisation des pratiques et plus globalement à la diffusion de la démarche, en différenciant prévention et promotion et en proposant « *une ligne de conduite* » à suivre. Mais ce constat peut être relativisé par l'existence du réseau Hôpitaux et Structures Promoteurs de Santé (HSPS) lequel vise à la diffusion de bonnes pratiques ainsi que de ressources méthodologiques et documentaires en matière de promotion de la santé, sous l'égide de l'INPES. A ce propos, ressort de nos différents entretiens une connaissance plus que relative de l'existence de ce réseau. En l'absence de crédits clairement orientés vers une politique de promotion, il semble difficile pour les établissements de véritablement « *franchir le pas* » vers cette démarche. Le programme 204 du projet de loi de finances est ainsi consacré à « *la prévention, la sécurité sanitaire et l'offre de soins* », mais ne prévoit pas d'allouer un montant particulier à la promotion de la santé. A titre d'exemple, l'action n°12, centrée autour de l'accès et l'éducation à la santé, insiste sur l'effort de prévention à réaliser en le ciblant vers 3 types de population, les jeunes, la mère et l'enfant et les victimes de traumatismes et violences⁵ .

⁴ http://www.lemonde.fr/sciences/article/2016/05/02/francois-bourdillon-la-sante-avant-tout_4912341_1650684.html#7QC8kGgCLABe675a.99

⁵ PLF 2015, Bleu budgétaire de la mission santé, programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2016

La démarche ayant vocation à toucher un public large, elle suppose la mise en œuvre de politiques interministérielles qui restent aujourd'hui parcellaires : Bien que les établissements de santé constituent le principal vecteur de promotion de la santé, d'autres institutions et en particulier les établissements d'enseignement et pénitentiaires peuvent également y participer. Ainsi, la loi de modernisation de notre système de santé a prévu une modification du Code de l'Éducation pour y inclure des dispositions relatives à la promotion de la santé⁶. Or, il existe peu de politiques interministérielles. On observe cependant un rapprochement entre les ministères autour de la thématique de la promotion de la santé. Toutefois, le principal blocage à une coordination plus intense demeure le financement, comme l'a montré une enquête réalisée par l'INPES en 2011 et coordonnée par Marie-Claire Paty, épidémiologiste à l'InVs⁷. Mais outre la question du financement voire du co-financement, se pose aussi celle de la capacité d'autres acteurs à offrir aux intervenants hospitaliers l'espace nécessaire à la réalisation d'actions de promotion de la santé.

B. Plus globalement cette démarche suppose une coordination à l'échelon territorial et un fonctionnement en réseau, lesquels restent aujourd'hui lacunaires

La promotion de la santé entre dans le champ des prérogatives des Agences Régionales de Santé (ARS) : La loi HPST identifie le niveau régional comme échelon de droit commun pour mettre en œuvre les politiques publiques de santé et piloter leur adaptation sur le territoire⁸. A cet effet, la promotion de la santé dispose de crédits fléchés⁹. Cependant, dans la pratique, des crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR) sont affectés à d'autres actions. La promotion de la santé fait partie du Schéma Régional de Prévention (SRP) et l'interprétation du rôle des ARS dans la prévention est région-dépendante.

La mise en œuvre de ces prérogatives se heurte à des problèmes culturels : La prévention et la promotion de la santé apparaissent comme une « *révolution culturelle* »¹⁰ pour les ARS. Les entretiens que nous avons menés montrent une identification assez faible des problématiques et des enjeux de la promotion de la santé par les décideurs. La promotion de la santé apparaît moins prioritaire que la maîtrise des dépenses de santé, ou la

⁶ « Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1. »

⁷ Marie Claire Paty « *La Santé en action* » n°424, Enquête sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. juin 2013, p 5 à 7

⁸ Article 118 de la loi HPST

⁹ Article L.1434-6 du Code de la Santé Publique

¹⁰ Michel Laforcade, « Agence régionale de santé et prévention : une révolution culturelle ? », in Bernard Cherubini, *Agir pour la promotion de la santé*, ERES « Action santé », 2011, p.213-216

lutte contre la désertification médicale, davantage médiatisées. Elle est ensuite liée au cadrage national de la prévention, qui conduit à une certaine standardisation des SRP. En effet, les SRP sont axés sur le suivi de grands risques nationaux (diabète, maladies sexuellement transmissibles, addictions...) et de grandes populations vulnérables (personnes âgées, femmes enceintes, jeunes, personnes détenues...), au détriment de problématiques plus spécifiques et plus proches des besoins réels du territoire.

Elle se heurte également à des problèmes structurels. Par exemple, le SRP de l'ARS Bretagne¹¹ souligne l'inadaptation d'une approche fondée sur des risques identifiés dans un cadre aussi général que celui de la promotion de la santé. Elle illustre ainsi l'idée selon laquelle la promotion de la santé repose sur « *une organisation transversale au sein de l'ARS* »¹². Cette organisation est encore à trouver. Ayant constaté, dans son SRP, les limites de sa « logique de services »¹³, l'ARS Poitou-Charentes expérimente une structure par projet transversale, pilotée par sa Direction de la Santé Publique. Pour cela, elle a créé un pôle Promotion de la Santé et Prévention des Risques (PSPR), composé de deux entités : l'entité « *politiques publiques de santé* », chargée de la mise en œuvre, et l'entité budget, administration, contractualisation et communication, chargée de la gestion des ressources. Les deux entités fonctionnent en mode projet autour de huit plateformes thématiques. Cette organisation, très récente (février 2014) est en cours d'évaluation.

La promotion de la santé mobilise un nombre important d'acteurs, d'où des difficultés de coordination. L'ARS Bretagne, dans son SRP, fait le constat d'une multiplicité des acteurs impliqués et des financements. Ainsi, on peut identifier cinq grands acteurs : les services de l'Etat « *qui ont des compétences sur la santé des populations* »¹⁴ ; « *les élus et les collectivités locales qui ont de multiples compétences susceptibles d'influencer les déterminants de santé* »¹⁵ ; l'Assurance Maladie et les mutuelles, qui concourent au financement et à la mise en œuvre de politiques de prévention ; les organismes de formation ; les opérateurs de la promotion de la santé. Le foisonnement des acteurs rend difficile leur identification et leur connaissance (rôle, action, modalités de financement). Cela induit des coûts élevés de coordination du fait de la multiplication des mécanismes (colloques, réunions, échanges, appels à projets), des documents (conventions, chartes, schémas directeurs) et des instances (comités, groupes de travail).

¹¹ Consultable sur le site de l'ARS Bretagne
http://ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Concertation_regionale/Projet_regional_sante/PRS_integral_definitif/SRP.pdf

¹² Michel Laforcade op.cit.

¹³ Le SRP de l'ARS Poitou-Charentes est consultable sur son site internet : http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/PRS/Revision_2015/20141215_SRP.pdf

¹⁴ Michel Laforcade, op cit

¹⁵ *Idem*

Les réseaux d'établissements de santé peinent à se structurer et à trouver leur dynamique. Au Canada, où la promotion de la santé est davantage ancrée dans les mœurs, la gouvernance territoriale de la promotion de la santé est assurée par un centre unique, le CISSS ou le CIUSSS¹⁶, qui pilote le réseau territorial de services sociaux (RTS)¹⁷. Ce système apparaît simple et lisible, ce qui explique en partie son succès. Alors qu'en France, plusieurs réseaux coexistent sans se coordonner autrement que par des collaborations ponctuelles : celui des villes-santé, coordonné par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; celui des Instituts régionaux d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), piloté par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), celui des HSPS (voir encadré)... La multiplication des strates nuit à l'identification d'un chef de file et à la structuration du réseau. La pérennisation des démarches souffre d'un manque d'évaluation des bénéfices des actions de promotion et de valorisation institutionnelle de ces démarches.

Encadré : le réseau des hôpitaux et structures promoteurs de santé (HSPS)

Déclinaison française du *Health Promoting Hospitals and Health Services* (HPH, créé par l'OMS en 1999), le réseau HSPS a été créé suite à l'expérimentation européenne de 1993 à 1997, à laquelle a participé l'hôpital Vaugirard de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Le réseau est piloté depuis 2002 par l'INPES. Il s'agit d'un espace de promotion et d'échange de bonnes pratiques : il propose un cadre de référence, une base de données et il organise des événements périodiques (journées, colloques...). Cependant, tandis que le réseau HPH est très dynamique, le réseau HSPS suscite peu de vocations : seuls 13 hôpitaux sont adhérents en 2015. Pourtant, la cotisation est modique (environ 250 euros)¹⁸.

C. À cela s'ajoute une organisation hospitalière peu propice à son déploiement

Une culture hospitalière éloignée d'une démarche de promotion de la santé : L'hôpital est encore aujourd'hui perçu comme un lieu de maladie où la logique curative domine. Selon Rémi Gagnayre, « *l'hôpital reste encore pour la plupart des gens un lieu où il faut se rendre quand on est malade* ». Cette vision dans laquelle l'hôpital est perçu comme un plateau technique est, selon un médecin du Centre Hospitalier (CH) de Dreux, restrictive. La démarche curative est encore aujourd'hui privilégiée selon Serge Charpentier, Président du CISS de Bretagne. Cette conception a tendance à limiter la mise

¹⁶ Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)

¹⁷ Interview de Christine Colin, Directrice de la Promotion de la Santé au CHU Sainte Justine, Vidéo EHESP, Avril 206

¹⁸ INPES Equilibres n°96, septembre 2013

en place d'actions de prévention : « *ce n'est pas dans notre culture franco-française* » affirme-t-il. Une démarche de promotion de la santé est donc d'autant plus éloignée de cette culture¹⁹. Pascal Jarno, médecin en santé publique au CHU de Rennes, questionne justement la place de la santé publique dans la culture médicale. Il estime qu'elle n'est pas suffisamment développée. De même, les agents ne sont pas toujours formés aux démarches de santé publique. Ils peuvent donc émettre certaines « *incompréhensions* »²⁰ et réticences lorsqu'une nouvelle démarche leur est proposée²¹. Le désintérêt du personnel et son manque de compréhension constituent des limites importantes au développement de la démarche de promotion de la santé. C'est ce que souligne Marion Albouy-Llaty, médecin du CHU de Poitiers : « *le premier frein c'est la culture de santé publique des agents* ». La formation des agents est donc ici questionnée : « *pour l'instant, dans la formation des professionnels de santé, l'approche psycho-sociale est sous-traitée* ». De même, François Martin, médecin au CH de Dreux note qu'un travail sur les compétences psycho-sociales est nécessaire pour une démarche de promotion de la santé. La perception de l'hôpital tournée vers le curatif et des agents peu sensibilisés à la santé publique constituent donc des freins majeurs au développement d'une démarche de promotion de la santé dans les établissements.

Le contexte budgétaire des établissements limite les marges de manœuvre des directions générales : Les établissements de santé s'inscrivent désormais dans une logique de performance, depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Cela semble pourtant incompatible avec une démarche de promotion de la santé²². Pascal Jarno regrette que « *le temps passé par les praticiens à l'extérieur [ne soit] pas valorisé financièrement* ». D'abord, comme cela a été vu, il n'y a pas de financements spécifiques dédiés à la promotion de la santé. De plus, les actions de prévention et de promotion de la santé ne sont pas vraiment valorisées²³. Serge Charpentier fait état d'une « *vision très comptable de la santé* ». Dans une démarche de promotion de la santé, il n'y a pas de bénéfices ou de retour sur investissement réalisés rapidement. La logique de court-terme des hôpitaux ne paraît donc pas compatible avec des actions de promotion de la santé qui s'inscrivent dans un temps plus long. M. Cadou, directeur de la santé publique de l'ARS Grand Est explique qu'au vu du contexte budgétaire des établissements, ces derniers ne vont pas privilégier des

¹⁹ Dr François Martin, « Qu'est-ce qu'un hôpital ou une structure promoteur de santé ? », INPES, Actes du séminaire « Devenir hôpital ou structure promoteur de santé : quels avantages ? », novembre 2014.

²⁰ Selon Lydia Lacour, AAH principale

²¹ Anne Moreau, « Des facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales à Bruxelles », *Santé conjugée*, n° 49, juillet 2009

²² INPES, Compte-rendu du colloque « *Promotion de la santé : les liens entre structures de santé et territoires* », Paris 2015

²³ Laurence Bentz, *Compte-rendu du premier séminaire national des hôpitaux et structures promoteurs de santé*, 2015.

« *activités annexes* » sans bénéficiaires directs. De plus, Mme Reffet, directrice adjointe de la communication aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), souligne les difficultés financières rencontrées pour développer les projets. Le contexte budgétaire influence aussi la volonté des directions générales de s'inscrire ou non dans une démarche pérenne de promotion de la santé. L'engagement de la direction « *doit être fort* », selon Lydia Lacour. Marion Albouy-Llaty reconnaît également que le soutien de la direction et de la commission médicale d'établissement (CME) est essentiel et constitue l'un des facteurs de succès de la mise en place d'une démarche de promotion de la santé.

L'absence de prise en compte des usagers et plus largement de l'ensemble de la communauté limite la mise en place d'une démarche de promotion de la santé : Cette démarche suppose de prendre en compte l'ensemble de la communauté et en particulier les usagers. On peut alors parler d'une logique de « *coproduction* »²⁴, impliquant les différents acteurs. De même, Pascal Jarno estime qu'il n'y a pas suffisamment de concertation avec les usagers, alors qu'une démarche inclusive et de « *co-construction* » serait plus opportune : « *il faut associer les usagers beaucoup plus qu'on ne le fait* ». Serge Charpentier affirme : « *on n'a pas cette culture de travailler ensemble* ». Le manque de prise en compte des usagers limite ainsi la cohérence et l'efficacité d'une démarche de promotion de la santé.

Les rigidités structurelles des établissements constituent également un frein au développement de la promotion de la santé : Elles sont notamment liées à la taille de l'établissement. Marion Albouy-Llaty reconnaît que la taille de sa structure est favorable pour porter un projet de promotion de la santé et faire adhérer l'ensemble de ses collègues. La taille critique de l'établissement et le type de structure sont donc des éléments à prendre en compte. De plus, il manque aussi des espaces dédiés aux actions de promotion de la santé dans les établissements. Lydia Lacour explique que son établissement avait choisi de mettre en place un tel espace, et c'est aussi un lieu unique qui est retenu par le CHU de Poitiers avec la Maison de la santé publique. L'organisation en pôles révèle également des rigidités structurelles et constitue un frein à une démarche de promotion de la santé. Cette organisation peut cloisonner les acteurs et limiter ainsi leur coordination²⁵. Or, le manque de communication des agents et des équipes n'est pas favorable à une démarche pérenne de promotion de la santé²⁶. Il faut aussi noter l'absence de désignation d'un référent unique. Par exemple, deux chargées de missions accompagnent les équipes dans les projets de promotion de la santé aux HUG. Plus largement, les associations intervenant à l'hôpital

²⁴ Dr François Martin, *op. cit.*

²⁵ Laurence Bentz, *op. cit.*

²⁶ Anne Moreau, *op. cit.*

participent aussi à des actions de promotion de la santé. Par exemple, les clowns bénévoles de l'association « *Rires Médecins* » interviennent auprès des enfants dans les hôpitaux. Pourtant, selon Anne Moreau : « *Le bénévolat a ses limites et l'exigence de qualité et de pérennité des projets nécessite la reconnaissance professionnelle du statut d'agent de promotion de santé et sa rémunération à plein temps* »²⁷.

Si la promotion de la santé n'est pas nouvelle, elle s'est principalement développée hors des murs de l'hôpital, qui est davantage associé à la maladie qu'à la santé dans l'esprit collectif. On constate une prévalence du curatif sur le préventif et les actions d'éducation de la santé restent marginales. Pourtant, il existe de multiples intérêts au développement de la promotion de la santé en établissements.

II. Des intérêts multiples au développement de la promotion de la santé en établissements

Développer la promotion de la santé au sein des établissements présente plusieurs intérêts : mieux répondre aux besoins de santé en réorientant les services de santé vers davantage de transversalité, permettre l'amélioration de la qualité de vie en encourageant la création d'environnements favorables à la santé et conférer une place nouvelle aux usagers.

A. Mieux répondre aux besoins de santé de la population

Le système d'Assurance maladie français ainsi que les progrès de la médecine et plus généralement l'évolution des conditions de vie ont permis une nette amélioration de l'espérance de vie de la population française. Le vieillissement de la population a entraîné à son tour un changement épidémiologique : les maladies chroniques ont pris le pas sur les maladies infectieuses. En France, en 2010, les maladies non transmissibles constituaient ainsi près de 87% des décès²⁸. Les maladies chroniques se caractérisent par une évolution à long terme et sont souvent associées à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, susceptibles de réduire considérablement la qualité de vie des individus. Les maladies chroniques sont responsables de nombreux décès prématurés ainsi que de la perte d'années de vie en bonne santé. L'espérance de vie en bonne santé ainsi que la mortalité prématurée constituent des sujets sur lesquels le système de santé français doit progresser. En effet, il existe de nombreuses inégalités sociales de santé en la matière : à titre d'exemple, un ouvrier de 35 ans dispose d'une espérance de vie inférieure de cinq ans à celle d'un cadre du même âge et d'une espérance de vie en bonne santé perçue inférieure de

²⁷ *idem*

²⁸ OMS *Noncommunicable Diseases Country Profiles* 2011

neuf ans. Les hommes sans diplômes ont quant à eux 2,5 fois plus de risques de décéder avant 65 ans que les hommes ayant effectué des études supérieures²⁹.

On constate ainsi que l'état de santé des individus ne dépend pas seulement de la biologie mais est lié en partie à leur position dans la hiérarchie sociale : les catégories sociales plus favorisées jouissent globalement d'une meilleure santé que les catégories moins favorisées. En d'autres termes, il existe un gradient social. Parmi les facteurs identifiés comme causes majeures des maladies chroniques en France, on trouve plusieurs facteurs liés au style de vie personnel tels que le tabac, l'alcool, la mauvaise nutrition ou la sédentarité. En outre, les facteurs liés aux conditions de vie et de travail jouent également un rôle essentiel. Or, les risques professionnels concernent davantage les individus issus des catégories sociales les moins favorisées. En effet, ces derniers ont généralement des conditions de travail moins favorables. Au-delà des inégalités d'accès aux soins, il convient donc d'intervenir en amont de la prise en charge de la maladie afin de lutter plus efficacement contre les inégalités sociales de santé. Les établissements doivent identifier les déterminants de santé sur lesquels il est nécessaire qu'ils portent une attention particulière. Cela implique que les établissements prennent en compte les caractéristiques du territoire sur lequel ils sont implantés, de manière à pouvoir s'adapter aux besoins de la population. A l'heure de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), il apparaît d'autant plus important que les établissements de santé adoptent une approche territoriale et élaborent des stratégies spécifiques en fonction du contexte épidémiologique et social local. A titre d'exemple, au CH de Dreux, la précarité sociale du territoire est à l'origine de la création de l'unité de prévention et d'éducation pour la santé dès 1996. Cette structure a pour mission la mise en place d'actions de promotion de la santé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital. En ce qui concerne ces dernières, des interventions en matière de nutrition sont par exemple mises en place au sein des quartiers en partenariat avec différents acteurs (il peut s'agir de crèches ou de collèges mais aussi de maisons de quartier ou d'associations). L'adoption d'une réflexion territoriale se matérialise également par l'implication du CH de Dreux dans la politique de la ville. Les actions mises en place par l'établissement s'inscrivent en effet dans le cadre du contrat local de santé (CLS) de Dreux-Vernouillet conclu avec l'ARS Centre. Au travers de cette démarche, il s'agit de viser un public large et non uniquement les patients du centre hospitalier. Développer la promotion de la santé apparaît ainsi comme un moyen de réponse aux inégalités sociales de santé du territoire.

²⁹ Marguerite Moleux, Françoise Schaetzel, Claire Scotton, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS 2011, p. 10

Comme le soulignait Thanh Le Luong, ancienne directrice générale de l'INPES dans l'éditorial d'un numéro de la revue ADSP consacré à la prévention et la santé publique, « *un élargissement de perspective est (...) devenu indispensable pour relever les défis qui sont devant nous* »³⁰. En d'autres termes, la transition démographique et épidémiologique impose un changement de paradigme. Il est nécessaire d'intégrer la promotion de la santé à l'ensemble des politiques publiques et d'opérer dans le même temps une réorientation des services de santé, c'est-à-dire repenser leur rôle et leurs missions. Il n'est plus possible de penser les interventions des différents professionnels de manière isolée, comme une succession d'actes individuels. Le développement des maladies chroniques renforce le besoin de transversalité et de coordination entre les acteurs assurant la prise en charge des patients. Afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population, il faut lutter contre le cloisonnement de notre système de santé qui constitue la principale difficulté à laquelle les personnes atteintes de maladies chroniques sont confrontées. Il est nécessaire de développer une véritable médecine de parcours. Au-delà des parcours de soins, il convient de s'intéresser également aux parcours de santé ainsi qu'aux parcours de vie des individus. Dans cette perspective, les partenaires de l'hôpital en matière de promotion de la santé ne sont pas uniquement les autres acteurs du système de santé. Selon le Dr François Martin, coordinateur médical du département d'addictologie, de prévention et d'éducation thérapeutique du CH de Dreux, « *les hôpitaux promoteurs de santé travaillent sur l'interstice et la continuité* ».

B. Permettre l'amélioration de la qualité de vie en encourageant la création d'environnements favorables à la santé

Les établissements de santé constituent des milieux de vie. A ce titre, ils ont une influence sur l'état de santé des individus. Tous les publics de l'hôpital sont concernés par une approche globale de promotion de la santé : les patients, leurs proches, mais aussi les membres du personnel et la communauté dans laquelle s'inscrit l'hôpital³¹. Un hôpital promoteur de santé (HPS) met en œuvre des actions d'éducation pour la santé des personnes qui fréquentent la structure ou qui vivent à proximité³². Il permet l'articulation de dispositifs universels et « *ciblés* ».

Concernant les patients, une plus grande attention doit être portée au maintien et à l'amélioration de leur qualité de vie. Cela passe par le développement de l'éducation pour la santé et plus particulièrement de l'éducation thérapeutique (ETP), mais aussi par la mise

³⁰ Thanh Le Luong, « Editorial », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, N° 83, 2013.

³¹ Dr Pierre Buttet. « L'hôpital promoteur de santé. » Spécial Hôpital Expo-INPES. N° 498 - Mai - Juin 2004. p 46-47

³² INPES, Brochure HSPS, *Un réseau pour développer la promotion de la santé en milieu de soins* »

en œuvre d'actions culturelles en lien avec des acteurs associatifs. Il s'agit de garantir l'accessibilité de chacun à la culture et à la citoyenneté. « *De nombreuses associations ont depuis longtemps investi le milieu hospitalier avec le soutien des équipes hospitalières. C'est le cas entre autres du Rire médecin une association qui fait intervenir des clowns professionnels auprès des enfants hospitalisés (...).* »³³ Ce type d'actions permet de développer les compétences psychosociales des individus, ce qui accroît leur autonomie et contribue ainsi à l'amélioration de leur qualité de vie. Une attention particulière doit également être portée à l'architecture : la conception même des bâtiments doit intégrer la promotion de la santé.

Devenir un HPS signifie également s'intéresser à la santé des individus qui y travaillent. La Charte de Budapest de 1992 insiste notamment sur la santé du personnel. Une démarche de promotion de la santé permet d'améliorer la qualité de vie au travail et par voie de conséquence la santé des travailleurs. L'amélioration de la qualité de vie au travail participe de la réduction de l'absentéisme et présente ainsi un intérêt non négligeable pour les établissements. Il apparaît d'autant plus important de développer des actions de promotion de la santé que la fonction publique hospitalière est souvent l'un des principaux employeurs du territoire sur lequel les établissements sont implantés. Il est donc urgent de s'investir pour la promotion de la santé des agents afin de leur permettre de poursuivre leur activité professionnelle dans les meilleures conditions possibles. Des projets internes à l'hôpital peuvent être mis en place sur différentes thématiques: activités physiques et sportives, nutrition, prévention du stress et du tabagisme, etc. A titre d'exemple, le CH de Dreux a mis en place des circuits de randonnée ayant pour départ l'hôpital, de manière à encourager l'activité physique de ses personnels lors de la pause déjeuner. L'approche globale de promotion de la santé est ainsi de s'ouvrir sur la ville et sur la communauté en construisant des démarches participatives, développant des programmes éducatifs pour les patients, leurs proches, le personnel, créer des conditions favorables à l'épanouissement de la santé.

Enfin, la mise en place d'une démarche de promotion de la santé à l'hôpital concerne également les citoyens résidant sur le territoire de l'établissement. En d'autres termes, l'ensemble de la communauté est visée par la promotion de la santé. La mise en œuvre d'actions externes à l'établissement permet d'agir sur la qualité de vie de la communauté. Pour l'ARS Aquitaine, « *il est important d'agir dans les hôpitaux sur la prévention primaire. Agir en amont de la maladie, « en extramuros », peut éviter la prise*

³³ Andréa Limbourg *et al.*, Introduction du dossier : « Promouvoir la santé à l'hôpital », *Santé en action*, n°. 424, 2013, p. 17

*en charge des maladies à long terme (faire des économies) ». Rapprocher la médecine de ville et la médecine hospitalière, soins et prévention, est un objectif encouragé depuis plusieurs années par les politiques publiques avec le déploiement de l'organisation en réseau (ordonnances Juppé du 24 avril 1996). Les réseaux sont devenus les sites de coordination des acteurs en faveur de l'approche territoriale en santé (soutien des pratiques de groupe et des projets locaux de santé, la contribution au financement de maisons de santé pluridisciplinaires, l'appui au développement des techniques de l'information et de la communication)³⁴. Selon des professionnels de l'ARS Aquitaine, d'autres types de structures, non hospitalières, sont concernées par cette démarche de promotion de la santé, par exemple : les établissements thermaux, les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé et les établissements médico-sociaux (prévention de chutes, polymédication, santé buccodentaire), mais aussi les établissements scolaires et les collectivités territoriales. L'ARS Aquitaine utilise d'ailleurs les CLS comme un outil pour mobiliser les établissements dans la démarche de promotion de la santé : « *Ils sont associés aux réflexions de préparation du contrat au même titre que les autres partenaires. C'est une façon de responsabiliser les établissements et leur aider à mieux connaître la population et les partenaires de leur bassin de vie* ». Dans ce cadre, l'ARS Grand Est a récemment autorisé des protocoles de coopération du CHU de Reims avec des équipes de soins externes afin de garantir la continuité du parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques. « *Même si c'est de la prévention, par ce biais on pourrait réussir la promotion de la santé* », selon Agnès Gerbeau, Directrice adjointe du médico-social de l'ARS Grand Est. Plus globalement, adopter une réflexion sur l'impact architectural et environnemental des établissements apparaît intéressant et participe à l'amélioration de la qualité de vie de la communauté.*

C. Renforcer le rôle et la participation des usagers permet d'améliorer la qualité des soins et de créer une dynamique de promotion de la santé

Un des bénéfices recherchés par la promotion de la santé est de renforcer la participation des usagers afin d'améliorer la qualité des soins. Aujourd'hui, comme le souligne le rapport de Claire Compagnon « *Pour l'an II de la démocratie sanitaire* »³⁵, les usagers demandent de plus en plus à être impliqués dans leur prise en charge, que cela soit en tant que citoyen ou en tant que patient dans les établissements de santé. Cette demande d'être placé au centre du système de soins est révélatrice d'un changement de mentalité qui

³⁴ Michel Laforcade, op. cit

³⁵ Claire Compagnon, *Rapport pour l'An II de la Démocratie sanitaire*. Ministère des Affaires sociales et de la santé, Paris, 2014

se traduit par la notion « *d'empowerment* ». Pour le Directeur de la Santé Publique de l'ARS Grand Est, « *Il est essentiel d'accompagner les individus à être en capacité de se prendre en charge et d'adopter des comportements bénéfiques pour leur santé, notamment dans le cadre des programmes d'ETP* ».

Tout d'abord, la promotion de la santé va permettre au patient d'exercer sa citoyenneté en le faisant participer à la construction des politiques publiques. L'« *usager citoyen* »³⁶ est celui qui se reconnaît comme concerné par les politiques de santé. Au-delà de ses intérêts propres ou des intérêts des personnes malades, il souhaite contribuer à l'orientation comme au fonctionnement des dispositifs de santé. Ainsi, pour répondre à ce souhait des usagers, de nombreuses actions de promotion de la santé se développent au sein des établissements. A titre d'illustration, le CISS Rhône-Alpes insiste sur la territorialisation de la promotion de la santé avec la mise en place au niveau sanitaire d'un « *Bus Santé* » porté par « *Drôme Diabète* ». On constate ici la participation actée des principaux CH de la région ainsi que l'implication du secteur médico-social.

De plus, la promotion de la santé va également favoriser l'acquisition par le patient de compétences individuelles lui permettant de gérer au mieux sa maladie. Cela s'effectue également par l'ETP qui est un processus continu de soins et de prise en charge. Il s'agit pour des professionnels de transmettre au patient une partie de leur savoir et de leur savoir-faire. Celle-ci comporte des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins et des comportements liés à la santé.

Ce volet de la promotion de la santé comporte des intérêts sur le plan individuel et collectif. D'une part, sur le plan individuel, il va aider le patient à mieux vivre avec sa maladie, réduire les risques ainsi que la gravité des complications. Il va ainsi permettre au patient d'acquérir et de maintenir des compétences d'auto-soins. Ces compétences s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient. D'autre part, sur le plan collectif, l'éducation thérapeutique du patient permet de réduire les coûts des prises en charge des maladies chroniques puisque ces patients représentent les deux tiers des dépenses d'Assurance maladie. Nous pouvons ici citer l'exemple du CH de Dreux dans lequel existe une unité fonctionnelle transversale dédiée à l'éducation thérapeutique. Un département spécifique a été créé avec des actions de dépistage, des consultations d'éducation thérapeutique avec des personnels dédiés. En outre, dans les HUG, l'ETP est réalisée dans chacun des services.

³⁶ Serge Vallon, « Les quatre visages de l'usager », *Revue vie sociale et traitements* 2002-4 page 20
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2016

L'ETP peut aussi réduire les coûts par la prévention et la promotion de la santé. En créant un cercle vertueux, elle permet une moindre aggravation des pathologies et un moindre recours aux soins. Elle participe à la lutte contre la désertification médicale et à réduire les problèmes d'effectifs des professionnels de santé. L'ETP participe donc à rendre plus légitimes les décisions prises et à favoriser leur acceptabilité. Dès lors, elle permet une amélioration de l'observance ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins. Comme le souligne Rémi Gagnayre³⁷, « *L'accroissement du nombre de patients porteurs d'une affection rend impossible une prise en charge individuelle de tous les instants. Une délégation de compétences est devenue nécessaire* ».

Enfin, les personnes malades peuvent également devenir des relais de promotion de la santé en étant des éducateurs et des promoteurs de la santé pour leur milieu familial ou professionnel. Il s'agit, en d'autres termes, du patient-expert qui connaît l'institution de l'intérieur pour y avoir été comme malade. Ces patients-experts font souvent partie d'associations qui peuvent, comme le précise le président du CISS Bretagne, devenir de véritables relais de promotion de la santé dans les établissements du fait de leur compétence.

III. Des outils à mobiliser pour encourager une démarche pérenne de promotion de la santé dans les établissements. Comment pérenniser les actions

Plusieurs outils peuvent être mobilisés pour inciter les établissements de santé à franchir le pas de la prévention à la promotion de la santé. Ces outils interviennent à différentes échelles. Il appartient au niveau de la politique nationale d'impulser la démarche, de poursuivre par ailleurs les échanges entre les différents acteurs, de façon à identifier des leviers d'actions propres au sein même des établissements.

A. Impulser la démarche à l'échelon national et poursuivre à chaque échelon

L'élaboration de politiques en faveur de la promotion de la santé est nécessaire. En effet, la promotion de la santé va bien au-delà des simples soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

³⁷ Andréa Limbourg, Tim Greacen, Christine Colin (coord.), « Dossier : Promouvoir la santé à l'hôpital », *La santé en action*, n°424, juin 2013, p. 32

L'inscription de la promotion de la santé dans les objectifs nationaux s'avère primordiale pour la réussite d'une démarche pérenne de promotion de la santé. La mise en place d'une impulsion nationale au sein des différents ministères, coordonnée par la Direction Générale de la Santé pourrait développer la promotion de la santé grâce notamment à l'implication de la nouvelle Agence Nationale de la Santé Publique (ANSP). Marisol Touraine a ainsi déclaré que « *la création de Santé Publique France affirme une ambition : celle de mieux connaître, expliquer, préserver, protéger et promouvoir l'état de santé des citoyens* ». L'ANSP dispose de missions élargies, notamment la promotion de la santé et la réduction des risques, le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé. Dans le domaine de la promotion de la santé, cette agence développera une articulation forte avec les ARS et les acteurs de terrain pour identifier les besoins de la population et concevoir des programmes prioritaires. Elle se positionnera en appui des actions déployées localement.

En effet, la politique de promotion de la santé doit associer des approches différentes et complémentaires : mesures législatives, financières et changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé financières et sociales qui favorisent l'équité. Il est nécessaire de favoriser une approche multifactorielle et pluridisciplinaire.

En ce sens, l'administration de l'État de Genève rassemble ces six départements : Direction des finances ; Département de l'instruction publique, de la culture et du sport ; Département de la sécurité et de l'économie ; Département de l'aménagement, du logement et de l'énergie ; Département de l'environnement, des transports et de l'agriculture et le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) dans la révision des politiques cantonales de promotion de la santé. Un comité de pilotage, dont le projet est coordonné par la DEAS, a la charge de mettre en œuvre un processus multisectoriel et participatif impliquant tous les acteurs concernés (politiques, institutionnels, privés, associatifs, communes, etc.).

L'expérience rapportée par le directeur adjoint de la communication des HUG, Mme Reffet, marque d'autant plus la nécessité d'une démarche formalisée qui trouve son effectivité de l'échelon national jusqu'au plus proche des usagers-acteurs. La présence de l'OMS à Genève a fortement participé au développement de la démarche de promotion de la santé. En effet, les HUG sont depuis très longtemps « *centre collaborateur* » de l'OMS dans de nombreuses orientations mondiales de santé publique et notamment dans le développement de programmes de promotion de la santé. Les HUG sont inscrits dans ces

démarches comme partenaires pour certaines et comme pilotes pour d'autres. Pour les HUG, la promotion de la santé suit les stratégies inscrites à quatre niveaux :

- L'OMS définit les orientations internationales³⁸.
- L'office fédéral de la santé publique trouve dans son Programme Santé 2020 un objectif 1.3 de renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies³⁹.
- La loi sur les établissements publics médicaux inscrit la prévention comme l'une des 5 missions de ceux-ci⁴⁰.
- Le Plan Cantonal⁴¹ PPS fait partie de la planification sanitaire cantonale et est inscrit dans la loi genevoise sur la santé. Quatre axes prioritaires sont définis pour la période de 2011-2015 (Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière, Prévenir la consommation problématique d'alcool et l'alcoolodépendance, Prévenir la dépression, Promouvoir la santé des personnes âgées).

Le concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030 est en cours d'écriture. Il fixe les priorités stratégiques, les orientations et les objectifs à atteindre en matière de promotion de la santé pour les 10 à 15 ans à venir ainsi que l'opérationnalisation en un plan cantonal 2017-2020. Les HUG s'inscrivent dans ces différentes orientations avec une déclinaison dans leur plan stratégique d'un volet promotion de la santé. Il pourrait être intéressant de s'inspirer de cette vision à long terme.

Le rôle des ARS est légitime dans cette démarche de promotion de la santé dans les structures sanitaires et médico-sociales. Elles peuvent s'appuyer sur le SRP, comme l'a fait l'ARS Bretagne. C'est à ce titre qu'elle a élaboré, en s'appuyant sur le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé, une brochure répondant à quatre objectifs (présentation des principaux concepts et principes d'intervention en PPS, développer un langage commun, une culture commune, favoriser l'appropriation progressive par tous les acteurs, des pratiques recommandées en PPS et enfin améliorer la qualité des actions). Pour poursuivre la démarche et dans l'objectif de favoriser l'appropriation des concepts, des séminaires départementaux et des ateliers d'écriture de projets ont été organisés avec l'IREPS et le pôle de compétences. D'autres outils sont proposés dans les différentes ARS.

En termes de formation, les professionnels rencontrés s'accordent à dire que la formation des dirigeants des établissements en matière de promotion de la santé nécessite

³⁸ <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/fr/>

³⁹ <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr>

⁴⁰ <http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/accueil.html>

http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/site_internet_pour_prevenir_depression-1054-3734-8980.html

⁴¹ http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k2_05.html

un renforcement. Il faudrait repenser la formation des professionnels de santé, qu'elle soit initiale ou continue, en intégrant d'autres disciplines telles que la sociologie, l'économie, l'ethnologie, l'histoire, l'éthique...

Concernant le financement des démarches de promotion de la santé, il serait nécessaire d'envisager non seulement une politique nationale fixant aux ARS via leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des objectifs de promotion de la santé incluant les budgets alloués, mais aussi un tarif de financement des programmes de promotion de la santé des établissements. Développer les FIR pour ces programmes pourrait participer à leur déploiement. Un financement de nature privée peut également être envisagé. C'est le cas du centre Hygée qui a noué avec les entreprises de la région Rhône-Alpes-Auvergne ainsi qu'avec la Ligue Contre le Cancer des partenariats. Il reçoit à ce titre une bonne part de son financement sous forme de dons.

B. Favoriser des outils d'échanges et de partages d'expériences innovantes au service du développement de la promotion de la santé

Face au constat de la réticence de certains établissements à s'inscrire dans une démarche pérenne de promotion de la santé, le développement des réseaux nationaux et internationaux peut être un moyen d'inciter les établissements à s'investir. Ils permettent d'impulser une dynamique de promotion de la santé en échangeant sur les pratiques innovantes.

Historiquement, un premier réseau a été constitué en 1997 suite à la Charte de Vienne. Consécutivement à l'adhésion d'un établissement taiwanais et québécois, ce réseau a pris une dimension mondiale en 2006. Dénommé *Health Promoting Hospitals* (HPH), ce réseau est aujourd'hui présent dans plus de vingt pays⁴² et constitue un partenaire essentiel de l'OMS. L'intérêt de ce réseau est d'orienter les programmes de recherche, de stimuler la production et le transfert de connaissances. Son étendue permet en outre d'établir des standards relatifs à la promotion de la santé, comme le soulève François Martin. Il constitue une référence pour les établissements de santé au niveau international. En effet, il propose notamment des actions, des outils et des ressources de communication, des formations, des échanges entre les établissements membres, une conférence internationale annuelle⁴³.

⁴² Les Etats qui comprennent le plus grand nombre de membres sont Taïwan, la Suède et le Québec (réseau régional), Actes du séminaire, « Devenir hôpital ou structure de santé promoteur de santé : quels avantages ? », Réseau Français des Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé, novembre 2014, Ministère de la santé, Paris.

⁴³ Actes du séminaire, « Devenir hôpital ou structure de santé promoteur de santé : quels avantages ? », Réseau Français des Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé, novembre 2014, Ministère de la santé, Paris.

Ce réseau mondial se décline en plusieurs réseaux nationaux et régionaux. Ainsi, en France a été créé le réseau HSPS, piloté depuis 2002 par l'INPES. Ce portage institutionnel par l'INPES permet un travail de lobbying au plus près des établissements notamment à travers les ARS. Pour autant, en 2015, le réseau comprend seulement treize membres. Lors des rencontres avec différents acteurs, plusieurs d'entre eux ont évoqué la difficulté qu'avait le réseau à se développer. En effet, François Martin a évoqué le besoin de redonner vie à ce réseau HSPS, qui ces dernières années a été peu actif. Il souligne une interruption de la dynamique à partir de 2007, qu'il interprète comme consécutive à la mise en place de la tarification à l'activité. En 2012, un groupe de coordination nationale a été mis en place pour relancer la démarche. Ce constat semble pouvoir se croiser avec le fait que plusieurs acteurs interviewés ne connaissaient pas ce réseau et ses missions. Pourtant, y adhérer présente des aspects intéressants. En effet, il permet des échanges autour des bonnes pratiques mises en place par les établissements, le bénéfice de ressources documentaires. De plus, l'un des principaux avantages du réseau est qu'il donne de la visibilité à l'établissement et aux professionnels qui s'investissent dans ces projets. Face à ces atouts, il semblerait pertinent de travailler au déploiement de ces réseaux pour inscrire de nouveaux établissements dans cette démarche et contribuer ensuite à la réorientation des services de santé. Par ailleurs, comme le suggère François Martin, il pourrait être souhaitable d'intégrer les normes OMS des HSPS dans la certification de la Haute autorité de santé (HAS), afin que les hôpitaux répondant aux critères puissent obtenir une labellisation.

Toutefois, il est à noter l'expérience vécue par les HUG, pour lesquels après treize ans d'adhésion au label promotion de la santé, il a été décidé de ne plus le suivre. Les arguments qui nous ont été exposés mettaient en avant notamment la teneur de l'engagement qui était exigé, parfois très lourd à porter pour un établissement. Il faut toutefois savoir qu'aujourd'hui peuvent être membre du réseau HSPS des établissements ayant adhéré au réseau international, mais aussi des hôpitaux qui souhaitent s'orienter dans cette démarche et qui sont particulièrement intéressés par le partage d'expériences. L'INPES, dans ses newsletters des HSPS, a consacré un article à la présentation de la semaine de la promotion de la santé organisée par les hôpitaux La Pitié Salpêtrière-Charles Foix⁴⁴, non membres du réseau HSPS en 2015. Cette semaine a permis d'identifier les projets promoteurs de santé réalisés, tout en rencontrant les visiteurs, patients et personnels. Augmenter la visibilité de ces réseaux auprès des établissements permettrait

⁴⁴ Newsletter des HSPS, INPES, n° 4, juillet 2015.

probablement à certains de constater qu'ils ont déjà mis en place des actions de promotion de la santé.

Au-delà des réseaux, d'autres actions peuvent être envisagées afin de sensibiliser l'ensemble des acteurs. L'exemple de la journée de sensibilisation à la promotion de la santé organisée au sein de la région Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes, a été l'occasion d'échanges autour de la thématique, ce qui a permis de sensibiliser les acteurs. Ces initiatives pourraient être une piste permettant d'accroître la diffusion et la connaissance du concept de promotion de la santé auprès de différents acteurs, tels que les médecins, mais également les équipes de direction.

Le partage des expériences innovantes dans le cadre des réseaux permettra notamment aux établissements d'identifier tous les outils de management mobilisables en leur sein, dans le cadre d'une démarche de promotion de la santé.

C. Les outils de management à mobiliser dans les établissements

Le passage de la prévention à la promotion de la santé doit résulter d'une véritable démarche globale. Sur le plan managérial, cela signifie une implication de tous les acteurs de l'établissement, de la direction aux usagers ainsi qu'une inscription de la promotion dans l'ensemble des actions et dans les documents qui guident ces actions (notamment le projet d'établissement). Des « *moyens de coordination* » sont indispensables selon Marion Albouy-Llaty. Les HUG suivent cette logique en organisant une collaboration entre la direction de la communication, la direction des affaires médicales et la direction des soins, pour réaliser leurs actions.

Le rôle de la direction est moteur. Plusieurs personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues (Pr. Franck Chauvin et Lydia Lacour) ont insisté sur la nécessité d'adapter la formation initiale des directeurs pour que soit prise en compte la notion de promotion de la santé dès l'entrée à l'EHESP. De manière plus générale, le Pr. Franck Chauvin appelle de ses vœux l'adoption d'une culture de santé publique par les personnels de direction, qui viendrait tempérer une culture d'après lui trop centrée sur les questions financières et managériales. Lorsque les directeurs se saisissent de la thématique, ils ont la possibilité de mettre en marche une dynamique positive. C'est l'exemple donné par Géraldine Barry, AAH à l'EHPAD de Saint-Pal-de-Chalencon. Elle s'est saisie de la question à l'occasion de la reconstruction de son établissement, « *un évènement qui peut être prétexte au développement de la promotion de la santé au travail* ». Elle a ainsi pu créer un dialogue avec les professionnels de santé de son établissement de 55 agents et, dans une moindre mesure, avec les résidents. Ceci a conduit à l'identification des besoins

de chacun. À la suite des échanges, des rails de transferts ont par exemple été installés dans chaque chambre. Ils permettent de réduire le stress des résidents et ont nettement diminué les accidents du travail et les troubles musculo-squelettiques. Aussi, aucun accident de transfert n'est survenu depuis la reconstruction de l'établissement. Dans la même ligne et dans un établissement bien plus important, le Dr. Albouy-Llaty, insiste sur le rôle qu'a la direction dans la valorisation des actions de promotion et sur l'importance du soutien des directions fonctionnelles.

Bien que le rôle des personnels de direction soit primordial, le passage à la promotion de la santé nécessite une implication du personnel au sens le plus large, ne serait-ce que parce que les agents sont visés par la promotion de la santé. Là aussi, l'EHPAD de Saint-Pal-de-Chalencou et le CHU de Poitiers fournissent deux exemples d'implication des agents à des échelles très différentes. Le premier a, par exemple, mis en place avec une association, des ateliers pour permettre aux agents de reconnaître les éventuels handicaps dont ils souffraient et les prises en charge auxquels ils avaient droit. La santé des agents au travail s'en est trouvée améliorée et cela a permis d'éviter des non-recours aux soins par crainte de se voir stigmatisé. Le CHU de Poitiers a créé des ateliers de sophrologie ou encore d'addictologie pour améliorer la santé au travail. Toutefois, selon le Dr. Albouy-Llaty, au-delà des actions ponctuelles, il serait nécessaire d'opérer un changement de culture afin d'améliorer la santé des professionnels.

Enfin, la promotion de la santé peut aussi être un outil de motivation des professionnels et de rayonnement de l'établissement. Au centre Hygée, la formation à l'ETP des professionnels du service de radiologie de l'Institut de Cancérologie de la Loire (ICL), dont fait partie le centre, leur a permis de se sentir plus largement acteurs de la santé de leurs patients au-delà du geste technique qu'ils sont amenés à réaliser. La désignation de six « infirmiers-pivots » opérant entre le centre Hygée et l'ICL a permis de diffuser la promotion de la santé dans toutes les actions de l'établissement. Au CH de Dreux, cette logique est poussée jusqu'à la création d'un département avec des équipes dédiées à la promotion de la santé.

En ce qui concerne le rayonnement de l'établissement, le directeur de l'ICL, Éric-Alban Giroux, insiste sur l'intérêt qu'a l'inscription de la promotion de la santé comme axe de recherche. En effet, développer des recherches sur cette thématique innovante facilite le recrutement dans le secteur public de professionnels très qualifiés. Dans la même optique, on peut penser que l'identification d'un établissement comme promoteur de santé puisse inciter des professionnels à haut risque d'accidents du travail ou de maladies

professionnelles (aides-soignants, infirmiers, agents de service hospitaliers...) à vouloir le rejoindre.

Tous ces outils favorisent la mise en place d'une démarche de promotion de la santé. Cette dernière paraît particulièrement utile pour créer un climat social positif et motivant. Toutefois elle se heurte à une limite, qui est l'absence de référentiel d'évaluation partagé. Si des tentatives ont pu être faites pour élaborer un tel référentiel⁴⁵, la dimension globale que doit nécessairement prendre toute action en promotion de la santé paraît compliquer toute initiative de ce type.

Le passage d'une démarche de prévention à une réelle promotion de la santé passera par un développement de la communication et de l'information. Il s'agit là d'un élément important. Le manque d'informations et le flou qui règnent autour de cette notion, alors même que la majorité des acteurs s'accorde à dire que les établissements font de la promotion tous les jours, mais sans que ces actions soient affichées et étiquetées en tant que telle, doivent être corrigés.

La communication autour des démarches de promotion de la santé passera en premier lieu par une information en interne *via* des documents dédiés et passe également par une formalisation dans les documents institutionnels comme le projet d'établissement. Elle permettra une meilleure visibilité et une pérennisation d'une telle démarche de promotion de la santé au sein des établissements. Concernant la forme concrète que cette communication interne peut prendre, elles sont multiples : plaquettes d'information dans les locaux et affichage de la notion de « promotion », fléchages des lieux dédiés aux emplacements stratégiques, télévision (exemple des HUG). Elle permet d'étiqueter sur chaque expérimentation ou action la « marque » promotion.

L'information interne des actions de promotion de la santé passe inévitablement par l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux. Ce sont eux qui, en amont ou en aval des soins prodigués, ont un rôle à jouer pour promouvoir les actions de promotion de la santé au sein de leur établissement voire d'autres organismes implantés sur le territoire. Par ailleurs, la mise en place d'un système d'information dédié permet une communication interne. C'est notamment ce qui a été instauré au sein du centre Hygiène de Saint Etienne.

De plus, nous l'avons vu lors de nos entretiens, la communication autour des démarches de promotion de la santé doit se faire auprès des professionnels extérieurs, tout en restant dans le cadre d'un « territoire » afin d'en organiser la territorialisation. L'information des actions de promotion de la santé auprès des professionnels du territoire

⁴⁵ Linda Cambon *et al.* « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE », *Santé Publique*, juin 2014, vol. 26, pp. 783 - 786

permet un déploiement de la communication vers l'extérieur et une multiplication des opportunités de valorisation de ces démarches. L'affichage et la publicité de la notion de promotion permettent une visibilité plus grande notamment pour les usagers et les patients. La communication externe sur la notion de promotion de la santé peut aussi passer par des outils informatiques tels que des sites internet dédiés ou des espaces spécifiques sur les sites internet des organismes et hôpitaux. Par exemple, les HUG mesurent le nombre de vues des différentes vidéos diffusées ayant pour thème la promotion de la santé (60 000 vues pour un programme sur Internet).

Enfin, un autre outil semble favoriser le passage de la prévention à la promotion de la santé : la participation des usagers. En effet, il est possible de retenir des différents entretiens menés, notamment avec le représentant du CISS Rhône-Alpes, « *qu'il faut construire quelque chose de totalement partagé avec les usagers* ». Il faut les impliquer tout au long de la conception de projets avec toujours l'objectif de satisfaction. Cela rejoint les propos de Lydia Lacour, pour qui il faut intégrer les usagers afin que la dynamique perdure, qu'il y ait une valorisation, une information et une cohérence des actions de promotion de la santé. La pratique de l'ETP au centre Hygée passe d'ailleurs par des groupes de discussion et d'informations, intégrant des patients, anciens patients et leurs familles, dans des lieux dédiés à proximité des lieux de soins. Ceci permet grâce aux usagers et aux aidants, le développement d'actions de promotion de la santé construit par et autour de ceux-ci.

Conclusion

Au terme de cette étude, il nous apparaît que la démarche de promotion de la santé ne peut être pensée que de façon globale ; en raison de son caractère pluridisciplinaire elle s'adresse certes à l'ensemble de la communauté hospitalière et des établissements médico-sociaux mais aussi au-delà, sur le territoire. Si une dynamique semble en marche, parvenir à une plus large adhésion des établissements de santé à la démarche suppose un changement de culture afin que la promotion de la santé soit vue comme complémentaire au curatif. Pour atteindre cet objectif, il semble urgent de développer des outils nationaux - guide, référentiel - à destination des établissements et de les faire connaître en les associant à une coordination, sans quoi la promotion de la santé n'apparaîtra que comme un rassemblement d'initiatives hétéroclites, dépendantes de l'implication des différents personnels concernés. Rejoindre le réseau HSPS apparaît comme un premier pas, mais son manque de notoriété en pénalise le développement. Sans une impulsion nationale et un déploiement de budgets afférents, la démarche de promotion de la santé, malgré tout l'intérêt qu'elle présente en termes de bien-être des patients et agents, restera lettre morte.

Instaurer et pérenniser une démarche de promotion de la santé dans les établissements de santé et médico-sociaux suppose un investissement de tous les acteurs concernés : direction, personnels administratifs, médecins, paramédicaux, ainsi que des bénévoles et usagers. Ainsi, c'est faire le pari du long terme, mais également celui de la coordination, à la fois au niveau national par le renforcement des politiques interministérielles ; mais aussi et surtout, à l'échelon local entre ARS, établissements de santé, collectivités territoriales, associations... Nous avons pu constater qu'il existe un certain nombre d'outils et qu'il s'agit maintenant d'assembler les différentes pièces du puzzle. Ceci implique une réorientation de l'organisation des services de santé dans les établissements. Pour ce faire, il faudra décloisonner à la fois au sens propre et au sens figuré, en faisant évoluer les structures, les comportements et les pratiques.

S'impliquer, se coordonner, savoir « sortir des murs de l'hôpital », trouver des modes de financement appropriés, évaluer, ces quelques verbes résument à eux seuls l'ambition que recouvrent la mise en œuvre et la pérennisation d'une démarche de promotion de la santé. Tout le défi, pour nous futurs managers, est donc de réconcilier les enjeux du curatif avec ceux de la promotion de la santé autour d'un triple objectif de diffusion, d'intégration et de pérennisation.

Bibliographie

TEXTES FONDATEURS :

- Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève OMS, 1986
- Organisation mondiale de la santé, *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*, Budapest, 1991
- Organisation mondiale de la santé, *Déclaration de Vienne*, Vienne, 1997
- Organisation mondiale de la santé, *Standards for Health Promotion in Hospitals*, Copenhague, 2004

TEXTES DE LOIS :

- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique
- PLF 2015, Bleu budgétaire de la mission santé, programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

OUVRAGES:

- Bernard Cherubini (dir.), *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?*, ERES Éditions, Toulouse, 2011
- Didier Tabuteau, Aquilino Morelle, *La santé publique, Que sais-je?*, Paris, 2015.
- Pierre-Yves Traynard, Rémi Gagnayre *et al*, *Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire*, Editions Maloine, Paris, 2013

ARTICLES DE REVUE:

- Robert Bilterys, Nicole Dedobbeler, « Implantation d'un milieu de travail promoteur de santé: compatibilité avec les pratiques organisationnelles d'un Centre Hospitalier Universitaire », *Santé Publique*, 2016/1, volume 18, p. 49-59

- Yann Bourgueil, « L'hôpital et la promotion de la santé: un projet paradoxal?», *Revue Hospitalière de France*, 2003, n°492, p. 17-22
- Jean-Pierre Boutinet, « Enjeux et perspectives autour de l'éducation thérapeutique du patient », *Savoirs*, 2013/3, n° 33, p. 83-94
- Pierre-Yves Bureau, Jean-Bernard Castet, « Promotion de la santé: nouveaux services, nouveaux partenariats, nouveaux enjeux », *Revue Hospitalière de France*, 2009, n°529 p. 57-59
- Pierre Buttet (coord.), «La promotion de la santé à l'hôpital», *La santé de l'homme*, Juillet-Août 2002, n° 360, INPES, p. 16-44.
- Pierre Buttet, «Promotion de la santé: les patients d'abord?», *Revue hospitalière de France*, 2003, n°492, p. 23-25
- Pierre Buttet, « L'hôpital promoteur de santé », *Revue hospitalière de France*, mai-juin 2004, n°498, p. 46-48
- Linda Cambon *et al.*, « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé: ASTAIRE », *Santé publique*, 2014/6, volume 26, p783-786
- Didier Chatot-Henry *et al.*, « 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*, 2014/4, volume 26, p453-467
- Bernard Cherubini, « Introduction. Des évolutions attendues en promotion de la santé », in Bernard Cherubini, *Agir pour la promotion de la santé*, ERES Editions, 2011, pp. 9-28
- Annick Deveau, Bertrand Garros, Karl Krajik , François Martin, Bernard Gouget, Jean-Louis Grenier *et al.*, « Promouvoir la santé à l'hôpital. Hôpital expo-IntermédiCa: Forum de l'hôpital public », Assises du secteur social et médico-social, Paris, *Revue Hospitalière de France*, 2002, n°485
- Rémi Gagnayre, « L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2003, n° 43.
- Bernard Goudet, « La professionnalisation en promotion de la santé et développement social », in Bernard Cherubini, *Agir pour la promotion de la santé*, ERES Editions, 2011, p. 193-211
- Béatrice Grenier *et al.*, « Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles », *Santé Publique*, 2007, volume 19, p. 283-292
- Ellen Imbernon, Marcel Goldberg, « Connaître les liens entre santé et travail », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 2006, n°57, p. 18-20

- Françoise Jabot *et al.*, « Des progrès en promotion de la santé en France? » in Bernard Cherubini, *Agir pour la promotion de la santé*, ERES Editions, 2011, p. 29-50
- Jürgen Pelikan, « Health Promoting Hospitals- Assessing Developments in the Network », *Italian Journal of Public Health*, 2004, volume 4, p. 261-270.
- Michel Laforcade, « Agence régionale de santé et prévention: une révision culturelle? », in Bernard Cherubini, *Agir pour la promotion de la santé*, ERES Action Santé, 2011, p. 213-216
- Thanh Le Luong, « Editorial », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 83, 2013
- Anne Moreau, « Des facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales à Bruxelles », *Santé conjugulée*, n° 49, juillet 2009
- Emmanuel Ricard, Daniel Oberlé, « Faire prendre en compte la promotion de la santé par les ARS », *Santé Publique*, 2009/2, volume 21, p.127-128
- Martine Servat *et al.*, « La promotion de la santé a-t-elle sa place dans la stratégie d'un centre hospitalier universitaire ? », in Bernard Cherubini, *Agir pour la promotion de la santé*, ERES Editions, 2011, p171-182
- Serge Vallon, « Les quatre visages de l'usager », *Revue vie sociale et traitements*, 2002-4 p. 20
- «Dossier : La promotion de la santé à l'hôpital », *La santé de l'homme*, n°360, juillet-août 2002, pp. 15-44
- Andréa Limbourg, Tim Greacen, Christine Colin (coord.), « Dossier : Promouvoir la santé à l'hôpital », *La santé en action*, n° 424, juin 2013.

ACTES DE COLLOQUES ET DE SEMINAIRES:

- Actes du séminaire, *Devenir hôpital ou structure de santé promoteur de santé: quels avantages?* , Réseau Français des hôpitaux et structures de santé Promoteurs de santé, Ministère de la Santé, Paris, 13 novembre 2014
- Actes du séminaire, *Promotion de la santé: les liens entre structures de santé et territoires*, Réseau des hôpitaux et structures de santé Promoteurs de santé, Paris, 26 novembre 2015
- Laurence Bentz, *Compte-rendu du premier séminaire national des hôpitaux et structures promoteurs de santé*, 2015 (Version longue de l'article intitulé "Echos du premier séminaire national des hôpitaux et structures promoteurs de santé", *Santé Education*, 2015)
- INPES, *Compte-rendu du colloque « Promotion de la santé : les liens entre structures de santé et territoires »*, Paris, 2015.

- Journées de la Prévention de l'INPES, Le réseau français des hôpitaux promoteurs de santé, 6 juin 2013
- *Promouvoir la santé à l'hôpital*, Colloque de la FHF organisé en partenariat avec le Comité français d'éducation pour la santé, Revue Hospitalière de France, 2002, n°485, pp. 54-57

RAPPORTS ET ETUDES:

- Peter Anderson, David Black, Elisabeth Breeze *et al.*, *L'efficacité de la promotion de la santé. Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe. Partie 2: données probantes*, Ministère de la santé et des solidarités, Paris, 2000
- Claire Compagnon, *Rapport Pour l'An II de la Démocratie sanitaire*, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, 2014.
- Dominique Doumont, Carole Feulien, « En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention », UCL-RESO, Unité d'éducation pour la santé, 2010
- Bruno Foucard, François Clerget, Hafid Boulahtouf, *Etude régionale sur la promotion de la santé en établissements sociaux et médico-sociaux relevant du secteur du handicap*, Centre Régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité Languedoc-Roussillon, 2014
- EHESP, Module interprofessionnel, *Rééquilibrage de la politique de santé entre prévention et soins: une réalité hospitalière?*, 2015
- Marguerite Moleux, Françoise Schaezel, Claire Scotton, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS, 2011.

GUIDES ET BROCHURES:

- ARS Bretagne, *Prévention et promotion de la santé: de quoi parle-t-on?*, 2013
- ARS Rhône Alpes. *Plaquette d'information « Conseiller médical en environnement*», 2014
- INPES, *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations*, 2009
- INPES, Brochure HSPS, *Un réseau pour développer la promotion de la santé en milieu de soins*
- *Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans le réseau de la santé et des services sociaux*, Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011

- Lise Renaud, Ginette Lafontaine, *Guide pratique: intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*, Edition Partage, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, Montréal, Canada, 2011
- Oliver Groene (dir.), *Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux, Manuel d'autoévaluation et formulaires*, OMS, Bureau régional de l'Europe, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007
- OMS, *Glossaire de la promotion de la santé*, 1999.

SITES INTERNET:

- Réseau international Health Promoting Hospitals : www.hphnet.org, dernière consultation le 20 mai 2016
- Schéma régional de prévention, ARS Bretagne : www.ars.bretagne.sante.fr/, dernière consultation le 19 mai 2016
- Schéma régional de prévention, ARS Poitou-Charentes : www.ars.poitou-charentes.sante.fr/, dernière consultation le 18 mai 2016
- INPES, réseau français Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé : www.inpes.santepubliquefrance.fr, dernière consultation le 15 mai 2016
- OMS : Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé: www.who.int/dietphysicalactivity/goals/fr/ , dernière consultation le 17 mai 2016
- Confédération Suisse, Office national de santé publique : Une stratégie globale en facteur du système de santé www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr, dernière consultation le 20 mai 2016
- République et canton de Genève, Promotion de la santé et prévention. <http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/accueil.html>;
http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/site_internet_pour_prevenir_depression-1054-3734-8980.html, dernière consultation le 18 mai 2016
- Site officiel de l'Etat de Genève, Loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980, http://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k2_05.html, dernière consultation le 19 mai 2016

SUPPORT VIDEO:

- Interview de Christine Colin, Directrice du Centre de promotion de la santé du Centre Hospitalier Universitaire Sainte Justine de Montréal, Vidéo EHESP, Avril 2016

Liste des annexes

- Annexe 1 :** Liste des entretiens réalisés
- Annexe 2 :** Grille d'entretien administré aux interlocuteurs issus d'établissements sanitaires et médico-sociaux
- Annexe 3 :** Grille d'entretien administré aux interlocuteurs issus d'ARS
- Annexe 4 :** Grille d'entretien administré aux interlocuteurs issus des CISS
- Annexe 5 :** Tableau d'analyse synthétique des entretiens administrés aux interlocuteurs issus d'établissements sanitaires et médico-sociaux
- Annexe 6 :** Tableau d'analyse synthétique des entretiens administrés aux interlocuteurs issus d'ARS
- Annexe 7 :** Tableau d'analyse synthétique des entretiens administrés aux interlocuteurs issus des CISS

ANNEXE 1 : Liste des entretiens réalisés

	Date	Structure	Interlocuteur
1	Mercredi 4 mai 2016	CHU Pontchaillou-Rennes	Pascal Jarno - Médecin de santé publique – Membre du GCS "Coordination pour l'amélioration des pratiques professionnelles en santé en Bretagne"
2	Lundi 9 Mai 2016	Centre Hospitalier de Fougères - Fougères	Pierrick Tiercin - Référent Handicap / RSSI
3	Lundi 9 Mai 2016	EHESP	Lydia Lacour - Responsable de formation - filière AAH
4	Lundi 9 Mai 2016	ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	Docteur Benoit ELLEBOODE - Direction générale - Conseiller médical du Directeur général et Emilie de SAINT POL - Chargée de mission au Pôle Prévention et Promotion de la Santé
5	Lundi 9 Mai 2016	ARS Grand Est	Agnès GERBAU - <u>Directrice adjointe médico-social</u> -
6	Mardi 10 Mai 2016	ARS Grand Est	Alain CADOU - Directeur de la santé publique ARS Grand Est
7	Mercredi 11 Mai 2016	CISS Bretagne- Rennes	Serge Charpentier et M. Launay - Président et Président adjoint du CISS de Bretagne
8	Mercredi 11 Mai 2016	Centre Hospitalier de Dreux - Dreux	François Martin - Coordonnateur médical Département Addictologie, Prévention, Education thérapeutique + Unité Transversale d'Education Thérapeutique
9	Jeudi 12 Mai 2016	CISS Rhone alpes - LYON	Jean- Claude SOUBRA - Membre du CISS Rhône Alpes- Cadre Supérieur de santé
10	Vendredi 13 Mai 2016	Hôpitaux universitaires de GENEVE- Genève	Agnès REFFET - Direction adjointe secteur médico-social
11	Vendredi 13 Mai 2016	CHU Poitiers	Marion Albouy-Llaty - MCU-PH épidémiologie-prévention, Université de Poitiers
12	Vendredi 13 Mai 2016	EHPAD Les Sources à Saint Pal en Chalençon	Géraldine Barry - Responsable des services administratifs de l'EHPAD
13	Vendredi 13 Mai 2016	Directeur Centre Hygée-Saint-Priest-en-Jarez	Professeur Franck Chauvin – Directeur, Véronique Régnier – Directrice Adjointe, Dominique Feld – Cadre de santé, Eric-Alban Giroux – Directeur ICL

ANNEXE 2 : Grille d'entretien administré aux interlocuteurs issus d'établissements sanitaires et médico-sociaux

Identification du participant

Pourriez-vous nous expliquer vos fonctions actuelles ? Votre parcours ?

Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à la promotion de la santé (études, parcours professionnel) ?

Comment avez-vous eu connaissance de la promotion de la santé (documents, établissements, Charte d'Ottawa...) ?

Pour vous c'est quoi la « promotion de la santé » ?

Implication de l'établissement dans la promotion de la santé

Quelles sont les actions pour la santé qui sont réalisées dans votre établissement (1 ou 2 exemples concrets) ?

Diriez-vous qu'il s'agit de prévention ou de promotion ?

Quelles différences faites-vous entre les deux ?

Est-ce que vous pourriez nous expliquer la chronologie que vous avez suivie pour réaliser ces actions (depuis quand...) ?

Quels sont les objectifs que vous avez définis dans votre établissement ? Et à quel niveau (dans le projet d'établissement...) ?

Si dans projet d'établissement : comment vous l'avez inscrit, dans quel axe ?

Quels sont les publics visés par vos actions ? Comment avez-vous développé vos actions : quelles sont les ressources dont vous avez bénéficié (financier, humain, recherche, locaux...) ?

Est-ce qu'il y a des financements extérieurs (CPAM, ARS, mécènes, associations...) ?

Y-a-t-il un ou plusieurs référents désignés dans votre établissement ? Quelles sont les compétences requises (formation) ?

Avez-vous des partenariats extérieurs (en dehors de l'hôpital, soutiens opérationnels) ?

Est-ce que cette démarche est portée par la direction générale de l'établissement ?

Comment s'organise la coordination de ces différents acteurs ? Quel bilan faites-vous des actions menées ?

Comptez-vous les reconduire / les améliorer ?

Avez-vous une idée de la satisfaction des usagers et du personnel concernant ces actions ?

Selon vous quels sont les facteurs clés de succès de ces actions ? Quels sont les difficultés rencontrées ?

Le réseau des promoteurs de santé

Selon vous votre établissement a-t-il intérêt à intégrer le réseau HPS ? Pourquoi avoir intégré le réseau HPS ?

Relance : précisez les motivations.

Relance : précisez les freins. Si vous avez intégré le réseau HPS, quels bénéfices avez-vous identifiés ?

Quelles sont les contraintes identifiées dans ce réseau HPS ?

Pas à franchir

Selon vous, que faut-il faire pour passer de la prévention à la promotion ? Comment peut-on améliorer le dispositif au niveau national et au niveau de votre établissement ?

Quelles actions concrètes souhaiteriez-vous mettre en place pour approfondir la démarche ? Que manque-t-il selon vous pour que les établissements passent à une véritable démarche de promotion de la santé ?

ANNEXE 3 : Grille d'entretien administré aux interlocuteurs issus d'ARS

Introduction : parcours, missions...

Pourriez-vous nous expliquer vos fonctions actuelles ? Votre parcours ?

Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à la promotion de la santé (études, parcours professionnel) ?

Connaissez-vous le réseau HSPS ? Que recouvre selon vous la promotion de la santé ?

Quelle est l'importance des projets relatifs à la promotion de la santé ?

Est-ce une priorité selon vous ?

État des lieux

Place de la prévention dans les établissements

Nombre et % d'établissement effectuant de la prévention

Type de documents ou figure la notion de prévention

Place de la promotion dans les établissements publics

Nombre et % d'établissement effectuant de la promotion

Type de documents ou figure la notion de promotion

Moyens

Projets financés par l'ARS

Porteurs de projet

Programmes concernés

Montants, y-a-t-il un budget spécifique pour les hôpitaux pour développer cette démarche ?

Pour la formation des professionnels ? Et pour la recherche ?

Co-financeurs ?

Évaluation

Projets suivis par l'ARS

Quelle évaluation ?

Quel type de suivi (quantitatif, qualitatif) ?

Y-a-t-il un lien avec la certification des établissements ? Quelle est l'importance des projets relatifs à la promotion de la santé ?

Est-ce une priorité selon vous ?

ANNEXE 4 : Grille d'entretien administré aux interlocuteurs issus des CISS

Identification du participant et éléments de définition

Quelles sont vos fonctions ? Quel est votre parcours ?

Pourquoi vous impliquez-vous au sein du CISS ?

Comment définissez-vous la promotion de la santé ? Êtes-vous sensibilisé à la notion de la promotion de la santé ?

Quelle différence faites-vous entre prévention et promotion de la santé ?

Quels sont les intérêts pour les usagers du développement de la promotion de la santé ?

Implication des associations dans la promotion de la santé

Votre association est-elle impliquée dans la promotion de la santé ?

Pouvez-vous nous donner des exemples d'actions concrètes ? Quels sont les objectifs et publics visés par ces actions ?

Le public visé par ces actions vous semble-t-il réceptif à la promotion de la santé ?

Avez-vous des relations avec les HSPS ? Si oui, lesquelles ?

Outils/actions/leviers à développer dans les établissements selon les usagers ?

Selon vous, pour quelles raisons la promotion de la santé peine-t-elle à se développer en France ?

Les actions menées ont-elles fait l'objet d'une évaluation ?

Comment selon vous les établissements de santé peuvent-ils s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé ?

Auriez-vous des idées de pistes d'amélioration pour permettre aux établissements de développer des actions dans le champ de la promotion de la santé ?

ANNEXE 5 : Tableau d'analyse synthétique des entretiens administrés aux interlocuteurs issus d'établissements sanitaires et médico-sociaux

	CHU de Poitiers	CHU Rennes	CH Dreux	CH Fougères
Les freins à la démarche de promotion de la santé	<p>Le manque de culture de santé publique des agents</p> <p>Les moyens de coordination</p> <p>Le financement peut devenir un frein</p>	<p>Des freins financiers (manque de budget dédié et une culture financière de performance incompatible avec une démarche de promotion de la santé)</p> <p>Une culture hospitalière éloignée de la santé publique</p>	<p>Remise en cause sans cesse des actions de promotion de la santé, face aux actes techniques</p>	<p>Manque de financement des actions de promotion de la santé</p> <p>Absence de support de communication pour comprendre le concept de promotion de la santé</p> <p>Manque d'impulsion nationale</p> <p>La mise en place de la promotion de la santé est très personne dépendante</p>
Intérêt de la démarche promotion de la santé	<p>Améliorer la santé des professionnels : préserver le bien-être au travail des professionnels</p> <p>Avoir une approche globale de la santé</p>	<p>Santé globale</p> <p>Publicité et image positive de l'établissement</p> <p>Approche parcours (patient traceur)</p>	<p>Concevoir la santé comme une ressource de la personne</p> <p>Renouer avec la personne, la santé globale et l'extérieur</p>	<p>Se préoccuper de la santé des professionnels pour garantir une prise en charge de qualité des usagers</p>
Préconisation pour une démarche pérenne de promotion de la santé	<p>Besoin d'un soutien institutionnel (Direction et CME)</p> <p>Améliorer la formation des acteurs en santé publique et en approche psycho-sociale</p>	<p>Importance d'une démarche inclusive, notion de coconstruction</p> <p>Formation des professionnels, usagers</p>	<p>Promouvoir la santé auprès du personnel des établissements</p> <p>Renforcer le financement pour encourager la démarche</p> <p>Développer l'évaluation des programmes</p>	<p>Sensibiliser les professionnels sur la qualité de vie au travail</p> <p>Implication nécessaire de l'ensemble de la direction</p> <p>Formaliser la démarche de promotion de la santé</p>

	Attaché principal CH X	HUG de Genève	EHPAD de Saint Pal de Chaleçon	Centre Hygée
Les freins à la démarche de promotion de la santé	Difficulté à mettre en place une action de promotion de la santé, la suivre et l'évaluer Incompréhension de la démarche pour certains professionnels	Peu de freins identifiés en Suisse à ce jour Dans l'avenir, le financement et les questions des ressources humaines pourront être un frein	Difficulté à trouver des financements Difficulté à construire des partenariats dans le territoire, réseau non structuré Pas d'interlocuteur référent sur le territoire	Manque de vision de territoire de santé publique Nécessité d'une implication médico-administrative
Intérêt de la démarche promotion de la santé	Envisager le patient comme une personne dans un environnement complet	Prise en charge globale des patients (réduction des coûts de prise en charge curative) Implication des citoyens pour avoir une meilleure santé	Développement de la santé au travail (réduction des accidents du travail) Amélioration de la productivité au travail des professionnels	Incitation à la participation des usagers à une démarche de promotion de la santé (ETP) Information du patient dans le cadre de l'éducation thérapeutique, et des usagers dans le cadre de la plateforme interactive Hygée Lab
Préconisation pour une démarche pérenne de promotion de la santé	Formation des personnels Formaliser les actions de promotion de la santé déjà effectué Diffuser un glossaire définissant les termes, actions relatives à la promotion de la santé Formaliser la promotion de la santé dans les schémas de prévention	Bien définir les termes de promotion de la santé auprès des citoyens, professionnels Mobiliser les partenariats, forte implication des acteurs dans la structure Importance de la gouvernance confédérale Collaboration régulière avec l'OMS Utiliser les outils de communication dans la démarche de promotion de la santé	Impliquer le personnel dans la conception de la démarche de promotion de la santé Profiter d'un projet de restructuration ou reconstruction pour intégrer la promotion de la santé dans la structure dès le départ	Etendre le rayon d'action de l'établissement Agir sur les outils de communication Valoriser des actions mises en place dans ce centre Valoriser le travail des professionnels Mettre en place des lieux dédiés et identifiés à la promotion de la santé dans les établissements

ANNEXE 6 : Tableau d'analyse synthétique des entretiens administrés aux interlocuteurs issus d'ARS

	ARS Grand Est	ARS Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes
Les freins à la démarche de promotion de la santé	<p>Les difficultés financières des établissements.</p> <p>Les politiques nationales de financements sont fléchées pour la prise en charge hospitalière et non pour la prévention.</p> <p>Manque de culture hospitalière sur la promotion de la santé.</p> <p>La promotion de la santé dans les établissements est dépendante de la motivation des équipes.</p> <p>Les coopérations établissements - médecins de ville restent difficiles.</p>	<p>Les établissements n'ont pas le sentiment que cette démarche fait partie de leurs missions premières.</p> <p>Le personnel n'est pas suffisamment formé à la prévention primaire (promotion de la santé).</p> <p>Mauvaise connaissance des établissements de la population présents sur leur territoire.</p>
Intérêt de la démarche de promotion de la santé	<p>Il peut y avoir un intérêt particulier pour le patient en moyen et long séjour, car cette notion peut permettre le prolongement des soins en dehors de l'établissement.</p> <p>Être en capacité d'avoir un bon niveau de santé même lorsqu'on est malade (éducation thérapeutique du patient).</p> <p>Actions globales et gestion des risques.</p>	<p>Agir en amont de la maladie en extra-muros peut éviter la prise en charge des maladies à long terme</p>
Préconisation pour une démarche pérenne de promotion de la santé	<p>Le niveau national devrait prévoir un financement par objectif de prévention dans les hôpitaux (exemple de rémunération des médecins libéraux).</p> <p>Chercher d'autres modes de financements (par exemple les régimes d'assurance maladie)</p>	<p>Soutien politique du DG ARS</p> <p>Intégrer les réseaux des hôpitaux promoteurs de santé</p> <p>Former (en formation continue et initiale) les professionnels à la prévention primaire extra muros.</p> <p>Développer la recherche internationale.</p> <p>Faire du <i>benchmark</i> avec les établissements déjà engagés</p> <p>Valoriser ce qui existe déjà.</p>

Annexe 7 : Tableau d'analyse synthétique des entretiens administrés aux interlocuteurs issus des CISS

	CISS Rhône Alpes	CISS Bretagne
Les freins à la démarche de promotion de la santé	<p>Les établissements sont centrés sur le curatif.</p> <p>Des professionnels peu voire pas formés à la promotion de la santé.</p> <p>Manque de suivi des usagers en amont et en aval de la structure hospitalière</p>	<p>La culture hospitalière est axée sur le curatif : crainte de l'hospitalo-centrisme</p> <p>Le mode de financement de l'activité hospitalière est inadapté</p> <p>Manque de connaissance de la thématique promotion de la santé par les usagers</p>
Intérêt de la démarche promotion de la santé	<p>L'approche des structures sanitaires est centrée essentiellement sur le soin et relativement peu sur la santé (prise en charge globale limitée ex : environnement).</p> <p>Exemple d'une réponse aux déserts médicaux : Bus santé</p>	<p>Mettre en place des actions de prévention larges et à destination d'un public jeune</p>
Préconisation pour une démarche pérenne de promotion de la santé	<p>Besoin de formaliser les démarches de promotion de la santé en établissement</p> <p>Impliquer les usagers dès le début des démarches de promotion de la santé quel que soit le pilote.</p> <p>Nécessité d'une territorialisation des démarches de promotion de la santé</p>	<p>Coordonner entre les différents acteurs</p> <p>S'ouvrir vers l'extérieur en associant tous les acteurs notamment les usagers</p>

De la prévention à la promotion de la santé : le pas à faire pour les hôpitaux et établissements de santé « promoteurs de santé »

Christine CAMPIER HALLEY (EDH), Colin DELANNOY (ED3S), Marie DESPREZ (ED3S), Quentin FRANCIA (EAAH), Anabell GUENON (IASS), Estelle LUCAS (EDH), Emilie PONCET (ED3S), Mélissa RAMOS (EDH), Marion THOURAULT (EAAH), Elisabeth VELON (EDS).

Résumé :

Promouvoir la santé à l'hôpital : une hérésie ? Alors que le curatif prédomine encore dans le système de santé actuel, la promotion de la santé peine à se développer dans les structures hospitalières, alors même qu'elle pourrait utilement le compléter. Un rééquilibrage en faveur de la promotion de la santé apparaît nécessaire.

La promotion de la santé va au-delà de la prévention, en ce qu'elle implique une approche globale, fondée sur l'ensemble des déterminants de santé. Les professionnels doivent travailler en intersectorialité et associer les usagers de l'hôpital ainsi que les citoyens du territoire aux projets qu'ils mettent en œuvre. Il s'agit de permettre à chacun d'être un acteur de sa propre santé et d'ouvrir l'établissement sur son territoire.

Tant le contexte financier contraint que le cloisonnement du système de santé et la culture hospitalière n'encouragent pas les établissements à s'inscrire dans cette démarche. Les intérêts de la promotion de la santé pour les établissements sont cependant nombreux, comme le suggèrent les initiatives menées par certaines structures, tant en France qu'à l'étranger.

Convertir les établissements à ces démarches de promotion de la santé implique un engagement de tous qui découle d'un plus fort pilotage à l'échelon national, d'une formalisation des démarches et d'un financement adapté.

Mots clés : *promotion de la santé, prévention, réseau, Hôpitaux Promoteurs de Santé, participation, usagers, personnels, actions communautaires, qualité de vie, qualité de vie au travail, qualité des soins, éducation thérapeutique, intersectorialité, empowerment, communication, information, transversalité, parcours.*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs