



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2004 –

**La promotion de la santé.
Quel rôle pour les établissements ?**

– Groupe n° 4 –

- **ALBAGNAC Karine**
- **BERETERBIDE France**
- **CHRISTOPHE Audrey**
- **DELALONDE Julie**
- **LANCREROT Catherine**
- **JEAN Dominique**
- **LAPORTE Agathe**
- **PETIT Laurence**
- **SABRAZAT Lucile**
- **THIEULE Jean-Claude**

Animateur/trice(s)

- **HERITAGE Zoé**

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE CONTEXTE DE LA PROMOTION DE LA SANTE	2
1.1 Le contexte historique et international.....	2
1.2 Le contexte national au plan juridique	3
1.3 Les cadres de référence de la promotion de la santé	5
2 LA PROMOTION DE LA SANTE : AMBITIONS, CONQUETES ET RESISTANCES	10
2.1 Une idée universaliste dont l'appropriation n'est pas aisée	10
2.2 L'utilisateur au cœur de la promotion de la santé : un long chemin reste à parcourir	13
2.3 Les obstacles techniques à la promotion de la santé dans les établissements.....	17
3 LES SUGGESTIONS POUR INSCRIRE LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT	22
3.1 La promotion de la santé : le rôle moteur d'un directeur	22
3.2Qui doit passer par la formalisation de la promotion de la santé	25
3.3 Appréhender les limites pour tendre vers une réelle promotion de la santé.....	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	31
LISTE DES ANNEXES	33

Remerciements

Les participants de ce groupe tiennent à remercier l'ensemble des personnes rencontrées lors des visites sur site ou interrogées par téléphone, pour leur disponibilité et la qualité des échanges obtenue sur leur expérience.

Nous tenons aussi à remercier Zoé Héritage pour son soutien méthodologique ainsi que son accompagnement tout au long de la réflexion.

Enfin, nos remerciements s'adressent aussi au Docteur BUTET qui nous a permis de préciser les contours de notre sujet et de prendre conscience de l'importance de la promotion de la santé dans notre secteur d'activité.

Liste des sigles utilisés

AME	Aide Médicale d'Etat
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CORES	Comité régional d'Education pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DNDR	Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DU	Diplôme Universitaire
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissement Public de Santé
ESMS	Etablissement Social et Médico-Social
FNPEIS	Fonds National de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation de Nations Unies
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PE	Projet d'Etablissement
REFIPS	Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé

FICHE METHODOLOGIQUE

Pour appréhender collectivement la thématique de la promotion de la santé la méthode suivante a été suivie :

Avant la session MIP

1) Une première recherche individuelle bibliographique

Pendant la session MIP

2) Une approche introductive et théorique

- Une première approche historique et contextuelle tirée de la littérature sur le sujet
- Une recherche de l'occurrence 'promotion de la santé' dans les grands textes juridique du secteur sanitaire
- Une tentative d'éclaircissement des notions clé dans le domaine

3) Une approche terrain :

Elaboration d'un questionnaire qui doit permettre :

- D'interroger des acteurs sur la compréhension qu'ils ont du domaine (qu'est ce qu'ils mettent derrière les mots)
- D'identifier des actions de terrain
- De savoir si il y a des méthodes propres à la mise en œuvre des projets labellisés « promotion de la santé »
- De savoir si les acteurs ne font pas déjà de la promotion de la santé sans l'avoir identifier au préalable
- D'identifier des effets collatéraux (positifs ou négatifs).

Pour ces questionnaires, il a été décidé de cibler plusieurs types d'acteurs...

- les autorités de tarification et les différents partenaires,
- les établissements sanitaires,
- les établissements sociaux et médico-sociaux.

... et plusieurs niveaux de développement :

- institutions s'inscrivant déjà dans une logique promotion de la santé
- institutions qui n'ont pas encore clairement identifié cet axe de développement

Le choix a été fait de restituer in extenso le matériau des entretiens en annexe du document écrit final

4) Une approche analytique

- Dépouillement des questionnaires
- Analyse,
- Proposition d'un ensemble d'actions.

Bilan en fin de session

Réaliser un rapport sur la promotion de la santé semblait relever a priori de l'évidence dans une école de santé publique, et laissait présager sinon un consensus de groupe, du moins une sensibilité partagée. Pour autant l'échange qui a eu lieu au sein du collectif de travail durant cette quinzaine a montré, certes les difficultés et les richesses de la gestion

de groupe, mais aussi la diversité d'approche, de conception d'un thème qui pourtant synthétise nos valeurs professionnelles.

Nos différents parcours, universitaires, administratifs, soignants, ont fait émaner des visions très différentes du concept même de promotion de la santé, mais aussi de sa mise en acte que cela soit à l'hôpital ou dans le secteur médico-social. Sans le savoir, nous avons peut-être circonscrit alors une large partie de la problématique actuelle du thème : l'hétérogénéité d'intégration et de coordination par les établissements de ce concept universaliste.

L'écoute des arguments de chacun, l'harmonisation des méthodes de travail, et notamment la répartition des tâches, ont constitué un apport majeur de cette session, qui nous a parallèlement montré qu'il faut prendre garde aux évidences dans l'abord d'un sujet aussi complexe et global que celui de la promotion de la santé.

L'opportunité qui nous a été offerte d'échanger avec des professionnels de terrain sur le thème travaillé a été très appréciable et enrichissante, d'autant plus que « la promotion de la santé », en l'occurrence, est un concept encore différemment appréhendé dans la théorie et dans la pratique. En outre, cette remarque vaut autant pour nous-mêmes que pour nos interlocuteurs, que notre visite a confortés dans leur engouement pour les actions de promotion de la santé, tout en leur insufflant une énergie et des idées nouvelles. Nous avons enfin personnellement beaucoup apprécié les débats que nous avons eus au sein du groupe, car d'apparents antagonismes corporatistes, ils sont devenus ouverture mutuelle sur un sujet rassembleur. Ce fut donc une expérience professionnelle et humaine très riche, que nous sommes heureux d'avoir menée mutuellement.

Travailler sur cette problématique et ce sujet est une prise de conscience et une formation utile pour un directeur. Nous sommes plus sensibilisés et pourrons travailler sur ce point dans nos futures structures, ou tendre vers une promotion globale de la santé.

Notamment grâce au travail en interfiarité, nous avons la confirmation de la nécessité d'une vision partenariale, nous pourrons ainsi servir de liens en ce sens, afin de remplir au mieux nos missions auprès des usagers.

PREAMBULE

« C'est à la fois un art, une science et une organisation.

Un art qui repose sur les attitudes des intervenants qui développent l'art d'écouter, de communiquer, de comprendre, de respecter, **d'aider à s'exprimer**, de faire participer, de supporter, de soutenir et **enfin de partager**.

Une science qui s'appuie sur une méthode de diagnostic communautaire, **sur une analyse des besoins de la population** et sur la mise au point de techniques de développement communautaire.

Une organisation qui permet **la participation démocratique**, la promotion des idées, **la constitution de réseaux** de solidarité, d'entraide et de soutien, **l'intersectorialité**. »

D. Piette, « Une histoire du concept et des actions de promotion de la santé », L'Observatoire, 1994, n°3.

INTRODUCTION

L'hôpital et les établissements sociaux et médico-sociaux, acteurs et promoteurs de santé : comment ne pas acquiescer à un tel projet ?

Malgré des efforts fait en ce sens par les différents types d'établissements, on constate aujourd'hui que leur action pêche par une prise en charge parcellaire de l'individu. En effet, le modèle dominant de la Santé demeure le soin, considérant l'usager comme un sujet passif. Il est donc connoté négativement puisqu'en rapport direct avec la maladie.

Or, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une conception positive de la Santé, conçue comme une ressource quotidienne : c'est « un état complet de bien-être physique, mental et social » et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. La première conférence de promotion de la santé à Ottawa (1986) définit celle-ci comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Elle est plus un processus qu'un état à atteindre. Elle ne se limite pas à la prévention des maladies ou à l'amélioration des soins. Il s'agit en effet de renforcer la capacité des personnes, individuellement ou collectivement, d'agir sur les événements qui influencent leur santé et leur vie. Dans cette optique, l'hôpital autant que les établissements sociaux et médico-sociaux, qui accueillent tous des personnes fragilisées, ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé. Mais cette idée peut paraître trop ambitieuse pour des établissements qui semblent déjà avoir de multiples missions à remplir.

Car cette conception de la santé répond à de nombreux déterminants, tels les conditions de vie ou encore le niveau éducatif, sur lesquels les institutions de soins n'ont pas de prise. Tandis que ces paramètres entrent dans le cœur de métier des institutions sociales qui, elles, occultent parfois l'acte de soin proprement dit.

Dès lors, on peut donc se demander où en sont les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux en France vis-à-vis de la promotion de la santé ? Quelles modifications ont été notées dans la culture de ceux qui ont mis en place des démarches de promotion de la santé ? Quels sont les leviers et les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé ?

Après un bref rappel du contexte de naissance du concept de promotion de la santé et de la richesse de son contenu, il s'agira de montrer que, si cette dernière répond à une approche globale et éthique de la santé, elle se heurte de ce fait à des résistances tant conceptuelles que culturelles et pratiques. Néanmoins, nous avancerons des propositions pour inscrire la promotion de la santé dans la stratégie de l'établissement hospitalier, social ou médico-social.

1 LE CONTEXTE DE LA PROMOTION DE LA SANTE

1.1 Le contexte historique et international

Dès la création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946, l'idéalisme volontariste marque les travaux de la commission technique préparant les textes fondateurs de cette organisation. Ceux ci posaient une définition très large, et toujours pertinente de la santé humaine : « *La santé n'est pas seulement l'absence d'infirmité ou de maladie, mais un état d'équilibre physique et mental et de bien-être social* ». D'autant plus pertinente et prémonitoire qu'aujourd'hui, selon le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP)¹, l'allongement de la durée de la vie se fait dans le cadre du caractère chronique d'affections multiples : « *Même si l'espérance de vie sans incapacité s'améliore, l'augmentation du nombre de personnes âgées ou très âgées se traduira par un accroissement du nombre de personnes souffrant de pathologies chroniques sans pour autant être dépendante* ».

C'est dans le même esprit d'universalisme volontariste, que 40 ans après la charte fondatrice de l'OMS, en 1986, le concept de la promotion de la santé sera officiellement porté sur les fonds baptismaux. Dans le prolongement de la conférence d'Alma Ata (septembre 1978), l'OMS organisa cette année là, la première conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa pendant laquelle fut ratifiée une charte définissant le concept de la promotion de la santé comme « *un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé* ».

Cette charte se terminait par un vibrant appel à la collaboration internationale ainsi libellé : « *La Conférence demande à l'OMS et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé. Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'OMS et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette charte, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.* ».

¹ *La santé en France 2002*, Rapport du Haut Comité de Santé Publique, p. 373

Bien que dénuée de valeur normative en tant que telle, la charte sera une source d'inspiration importante pour les programmes européens d'une part et une incitation à l'évolution des normes internes pour les pays de la communauté, notamment en France.

Si les préoccupations sanitaires sont présentes dans les traités depuis les débuts de la construction européenne, ce n'est qu'après la ratification du traité de Maastricht (1992) que la Communauté a pu mettre en oeuvre une véritable stratégie en matière de santé publique: cinq programmes d'actions spécifiques dont un concernant directement la promotion de la santé ont été adoptés. Le dernier programme d'action communautaire de promotion de la santé (1996-2000) a été prorogé jusqu'en 2002 et doté pour les deux dernières années d'une enveloppe de 14,4 millions d'euros.

1.2 Le contexte national au plan juridique

Au préalable, il faut noter que le domaine sanitaire et social a été juridiquement séparé par la loi de et qu'une distinction s'effectue entre les établissements à but sanitaire et à vocation d'hébergement définis par la loi du 30 juin 1975 n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales. De façon distincte, depuis 1986, la France a constamment fait évoluer les dispositifs juridiques encadrant l'activité sanitaire, orientant celle-ci vers une prise en charge plus globale de la personne, et l'intégrant à des priorités de santé publique. Contrairement au domaine du social et médico social qui ne verra évoluer son secteur qu'à partir de 2002.

Très symboliquement tout d'abord en 1991, les établissements de soins deviennent des Etablissements Publics de Santé ²(EPS). De plus la loi du 31 juillet 1991³ enrichit les missions de l'hôpital en y ajoutant la nécessité de participer à des actions de santé publique (éducation pour la santé, prévention).

La circulaire du 22 octobre 2001⁴, relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, affirme la pertinence de l'éducation pour la santé, tout aussi cruciale que l'accès aux soins. Ces schémas doivent permettre d'établir dans chaque région des priorités d'action et de garantir des financements

Les ordonnances du 24 avril 1996⁵ structurent la mise en place d'une politique de santé publique territorialisée (au niveau régional). Elles permettent la création de réseaux, outils précieux d'une ouverture vers la ville et les partenariats polymorphes. Elles sont à l'origine des Programmes Régionaux de Santé (PRS) qui ont pour but de prioriser la prise en charge de certains maux particulièrement ancrés dans une région (alcool, suicide..). Un

² Mais nous conservons toujours une « Assurance Maladie »

³ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁴ Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001

⁵ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à l'organisation hospitalière

programme est normalement constitué d'une partie consacrée au soin et d'une partie consacrée à la prévention.

La circulaire du 22 octobre 2001⁶, relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, affirme la pertinence de l'éducation pour la santé, tout aussi cruciale que l'accès aux soins. Ces schémas doivent permettre d'établir dans chaque région des priorités d'action et de garantir des financements à l'éducation pour la santé.

Les missions du secteur social et médico social sont redéfinies par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La loi du 4 mars 2002⁷ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fait du patient un partenaire à part entière, consacrant l'idée d'une démocratie sanitaire naissante. Son chapitre IV instaure une politique de prévention déclinée par rapport à des objectifs nationaux.

Le 28 mai 2003, la circulaire n°2003-257 relative aux missions de l'hôpital local, confirme sa place dans le domaine de la santé publique.

La loi du 9 août 2004⁸ relative à la politique de santé publique, met en exergue la promotion de la santé à deux niveaux :

- Elle définit dans son article deux les objectifs d'une loi de santé publique au rang desquels la réduction des inégalités de santé. Pour se faire, la promotion de la santé est explicitement référencée comme faisant partie des outils permettant la réalisation de cet objectif.
- Elle pose dans son article sept les missions de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) avec notamment l'exercice d'une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé et d'une mission en tant que producteur de documents pédagogiques et informatifs sur l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique, deux sous-ensembles de la promotion de la santé.

On notera cependant que la notion de « promotion de la santé » ne se retrouve pas stricto sensu dans les textes ayant valeur normative, que ce soit dans le cadre d'une définition littérale, d'une attribution de compétence, ou d'une priorité de santé publique déclinée dans un programme structuré.

Sans invalider le concept, cette absence remarquée et remarquable porte à croire que le fondement de l'action pour les établissements en matière de promotion de la santé ne

⁶ Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001

⁷Loi n° 2002- 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

pourra être le seul substrat juridique. C'est certainement ce qui fait la force du concept mais aussi sa faiblesse.

Sa force : les juristes n'ayant pas encore circonscrit le champ de la promotion de la santé, il faudra enrichir la matière juridique des valeurs professionnelles, culturelles et sociétales qui donnent sens à la réorientation de la politique des établissements sanitaires s'inspirant de la charte d'Ottawa. Il y a effectivement là une belle occasion de faire avancer les institutions dans un sens plus conforme aux objectifs d'une politique de santé publique.

Sa faiblesse : l'exégèse des textes juridiques ne suffisant pas à l'éclairer, la polysémie du concept « promotion de la santé » est nécessairement porteuse d'interrogations et/ou d'interprétations divergentes, notamment pour les professionnels de terrain qui sont eux, porteurs des projets concrets.

L'effort d'appropriation linguistique existe. On notera entre autre l'existence d'un Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (REFIPS). Regroupant 1413 membres à ce jour, son site Internet⁹ promeut l'échange d'expériences entre membres de la structure. Dans cette esprit le site fait explicitement référence à une ardente obligation de lisibilité : « *La mission de ce réseau est de favoriser les échanges d'expériences et d'expertise dans ce domaine en émergence et dont l'Organisation des Nations Unies (ONU) reconnaît le potentiel et de promouvoir l'usage du français dans les sphères où on traiterait de cette discipline* ». Par ailleurs des thesaurus existent dont notamment ceux de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) qui fait une tentative remarquée de traduction du terme *empowerment* (renforcement).

1.3 Les cadres de référence de la promotion de la santé

1.3.1 Un cadre conceptuel qui concerne tout le corps social et pas seulement les professionnels de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

⁹ www.refips.org.fr

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base. Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé.

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

Enfin, l'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit : élaborer une politique publique saine ; créer des milieux favorables ; renforcer l'action communautaire ; acquérir des aptitudes individuelles ; réorienter les services de santé. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

1.3.2. Un cadre culturel à faire évoluer

Il suffira pour le resituer de se référer au constat assez accablant dressé par le HCSP¹⁰ :
« *Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, les politiques conduites ont beaucoup plus été des politiques de promotion de l'accès aux soins que des politiques de promotion de la santé (p.360).[...] L'évolution de la situation dans ce domaine nécessite d'abord une forte évolution culturelle. En effet l'inadaptation des stratégies aux problèmes rencontrés résulte en grande partie d'une vision erronée de l'importance respective des déterminants de santé. Malheureusement chaque fois que cette question est évoquée, elle est ressentie par les professionnels des soins comme une remise en question de leur action et de leur utilité* ».

Ce contexte sans être rédhibitoire pour les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, implique des stratégies de positionnement, d'éclaircissement et d'appropriation des concepts de la promotion de la santé. Cela suppose au préalable que les notions clé et les outils auxquels fait référence la littérature sur le thème soient largement explicités et diffusés. Il faut en quelque sorte promouvoir la promotion de la santé. Faire avancer dans

¹⁰ Rapport HCSP : « La santé en France 2002 »

les esprits l'idée que promouvoir la santé c'est promouvoir le développement humain. Que cette promotion est aussi la garantie d'un développement plus intégré des stratégies professionnelles individuelles, collectives et institutionnelles au service de la santé publique.

Ce sera l'objet du paragraphe suivant que de poser ou tenter de le faire, les quelques notions majeures qui permettent d'éclairer le débat et de donner du sens au foisonnement de l'action sanitaire en matière de promotion de la santé.

1.3.3. Le cadre opérationnel de la promotion de la santé

A) En réponse à une vision ouverte du système de santé

Il existe deux représentations du système de santé. C'est plutôt au modèle global que l'on se référera en matière de promotion de la santé.

Le modèle médical est un modèle fermé centré autour de l'action curative. La prévention est médicale : vaccination et hygiène publique et elle utilise les moyens informatifs de communication. La maladie est principalement organique. Elle affecte l'individu, elle doit être diagnostiquée et traitée par des médecins. L'approche est curative elle s'intègre dans un système autonome centré autour d'hôpitaux. La réadaptation est organisée dans des centres spécialisés.

Le modèle global : c'est un modèle ouvert où la prévention est un ensemble de moyens informatifs, éducatifs, formatifs et médicaux. La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, psychiques, sociaux, économiques et environnementaux. Elle affecte l'individu, sa famille et l'environnement. Elle demande une approche continue de la prévention à la réadaptation qui tienne compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux. Cela se fait par des professionnels de la santé travaillant en collaboration avec d'autres professionnels notamment sociaux et éducatifs, dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté. A ce titre, les réseaux de santé formels ou informels qui se créent entre établissements sanitaires et sociaux, et également en lien avec des associations, constituent un élément de concrétisation crucial de la promotion de la santé. Ils sont, par exemple, une cheville ouvrière pour le fonctionnement des Permanences d'Accès Aux Soins qui les sollicitent quotidiennement. Mais, plus largement, ils permettent de créer les conditions d'une prise en charge non parcellaire. La coopération entre établissements est donc la première façon qu'ont ceux-ci de contribuer à la promotion de la santé. Consacrés par la loi du 4 mars 2002, ils peinent pourtant à se faire reconnaître et valider. En effet, le montage des cahiers des charges nécessaires à leur financement ne facilite guère l'accès à une pérennisation de leur fonctionnement.

B) L'éducation pour la santé et la prévention : deux outils clé de la promotion de la santé

L'éducation pour la santé et la prévention, qui inclut l'éducation thérapeutique du patient, constituent des leviers d'action stratégiques pour les établissements sanitaires et sociaux. Ils sont des voies d'accès privilégiées pour ceux-ci car ils prolongent et enrichissent leur mode d'action principal qu'il soit à dominante curative ou éducative. Mais, plus largement, toute action de type éducatif, politique, législatif, organisationnel qui contribue à favoriser tout déterminant de santé, est un outil pour promouvoir la santé.

a) *L'éducation pour la santé*

Il est difficile, voire même impossible, de trouver dans la littérature des définitions de l'éducation pour la santé. Les différents auteurs se réfèrent, pour en parler, soit aux méthodes, soit aux acteurs, soit aux concepts de santé, soit aux thèmes, aux populations ciblées ou encore à l'histoire de son développement.

J.A. BURY analyse cette difficulté en estimant que la problématique de la définition de l'éducation pour la santé réside dans le fait que toute définition dépend de la conception que l'on a de l'éducation pour la santé. Il propose, parmi les innombrables définitions, quelques exemples, selon une approche par catégories de méthodes, qu'il divise en quatre : les approches persuasives, volontaristes visant la modification systématique et planifiée des comportements de l'individu et du groupe ; Les approches centrées sur l'optimisation des conditions de décision de l'individu, l'information, pour favoriser une décision responsable et les conditions d'adoption de comportement par la prise de conscience de ce qui est bon pour soi. Les descriptions plus neutres, expérientielles, centrées sur l'individu

Selon EWLES L. et SIMNETT I (1985)¹¹ : « *La santé, et par conséquent, l'éducation pour la santé, a pour objet la personne toute entière et comprend tous les aspects physiques, mentaux, sociaux, émotionnels, spirituels et sociétaux. L'éducation pour la santé est un processus qui s'étend durant toute la vie, de la naissance à la mort, et qui aide les gens à changer et à s'adapter à tous les niveaux. L'éducation pour la santé est dirigée vers les individus, les familles, les groupes et les communautés entières. L'éducation pour la santé comprend l'enseignement et l'apprentissage formels et informels, et se sert d'un éventail de méthodes* ».

Pour J.A. BURY¹¹, le type d'approche que l'on utilisera en éducation pour la santé, déterminera le degré de liberté laissé aux personnes concernées.

¹¹ in BURY J.A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification. Bruxelles : De BOECK WESMAL SA, Université. Collection Savoir et Santé. 1988. 233 p.

La lutte contre la maladie, la souffrance ou la mort est une lutte reconnue qui mobilise beaucoup d'acteurs et de moyens. Dans le domaine de la prévention, les choses ne sont pas aussi simples et beaucoup moins spectaculaires. En effet, la plainte n'est que rarement formulée par les personnes puisque, par définition, le problème ne se pose pas encore. Il s'agit de contrecarrer son risque de survenue, sa survenue ou une possible aggravation.

b) La prévention

La prévention est l'ensemble des actions anticipatrices pour diminuer l'incidence et la prévalence des affections. On distingue trois stades de prévention : la prévention primaire qui cherche à diminuer l'incidence des affections (cas nouveaux) ; La prévention secondaire dont le but est de diminuer la prévalence (nombre total de cas) et donc la durée et la gravité des affections ; La prévention tertiaire qui vise à diminuer l'incidence des rechutes et à favoriser la réinsertion.

Globalement, trois méthodes sont utilisées dans le champ de la prévention : l'information, à propos de laquelle on citera les grandes campagnes de santé publique ; La formation en santé publique, thématique et méthodologique ; L'éducation pour la santé qui se caractérise par la mise en place de projets aux démarches parfois très différentes. L'information, la formation ou l'éducation pour la santé peuvent être employées dans un même projet à des étapes différentes ou constituer à elles seules un projet de santé publique. A chaque stade de prévention, primaire, secondaire et tertiaire, ces trois moyens peuvent être employés. Lorsque la prévention est exclusivement bio-médicale, il s'agit le plus souvent d'actes médicaux dont la vaccination et le dépistage font partie.

2 LA PROMOTION DE LA SANTE : AMBITIONS, CONQUETES ET RESISTANCES

La promotion de la santé répond à une approche globale et éthique de la santé. Cependant, cette approche ambitieuse de la santé se trouve confrontée à des résistances aussi bien conceptuelles, culturelles que pratiques. Le processus qu'elle impulse dans les établissements peine de ce fait à faire émaner une politique qui remédierait au caractère fractionné et spécifique de leurs actions. Si la volonté de promouvoir la santé en ne se limitant pas à corriger ce qui lui fait obstacle a d'ores et déjà façonné la culture des établissements, il reste que ce changement culturel n'est pas encore achevé et peine à trouver un appui logistique suffisant.

2.1 Une idée universaliste dont l'appropriation n'est pas aisée

2.1.1 La difficulté de faire sienne une mission générique

Cerner le rôle propre aux établissements sanitaires et sociaux par rapport à la mission de promotion de la santé, c'est d'abord rappeler de façon préalable que cela revient en partie « à faire entrer le général dans le particulier ». Sans remettre en question le bien fondé de l'appropriation de cette mission par des établissements qui en tant que dispensateurs de soins, de prises en charge, ont à se préoccuper de la cohérence de ceux-ci, il faut en effet rappeler que la promotion de la santé concerne tous les acteurs publics ou privés de la vie collective. La santé est dans une relation d'interdépendance avec de multiples politiques : emploi, couverture sociale, urbanisme, logement, écologie. Ainsi, si cette mission peut et doit être déclinée dans les établissements de soins, cette adaptation à cette mission, fort nécessaire en soi, confronte ceux-ci au problème général de la concrétisation matérielle de valeurs qui ne produisent pas par elles-mêmes de modèles d'application.

Deux questions jaillissent immédiatement d'une première réflexion sur le rôle des établissements par rapport à cet impératif de santé publique qui est également un impératif éthique et démocratique : est-ce uniquement en tant que dispensateurs de services que les Etablissements Publics de Santé (EPS) et les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) doivent promouvoir la santé et, auprès de qui cette promotion doit-elle être faite ?

Or, la difficulté, qui fait également toute la richesse du concept, est que pour atteindre à cette pleine cohérence à laquelle celui-ci appelle, les établissements ont idéalement à assurer cette mission de service public aussi bien en tant que soignants, éducateurs, qu'en tant qu'employeurs ou encore consommateurs de ressources/producteurs de déchets. De plus, cela vaut non seulement vis-à-vis de leurs patients et résidents mais

aussi de leur personnel et du bassin de vie qui les entoure. Aucun motif, sinon d'ordre matériel, ne peut justifier une réduction de cette mission même si, de fait, le personnel reste assez peu visé par les actions de promotion de la santé, y compris au sein du réseau des établissements promoteurs de santé.

2.1.2 Une cohérence souhaitée qui n'est pas facile à produire

De ce fait, il s'avère difficile d'éviter la parcellisation des actions et un manque d'unité autour d'une politique d'établissement de promotion de la santé qu'elles exprimeraient car la richesse du concept est infini et les actions possibles et légitimes toujours plus nombreuses. Or, comment prioriser des actions qui toutes contribuent à cet objectif ? Une première remarque consiste à noter ici la difficulté à se positionner pour un établissement entre la nécessaire déclinaison d'objectifs nationaux de santé publique facilitée par des « crédits fléchés », l'obligation de s'adapter au tissu local afin de mieux cibler les besoins locaux, et enfin la nécessité de donner toute sa mesure à une logique ascendante d'identification des besoins¹². L'adoption de cette logique est essentielle car elle concrétise pleinement la révolution copernicienne que représente pour une institution la volonté de s'inscrire politiquement dans une démarche soignante promotrice de santé.

En effet, si la promotion de la santé doit viser le bien-être – et nous avons vu ce qu'a de complexe cette visée précisément parce qu'elle ne vise rien de spécifique à moins d'être idéologiquement dévoyée - elle ne consiste pas à penser pour autrui la définition de la santé qu'il se donne. Là est la difficulté car il s'agit moins de promouvoir directement que de donner à l'individu l'idée et les moyens de se placer dans une telle démarche. Or, l'on voit bien ce que peut avoir d'hétérogène la volonté politique louable de « mettre la santé sous objectifs » (comme l'a résumé un directeur de DRASS) en luttant contre l'obésité ou la prise de tabac afin d'en diminuer l'incidence sur l'état de santé, et la volonté éthique de dépasser une représentation de la santé pré-orientée.

Finalement, sans que l'on ait à choisir entre ces deux démarches car elles sont également légitimes et nécessaires, il s'avère qu'elles mettent parfois en tension le concept de promotion de la santé. Cette tension s'illustre au niveau sémantique car viser l'*empowerment*, l'autonomisation des personnes, et viser leur bien-être sont d'une part, deux choses différentes, et d'autre part, le signe que l'on peut difficilement renoncer en tant qu'institution soignante à être en amont des besoins car tel est d'abord le sens de la mission d'une institution.

¹² Annexe 8 : la logique ascendante correspond à une identification par l'utilisateur de ses besoins, dans la logique descendante, les besoins sont identifiés en amont uniquement, par les instances politiques et les institutions.

2.1.3 Des actions qui ne sont pas assez mises en valeur

Ces tensions entre des valeurs et leur matérialisation, au sein de ces valeurs elles-mêmes, nous permettent de comprendre la difficulté des EPS/ESMS à dessiner les contours de leur mission et à dire quand et en quoi ils font de la promotion de la santé lorsqu'ils en font.

Plusieurs phénomènes sont notables. D'abord, la difficulté des établissements à étiqueter certaines de leurs actions sous la bannière « promotion de la santé » du fait de scrupules à s'affirmer capable en partie d'être à la hauteur d'une idée aussi ambitieuse. Une tendance à une moindre valorisation est notable, mais un problème de reconnaissance sémantique l'est également pour les établissements qui ne sont pas inscrits¹³ dans un réseau de promotion de la santé. Ces interlocuteurs n'ont véritablement cité certaines de leurs actions comme répondant à cette mission qu'après une confirmation de l'ampleur des contributions possibles en la matière : information, prévention, dépistage, éducation, participation des usagers/du personnel, ateliers, animations. Une disparité est assez manifeste entre les établissements qui manient aisément les concepts et les chartes et ceux qui en sont moins familiers. Parce que beaucoup d'actions qui promeuvent la santé (en allant au-delà d'une réponse tronquée, s'arrêtant par exemple à la seule prise en compte du motif principal de la consultation sans s'intéresser à l'autonomie et à la capacité du patient à gérer sa situation) sont avant tout des actions éthiques, égalitaires, voire tout simplement de bon sens, il est facile de ne les voir qu'en tant que telles. Une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ou une unité mobile de gériatrie aux urgences, à la fois, relèvent du bon sens, découlent d'une vision pleinement démocratique de ce que doit être un service public, et s'inscrivent pleinement dans un processus de pensée et d'action promoteur de santé.

La difficulté des établissements à se positionner par rapport à cet objectif provient donc en partie d'une certaine forme d'angoisse face à la liberté d'initiative qu'il leur alloue. Lorsqu'un service des urgences prend l'initiative d'interpeller pouvoirs publics et acteurs divers (écoles, boîtes de nuit...) pour tenter de limiter des accidents à répétition ou d'enrayer des comportements à risque dont il est le premier à mesurer les conséquences, il se saisit pleinement de la liberté que lui confère cette mission.

Cette difficulté de positionnement provient également de la complexité à situer les actions des établissements dans ce champ. L'éducation thérapeutique, le dépistage, par exemple, sont à la lisière du curatif et de la promotion de la santé, d'où un sentiment de confusion récurrent. Cependant, cette confusion, cette absence de délimitation stricte qui indiquerait à partir de quel moment le soin devient promotion de la santé sont le propre

¹³ Annexe 5 : établissements non inscrits dans une démarche de promotion de santé.

d'un concept qui unifie et met en cohérence des actions et modes de prise en charge divers dont la finalité est une santé – ressource d'un bien-être global.

2.2 L'utilisateur au cœur de la promotion de la santé : un long chemin reste à parcourir

2.2.1 Une évolution culturelle lente

De multiples facteurs ont influé sur les organisations, mais aussi les cultures des professionnels de santé. Tout d'abord, une certaine crise du processus de décision publique, lors des « affaires » du sang contaminé ou de l'amiante, a vu le jour, avec un champ de crédibilité à reconquérir¹⁴. En lien direct, la valorisation de l'individualisme dans notre société, le croisement permanent entre sphères privée et publique, ont entraîné une certaine défiance par rapport à notre système de soins, perçu par l'utilisateur comme ne lui permettant pas d'exprimer son choix.

Historiquement, les soignants ont probablement été les premiers à reconnaître la nécessité d'une dimension préventive et éducative dans la prise en charge du patient. Cependant, la considération de l'utilisateur non plus comme sujet de soin mais comme acteur de sa santé tarde à faire chemin, tant dans le colloque singulier avec le médecin que dans le rapport entre un patient et le personnel soignant. Le pouvoir, en termes de champs d'expertise, que la promotion de la santé confère à l'utilisateur, semble représenter un enjeu de taille. Pour autant, comme le précise un responsable du département de promotion de la santé de l'une des structures interrogées, on peut imaginer que le fait de donner plus d'espace d'autonomie au patient potentialise la richesse des informations échangées et donc une meilleure prise en charge.

La position du patient, se sentant inférieur du fait de sa souffrance, son angoisse, son hospitalisation, est de façon évidente un frein à son autonomisation et donc au fait de promouvoir sa santé. Une association nous parle de « la honte d'être diabétique »¹⁵. Les volontés politiques à cet égard ne sont pourtant pas absentes, citons entre autre le code de déontologie médicale, la charte du patient hospitalisé (Article L.710-1-1 du code de la santé publique), et bien évidemment la loi du 4 mars 2002 qui viennent essayer de rééquilibrer les rapports entre structures de prise en charge, praticiens et usagers. Tour à tour malade demandant de l'aide, usager demandant un soin de qualité, et citoyen

¹⁴ Selon le rapport HCSP : « La santé en France »

¹⁵ Annexe 3 : établissements étant inscrits dans une démarche de promotion de santé

réclamant à participer à l'élaboration des politiques sanitaire, c'est à l'*Homo sanitarius que vont devoir répondre les établissements*.

De même, dans le secteur social et médico-social français, les éducateurs et autres personnels des établissements, fondent l'essentiel de leur travail sur la construction d'un lien social fort avec l'utilisateur. La prise en charge s'éloigne alors de l'accompagnement préconisé pour tendre vers une forme d'assistance, préjudiciable dans le cadre de la promotion de la santé. En effet, la majorité des résidents des institutions sociales et médico-sociales visent leur intégration dans la société. Celle-ci passe par l'acquisition d'un degré d'autonomie suffisant pour se maintenir dans un état de santé physique et mentale satisfaisant. La promotion de la santé dans ces institutions doit donc se focaliser sur la construction de repères avec l'utilisateur qui les assimilera ensuite. Il s'agira pour lui d'identifier les médecins référents aptes à répondre à ses besoins, qu'ils soient psychologiques, dermatologiques ou encore gynécologiques. Au-delà du corps médical, il lui faudra aussi identifier les institutions et organismes locaux susceptibles de l'accompagner dans cette véritable quête de « bien-être » (hôpital, centres de dépistage, planning familial ou protection maternelle et infantile).

Ainsi, la place et le rôle même des professionnels de santé sont interrogés. En effet, le processus de chronicisation de certaines maladies fait repenser la posture des acteurs du système de soins¹⁶. Le patient beaucoup plus informé et plus impliqué dans sa prise en charge n'hésite pas à remettre en cause l'expertise et la responsabilité du médecin, du soignant ou de l'institution. L'ère d'un certain consumérisme tend parfois à faire considérer l'hôpital comme une entreprise de service, ce qui fait scission avec une période où l'utilisateur, dans son rapport à l'Etat providence, avait peine à peser tant le prix que le coût de la santé. Les organismes de protection sociale sont d'ailleurs aujourd'hui très lucides sur la dimension de gain économique pérenne que représente la promotion de la santé. De même, certains établissements accueillant des personnes âgées dans un souci initial de maîtrise des coûts ont mis en place des organisations promouvant la santé (accueil de jour, accueil de nuit).

Face à cette complexité nouvelle, l'intégration de la promotion de la santé devient un moyen de valoriser « le fil à plomb de la santé » qui va donner à la fois sens et mesure aux prestations délivrées aux usagers.

L'évolution des initiatives au plan mondial, telle la charte d'Ottawa, se décline donc avec un rythme différent dans la proximité du rapport soignant/soigné, le facteur temps est un

¹⁶ *Santé, pour une politique de prévention durable*, Rapport IGAS 2003

élément important dans le prendre soin. Le tissu associatif prend une importance grandissante dans ce contexte, bien qu'il se sente toujours par trop peu entendu¹⁷.

L'entrée, aux conseils d'administration (CA) des établissements, des représentants des usagers, initiée par les ordonnances du 24 avril 1996¹⁸, vient formaliser ce mouvement. La déclinaison de ces ordonnances dans le secteur médico-social, par la loi du 2 janvier 2002, met également en acte de façon forte ce processus, notamment avec le concept de projet individuel, mais aussi le Conseil de la Vie Sociale (CVS), instance constituée au moins pour moitié des représentants des usagers, qui donne un avis et fait des propositions sur tout ce qui intéresse la vie de l'institution et en particulier l'état de santé de ses résidents. Bien sûr, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, s'inscrit dans ce même mouvement de considération de l'autonomie et libre arbitre de l'individu. Gageons de fait que l'évolution vers le prendre soins que sous tend la promotion de la santé enrichira la culture hospitalière déjà chargée de sens. Sa déclinaison en terme de « valeur » comme le rapporte un entretien auprès d'un département de santé publique d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)¹⁹ visité, épouse parfaitement l'idéal du service public.

2.2.2 L'utilisateur à la croisée de logiques différentes

La culture de l'hôpital de la fin du XX^{ème} siècle est essentiellement axée sur la maladie comme objet de soin donnant lieu à une valorisation d'actes thérapeutiques ou diagnostiques.

Du « *silence des organes* » tel que le définissait le Pr LERICHE à la notion de patient centre du processus de soin, l'hôpital a donc du opérer de profondes modifications, notamment dans le sens d'un décroisement²⁰. De fait, recentrer les fonctions de l'hôpital sur les besoins du patient contribue à redéfinir le périmètre des unités de soin, à repenser les organisations dans le sens de la pluridisciplinarité, du partenariat, le récent plan cancer illustre parfaitement ce changement qui va dans le sens d'une attention toute particulière au parcours du patient mais aussi de son entourage. Au sein d'un établissement hospitalier, l'un des critères pertinents pour juger de sa volonté de « réorientation culturelle » est sa capacité à modifier son approche organisationnelle en faveur de la promotion de la santé. La coopération entre services au sein de départements plus complets révèle une volonté d'adaptation aux besoins de patients poly-pathologiques. Par exemple, la recrudescence des affections respiratoires dues

¹⁷ Annexe n°3 : établissements étant inscrits dans une démarche de promotion de santé

¹⁸ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

¹⁹ Annexe n°3 : établissements étant inscrits dans une démarche de promotion de santé

²⁰ Yan Bourgueil, Revue Hospitalière de France n°492, mai 2003

notamment au tabac enjoint à décloisonner des services comme ceux de pneumologie et de cardiologie en dépassant les résistances sans rapport avec ces besoins. Une action de prévention systématisée vis-à-vis des patients atteints d'obésité quel que soit leur point d'entrée dans l'hôpital est un autre exemple d'enrichissement possible des objectifs d'un CH.

Il est légitime de s'interroger dans ce contexte sur le fait que la promotion de la santé ne représente qu'un levier de changement pour l'organisation hospitalière et non une finalité comme pouvait l'être la restitution de la lésion *ad integrum*. En effet, les projets rencontrés ne prennent souvent forme que sous un aspect d'éducation thérapeutique par trop centré sur la maladie comme pour le diabète ou les maladies cardio-vasculaires.

Une promotion de la santé implique qu'une institution pense le parcours du patient en terme de personnalisation, avec une vision très large à la fois de son devenir en aval mais aussi de son histoire bio-psycho-sociale. L'Agence Nationale de l'Evaluation en Santé (ANAES) va dans ce sens en insistant par exemple sur l'importance d'un dossier médical cohérent et clair, ce n'est que l'un des exemples de la rationalisation de l'offre de soins.

Toutefois, les facteurs d'environnement, les conditions de travail et le cadre de vie, constituent des déterminants collectifs de santé (au regard du HCSP) qui sont largement pris en compte dans une perspective de promotion de la santé au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. A contrario, certains dépassent difficilement cette approche globalement éducative et relèguent inconsciemment la santé physique à un plan secondaire. Le manque de sensibilisation des personnels à ce sujet explique en grande partie cette lacune dans une approche globale de l'individu.

De plus, si les actions de promotion de la santé sont implicites à la prise en charge dans la majorité des établissements sociaux et médico-sociaux (certainement en raison de leur vocation sociale), force est de constater qu'elles ne sont ni clairement définies ni organisées, donc parfois peu efficaces. L'illustration de ce propos c'est par exemple faite dans un foyer occupationnel visité, où l'on nous dit concernant l'intégration de la notion de promotion de santé au projet d'établissement : « c'est à y réfléchir »²¹. Or, le directeur peut désormais trouver dans les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002²², une opportunité stratégique organisationnelle pour l'établissement. Cette démarche, qui

²¹ Annexe n°3 : établissements étant inscrits dans une démarche de promotion de santé

²² Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale.

constitue une véritable révolution culturelle dans le secteur, est aujourd'hui amorcée dans la majorité des institutions.

Cette loi résulte du constat d'un cadre réglementaire désuet face aux évolutions requises dans les ESMS pour être en adéquation avec les nouveaux besoins des usagers. Ainsi, face à la diversification des populations accueillies dans les ESMS et la complexité de leurs problèmes sanitaires, elle propose une palette d'outils réglementaires adaptés car essentiellement basés sur l'individualisation et la qualité des réponses, qui intègrent par conséquent la promotion de la santé.

La dimension participative, chère à cette dernière, y est concrètement illustrée à travers le CVS préalablement évoqué ou encore le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge). En effet, celui-ci est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou son représentant légal et mentionne les objectifs de la prise en charge définis conjointement avec l'utilisateur, c'est-à-dire les prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, mais aussi et de plus en plus thérapeutiques. Ainsi, le projet individuel d'un petit garçon obèse, accueilli en Foyer de l'Enfance, comporte un large chapitre sur la prise en charge médicale, mais aussi sociale de son problème de surcharge pondérale : depuis la fréquence de ses rendez-vous chez le médecin nutritionniste et la diététicienne, jusqu'aux horaires de ses repas et son placement à table (fonction des comportements alimentaires des autres enfants).

Enfin, les projets de service et d'établissement, dont la durée de vie n'excède pas cinq ans, obligent les institutions sociales et médico-sociales à réactualiser leurs objectifs en cohérence avec les évolutions des besoins des usagers. Ils intègrent désormais des projets de promotion de la santé, aujourd'hui considérée comme un levier éducatif majeur.

Il existe donc une volonté commune, dans les EPS comme dans les ESMS qui, même si elle s'exprime différemment, vise pareillement l'amélioration de la santé des usagers mais surtout une santé dont ces derniers deviennent les protagonistes. Cependant, force est de constater que des obstacles, pour la plupart techniques, viennent entraver la mise en œuvre de ces résolutions dans les actions de terrains.

2.3 Les obstacles techniques à la promotion de la santé dans les établissements

La mise en œuvre de la promotion de la santé se heurte à des obstacles techniques souvent soulignés lors de nos entretiens. D'une part, le financement des actions est multiple mais aléatoire et non pérenne. D'autre part, l'évaluation, qui doit permettre de

vérifier l'efficacité d'une politique, est très souvent jugée délicate et rarement réalisée, même si elle présente évidemment un intérêt majeur.

2.3.1 Financement et pérennisation de l'action

Les établissements disposent d'un panel large de financeurs potentiels. Cependant, cette multitude n'assure pas un financement certain. En effet, il convient d'identifier les financements adéquats, de les solliciter et de les obtenir²³. Cette démarche est souvent complexe et lourde. Pour obtenir un financement, les établissements doivent construire des projets qui entrent dans des critères préétablis. Les dossiers sont souvent déposés auprès de plusieurs instances qui parfois peuvent co-financer. Tout projet semble, en effet, pouvoir être subventionné parfois même par des financeurs privés. Mais, cette procédure apparaît fastidieuse et, surtout, source de frustrations et de démotivation pour les équipes, en cas de refus successifs.

Les principales sources de financements sont :

- Fonds National de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)
- Fonds national d'assurance maladie
- Fonds national d'action sanitaire et sociale
- Fonds de gestion administrative
- Fonds national de prévention des accidents du travail
- Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (par le biais d'une association)

La législation prévoit d'autres financements. Le comité technique national de prévention a pour mission de coordonner et de financer les actions de prévention²⁴. Les financements des réseaux de santé peuvent être obtenus auprès des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie. La dotation nationale de développement des réseaux est répartie en dotations régionales²⁵. Ces mêmes réseaux peuvent également bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales²⁶. L'association d'usagers a souligné les difficultés pour obtenir un financement même partiel. Trois centres hospitaliers ont précisé que le financement de leurs actions est réalisé sur leurs propres moyens avec parfois un financement de l'ARH.

²³ Le SREPS en Basse-Normandie a dans ses objectifs l'optimisation des procédures (voir schéma en annexe 9)

²⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²⁵ Article R. 162-59 du décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux

²⁶ Article D. 766-1-1 décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé

Une ARH a d'ailleurs rappelé que les établissements de santé peuvent utiliser l'enveloppe Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) pour ce type d'actions.

Tous les financements non pérennes peuvent poser problème dans la mise en place des actions. En effet, il est plus difficile de procéder à un recrutement par exemple lorsque la durée est limitée. Trois chargés de missions dans des établissements de santé ont souligné cette difficulté. Ils l'ont même identifiée comme l'éventuelle cause d'arrêt d'une opération. Un médecin d'une Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) souligne que le financement obtenu doit servir d'amorce, à charge pour l'établissement de l'intégrer ensuite dans son budget propre pour pouvoir pérenniser les actions. Ces financements non pérennes et aléatoires semblent fragiliser le développement durable des actions de promotion de la santé. Des réformes législatives peuvent parfois avoir un impact indirect sur la promotion de la santé.

Ainsi, depuis la loi de finances rectificative pour 2003, qui modifie l'Aide Médicale d'État (AME), les étrangers en situation irrégulière doivent désormais avancer les frais de soins afin de pouvoir être pris en charge. Le texte prévoit également de replacer les mineurs étrangers isolés dans le système de l'AME, plus restrictif que la CMU (Couverture Maladie Universelle), puisque les soins optiques, dentaires et autres soins spécifiques sont abrogés, même pour les mineurs sous couvert de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ainsi, il est indéniable que cette réforme, qui répond à la légitime car nécessaire modération des dépenses de santé ne va pas dans le sens de la promotion de la santé, puisqu'elle désavoue le principe « d'égalité d'accès aux soins pour tous » et décourage le comportement préventif et d'autonomisation préconisé auprès de ces populations. En outre, alors même que l'on note une recrudescence importante de ces dernières dans les établissements sociaux de type CHRS ou Foyers de l'enfance, la question du financement des soins qui leurs sont prodigués, souvent très coûteux (prise en charge d'un VIH ou d'une hépatite B par exemple), risque de poser problème. En effet, si ces soins ne sont plus couverts par la protection sociale de ceux qui en bénéficient, les établissements peuvent-ils les financer et surtout comment ?

Malgré ces freins financiers la promotion de la santé apparaît être un enjeu évident pour les établissements. En effet, un directeur de CPAM a confirmé que la promotion de la santé devrait prendre encore plus d'ampleur dans les années à venir notamment en raison des contraintes économiques que connaît notre système de protection sociale. La promotion de la santé représente donc un investissement qui devrait permettre de réaliser

des économies à long terme. A ce titre, la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) atteint 125 millions en 2004 alors qu'elle était de 22,87 en 2002.

2.3.2 Evaluation

L'évaluation de la promotion de la santé est une volonté clairement affichée par les pouvoirs publics mais aussi par les personnes rencontrées dans le cadre de nos entretiens. Ainsi, il est prévu que l'évaluation des réseaux doit être réalisée par comparaison des résultats obtenus aux objectifs initiaux²⁷. De plus, une démarche d'évaluation²⁸ est instaurée qui doit permettre, tous les trois ans, et au terme du projet, d'apprécier :

1. Le niveau d'atteinte des objectifs.
2. La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats).
3. La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau.
4. L'organisation et le fonctionnement du réseau.
5. Les coûts afférents au réseau.
6. L'impact du réseau sur son environnement.
7. L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.

La loi d'août 2004²⁹ sera suivie annuellement et évaluée tous les cinq ans, elle peut à tout moment faire l'objet d'une évaluation globale ou partielle par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Un médecin d'une DRASS souligne que le rapport annexé à la loi reprend des objectifs quantifiés et des indicateurs transversaux.

Cependant, sur le terrain la réalité est beaucoup plus contrastée. En effet, l'évaluation n'est souvent réalisée que partiellement, elle apparaît difficile et complexe comme le confie un directeur d'ARH. L'évaluation du processus semble simple à mettre en œuvre alors que l'évaluation de l'impact s'avère presque impossible. Un établissement indique pourtant que l'évaluation du processus n'est pas réalisée car elle prendrait plus de temps que l'action elle-même. Une évaluation quantitative est souvent menée : nombre de consultations ou nombre de dépistages. Le nombre d'hôpitaux inscrits dans le réseau « Hôpital Sans Tabac » est un indicateur repris par un centre hospitalier³⁰. Un chargé de mission d'un établissement hospitalier indique qu'il établit un rapport d'activité annuel.

²⁷ Article R. 162-65 du décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux

²⁸ Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé

²⁹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

³⁰ de 40 à 350 établissements

Une autre difficulté relevée à plusieurs reprises lors des entretiens est la nécessité de disposer d'un recul suffisant pour analyser l'impact d'une action. Un interlocuteur souligne que le moyen terme est indispensable pour une évaluation satisfaisante et un autre précise que ces actions s'analysent sur le long terme. Pour ce dernier, les actions étant éparpillées et la remontée d'informations très mauvaise, il est impossible d'obtenir une évaluation précise.

L'évaluation apparaît globalement être une priorité pour les établissements, des objectifs et des indicateurs sont de plus en plus souvent prévus dans le projet initial d'autant que les financeurs demandent à l'appui des bilans financiers une évaluation de l'action. Les établissements peuvent d'ailleurs être aidés pour la construction de l'évaluation par le Comité Régional d'Education pour la Santé (CORES). Pour être efficace, l'évaluation doit être participative, il est important de négocier l'ensemble des objectifs, des critères et des indicateurs. La loi d'août 2004 prévoit des indicateurs quantitatifs (objectifs chiffrés) alors que des indicateurs qualitatifs sont souvent plus adaptés et complémentaires³¹.

³¹ Annexe 10 : liste d'indicateurs du CORES de Basse-Normandie

3 LES SUGGESTIONS POUR INSCRIRE LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT

Afin d'offrir aux usagers et personnels des EPS et EPSMS les outils nécessaires au contrôle et à l'amélioration de leur santé, il convient au préalable, pour une direction, de réaliser l'analyse des difficultés opposables dans le but de définir les stratégies à mettre en œuvre et les modalités de leur évaluation en vue de les rendre plus pertinentes.

3.1 La promotion de la santé : le rôle moteur d'un directeur

La promotion de la santé doit au préalable s'affirmer en interne afin de faire partie intégrante de l'établissement de répondre à ses missions.

3.1.1 L'impulsion de la dynamique institutionnelle

A) Le rôle du directeur et des professionnels

La promotion de la santé, dans ses diverses formes, répond principalement aux injonctions législatives. Toutefois, outre cette impulsion émanant de l'environnement extérieur, il semble nécessaire, voire indispensable, que la dynamique s'instaure au sein même de l'établissement. En effet, les professionnels sont à l'initiative de projets relatifs à la promotion de la santé, ils s'investissent souvent à les accompagner à terme, notamment auprès de la direction. Ainsi, il ressort de nos entretiens qu'un grand nombre de médecins et IDE recherchent et proposent des actions concrètes permettant d'éduquer et responsabiliser l'utilisateur.

Or, dans les établissements sanitaires et sociaux, cette initiative émane du directeur lui-même, ou de l'équipe de direction. Sa vision globale et stratégique de l'établissement l'amène à conduire une politique institutionnelle intégrant la promotion de la santé même si elle n'est pas identifiée en tant que telle. Aussi est-il nécessaire qu'il soit formé en conséquence. Cette formation permet d'être pro-actif alors que les institutions ont parfois des difficultés à impulser une dynamique nouvelle face à des changements internes et/ou externes sur les projets et actions développés³².

Sous l'impulsion d'un directeur convaincu, la promotion de la santé permet une amélioration des conditions de travail des professionnels de nature à accroître la qualité de prise en charge de l'utilisateur. Pour ce faire, le directeur doit privilégier la transparence et

³² Annexe 11 : les apports de la promotion de la santé pour les établissements visités

la communication. Cette politique institutionnelle doit s'appuyer sur l'information et la formation des professionnels de l'établissement.

B) Le rôle de la formation

La sensibilisation aux actions de promotion de la santé prend ancrage dans des actions de formations adéquates. Si l'initiative n'émane pas des personnels, le directeur doit instiller une politique de formation en direction de ces derniers. Ces formations peuvent tout aussi bien concerner les conditions de travail du personnel que le bien-être physique et/ou moral des usagers qui témoigne d'un service de qualité auprès du patient. Un partenariat organisé avec un établissement hospitalier et un centre de formation permet aux agents mobilisé d'obtenir un Diplôme Universitaire (DU) en « éducation à la santé pour les patients »³³. Ces professionnels formés deviennent ainsi des vecteurs d'informations au sein de l'institution aussi bien auprès de l'utilisateur que des autres personnels. Certaines formations sur site sont plébiscitées car elles donnent plus de cohérence à la finalité recherchée. La promotion de la santé se conçoit de manière interactive autour de l'utilisateur, avec une volonté de tendre vers une responsabilisation et une autonomie. De plus, se former peut être constitutif d'une « bouffée d'oxygène » contrecarrant les risques liés à l'usure professionnelle.

Les actions de sensibilisation proposées doivent impérativement intégrer les nouveaux personnels, souvent oubliés en raison d'un *turn-over* important, nuisible à la cohérence de la politique menée.

Ce type de formations relève d'une stratégie de la direction s'inscrivant dans le Projet d'Etablissement (PE). Ce document permet une formalisation des actions souhaitées et des projets engagés dans le domaine de la promotion de la santé.

3.1.2 Interpeller et donner les moyens de promouvoir la santé

A) Prioriser les outils existants dans l'établissement

Une direction doit prendre en considération les moyens matériels, économiques et humains dont elle dispose afin d'appréhender de la meilleure manière possible la promotion de la santé. En cas de carence, elle doit alors y remédier.

Les projets visent à assurer le bien-être des usagers et du personnel et invitent à mener une réflexion sur l'environnement interne. Un mobilier ergonomique sera privilégié, tandis que des photos seront affichées sur les murs, en raison de leur impact positif sur des personnes en difficulté avec leur propre image. Les infirmeries installent des plaquettes sur la prévention buco-dentaire, des maladies sexuellement transmissibles (MST), du

H.I.V., etc. L'aménagement des locaux permet de favoriser un climat de confiance. Des bureaux épurés et lumineux constituent aussi un lieu propice à l'évocation de question de santé comme en témoigne le résultat de nos entretiens³⁴.

En outre, du point de vue économique, le directeur doit étudier l'aspect financier et entériner des options stratégiques afin d'entrer dans une démarche qualité. L'amélioration des projets en matière de promotion de la santé doit prendre en compte cet indicateur de performance au même titre que l'aspect quantitatif et qualitatif. Un directeur doit tendre vers une efficience dans la promotion de la santé.

Enfin, promouvoir la santé émane d'une conception et pratique de management participatif souhaité par une direction. Il se perçoit comme la nécessité de mobiliser les personnes ; mais également, de consulter les professionnels afin d'écouter leurs besoins, leurs attentes, ou les difficultés rencontrées pour promouvoir la santé auprès des usagers, ou bien encore les carences.

Au-delà, il s'agit d'inscrire les usagers dans une conception citoyenne de l'appréhension de leur bien-être. En l'espèce, dans certains établissements, des réunions avec les usagers se déroulent afin de leur donner la parole sur les changements souhaités, les insuffisances constatées dans leur prise en charge, les axes d'amélioration envisagés et inciter leur participation active à l'agencement des locaux.

Il semble évident que la qualité du management a un impact direct sur le fonctionnement interne de l'établissement, et par conséquent, un impact sur la qualité des prestations offertes. C'est également, en corollaire, le reflet d'une certaine image de l'établissement, tant au plan interne que pour son environnement proche.

Cette vision managériale prend en considération l'identification de personnes ressources afin d'améliorer les actions dans le domaine de la promotion de la santé.

B) Un service de « santé publique », identifié comme tel, au sein de la structure

Il semble opportun de déléguer les actions de promotion de la santé à des personnes référentes et identifiées directement identifiables par les usagers et les personnels.

Prenant garde de ne pas recréer un cloisonnement, contraire aux objectifs affichés, et permet d'affirmer l'inscription de l'établissement dans sa démarche de santé publique et par conséquent, de promotion de la santé. C'est également un atout quant à la prise de conscience des usagers et des personnels de l'action entreprise. Pour deux établissements visités, des projets de restructuration sont précisément en cours pour regrouper les services promoteurs de santé.

³³ La santé de l'Homme ; « La promotion de la santé à l'hôpital ». Ed. INPES, VANVES, juillet-août 2002 n° 360, p.40

³⁴ Annexe n°3 : établissements étant inscrits dans une démarche de promotion de santé.

Ces éléments conduisent à penser que les métiers rencontrés dans les structures évoluent. En l'espèce, considérant les personnels consultés lors des entretiens, à l'image des Infirmiers Diplômés d'Etat (I.D.E) qui ont acquis une spécialité dans le domaine de la coordination. Ces derniers ont ainsi élargi leur démarche du soin curatif vers une approche de soin globalisée.

3.2Qui doit passer par la formalisation de la promotion de la santé

Il existe différentes façons de formaliser les actions en promotion de la santé. Le directeur, après les avoir inscrit sur le plan stratégique, va impulser cette dynamique et utiliser les outils déjà en place pour promouvoir la santé des usagers et du personnel.

3.2.1 Tournée vers l'utilisateur et le personnel en interne

Concernant l'utilisateur, l'élaboration des projets individuels et du PE est un levier pertinent pour promouvoir la santé.

A) Les projets individuels de vie des usagers

Le projet individuel comporte deux éléments majeurs, garants de la promotion de la santé. Le premier s'inscrit dans la considération globale de l'individu, au travers de son environnement social, économique, géographique et familial. Le second point se base sur ces fondements pour élaborer le projet de vie individuel de l'utilisateur dans la structure. Il est évident que ce projet de vie reste un consensus entre ses besoins individuels et les contraintes de la structure.

Néanmoins, ce projet, établi en équipe pluridisciplinaire avec l'utilisateur, « au cœur des préoccupations », et la prise en considération de l'être humain et de sa situation en dehors de la structure, est un outil indéniable et indispensable pour la promotion de sa santé. La considération de l'histoire de vie des usagers aura comme conséquence de mieux organiser son retour à domicile et d'utiliser les réseaux de santé repérés en amont. Cela constitue le début d'une filière non plus de soin, mais de santé.

Il permet également au personnel de ne plus envisager l'homme comme un objet de soin, mais comme un être humain qui a d'autres besoins que les gestes techniques proposés par la structure. La prise de conscience et la responsabilisation se situent à deux niveaux ; en premier lieu, à travers ce projet de vie, l'utilisateur devient maître de sa santé et choisit, en pleine conscience, des avantages et des inconvénients. Il quittera ensuite la structure avec la volonté de « prendre en main » sa propre santé et pérenniser le travail effectué en établissement. En second lieu, le personnel élargit son champ d'actions et voit son travail valorisé.

B) Le dossier partagé ou document unique : des outils à approfondir

Ce projet individuel corrobore l'idée de l'élaboration d'un dossier partagé, instruite dans les nouvelles réglementations. Ce dernier permet d'intégrer l'usager dans une filière de « santé ». Il favorise une action commune et coordonnée des professionnels, autour de la personne et des différents services dont elle a besoin.

Ce dossier partagé n'engendre pas immédiatement la responsabilisation et l'autonomie du citoyen quant à la pondération de ses besoins et l'exercice de ses libertés individuelles. Cependant, il demeure un élément d'information et de communication indispensable à la promotion de la santé pour pérenniser l'action de soin de l'établissement. Pour illustration, un établissement visité a mis en œuvre le dossier informatisé partagé en réseau, afin de poursuivre ses missions en faveur de l'usager.

Le document unique³⁵ pour le personnel est un outil de promotion de la santé. Il est un moyen d'identifier les risques professionnels et leur fréquence. Cette évaluation permet d'agir sur les conditions de travail en s'appuyant notamment sur les mesures réglementaires, en associant certains acteurs, tels le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et le médecin du travail.

L'évaluation est un outil précurseur à la prévention et permet d'installer un état de veille par la responsabilisation de chacun.

C) Le projet d'établissement

Le PE³⁶ s'appuie sur des choix d'objectifs et d'actions sur cinq ans, répondant aux besoins et visant à orienter pour le moyen terme les activités et le fonctionnement de l'établissement. Le projet d'établissement considère l'existant afin de définir les grandes orientations thérapeutiques et/ou éducatives en fonction de l'institution.

Le PE est un élément indispensable pour identifier les projets en cours et inscrire les différents acteurs internes, dont les usagers, dans une démarche de promotion de la santé. La rédaction du PE est un outil stratégique opportun pour un directeur. Il a deux utilités principales : en premier lieu, il permet d'évaluer la nécessité et la faisabilité des projets ; en second lieu, il mobilise les équipes pluridisciplinaires sur les thèmes traités.

³⁵ Décret n° 2001-1015 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs

³⁶ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 pour le secteur sanitaire ; pour les EHPAD, décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n°2001-388 du 4/05/2001 relative à la convention tripartite des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), pour le secteur médico-social : loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation du secteur social et médico-social.

Enfin, il motive le personnel au travers d'un travail en équipe autour d'un projet commun. Fondé sur une démarche participative, le PE résulte des attentes émises par les professionnels et permet de trouver un consensus transparent entre leurs demandes et les choix du directeur. Il favorise l'interpellation du système afin de proposer des moyens pour changer les pratiques, le cas échéant. Le partage d'expérience entre professionnels permet à chacun d'échanger sur son activité, de s'ouvrir à celle de l'autre, et ainsi de décloisonner les services. Une coopération de fait va s'installer, participant directement à la promotion de la santé. Au vu des établissements contactés et engagés dans une démarche de promotion de la santé, cette action est inscrite dans le PE.

3.2.2. Favoriser les filières de « santé »

Lorsque nous évoquons les filières, le terme de santé semble plus approprié que celui de soin. En effet, ces dernières permettent d'afficher une politique plus globale de la promotion de la santé, correspondant à sa définition.

L'ensemble des outils, propres à un établissement, évoqués ci-dessus, permet une ouverture en filière de « santé » pour favoriser la continuité du service et promouvoir la santé des individus. Pour cela, l'identification des acteurs doit être faite au préalable ; il en est de même de la volonté du directeur quant à l'inscription de l'établissement dans un réseau. La finalité de cette démarche n'est pas de se présenter comme un élément moteur ou précurseur, mais de participer.

3.3 Appréhender les limites pour tendre vers une réelle promotion de la santé

3.3.1 Considérer les limites de l'établissement, les accepter et s'ouvrir au partenariat

Pour s'inscrire dans un partenariat, un établissement, sanitaire ou social, doit cesser de se cloisonner dans des secteurs spécialisés. En effet, l'hôpital tient à sa technicité dans le domaine du soin, et les établissements sociaux et médico-sociaux, dans le domaine éducatif. Or, ces établissements n'ont plus à s'affirmer dans les missions imparties. Au-delà, les cultures internes et propres à la fonction publique hospitalière sont amenées à évoluer.

Il est impératif qu'un établissement accepte ses limites pour rechercher dans un partenariat la complémentarité. Cette démarche d'ouverture s'illustre dans un établissement par la recherche de soins gratuits auprès de facultés, de documentations présentées et données aux usagers, par le biais d'associations. Ce partenariat sert la finalité des établissements par une prise en charge efficiente des personnes accueillies.

Le partenariat doit être appréhendé de manière réciproque. Les expériences sont diverses à l'instar des associations intervenant dans un établissement, telles que le Réseau Hôpital sans tabac ou le Réseau DiabVire³⁷, relatif aux personnes diabétiques. C'est également permettre à une diététicienne libérale d'intervenir auprès des usagers sur le thème de la nutrition.

3.3.2 Evaluation et limites des propositions

Dans l'application de la vision stratégique, les actions de proposition doivent s'inscrire de manière pratique dans le quotidien, mais doivent faire l'objet d'un bilan a posteriori afin de cerner leur viabilité. Cette évaluation permet d'appréhender les limites éventuelles rencontrées sur le terrain et de les améliorer.

En effet, les besoins des bénéficiaires étant en constante évolution, des actions de promotion de la santé, efficaces à un instant défini, peuvent devenir obsolètes. Les professionnels et la direction doivent par conséquent être pro-actifs.

Nous devons prendre en considération les difficultés éventuelles rencontrées.

Ainsi, lorsque nous abordons le management participatif comme levier éventuel à la promotion de la santé, nous ne devons pas négliger que ce fonctionnement est parfois difficilement réalisable dans les établissements. En effet, la disponibilité des professionnels, notamment dans les petites structures, est un frein à la participation active du personnel. En outre, les personnes dépendantes ayant une capacité réduite à communiquer, peuvent difficilement exprimer leurs besoins ; la participation en est alors limitée. La promotion de la santé consiste dans ce cadre à l'amélioration de leur bien-être par une action sur leur environnement, et non une responsabilisation.

En outre, nous devons noter que le partenariat trouve ses limites dans une forme de dépendance qui peut en résulter. En effet, il peut devenir caduque en fonction des changements de l'environnement interne et/ou externe. Il est donc nécessaire d'être pro-actif afin que les usagers ne soient pas pénalisés.

Enfin, concernant le dossier partagé, les établissements visités, ayant participé à la mise en place de cet outil, soulignent un inconvénient majeur quant à son utilisation. L'intégration du support informatique n'est pas possible pour tous les intervenants du réseau.

³⁷ www.diabvire.com

CONCLUSION

La promotion de la santé naît d'un besoin, celui pour les EPS et ESMS de faire évoluer leurs propres pratiques et œuvrer pour la modification des pratiques en général, parce qu'elles mêmes ne répondent plus de manière optimale aux besoins des usagers « contemporains ».

Elle est donc une interrogation constante dans ces établissements, à l'instar de son évolution historique et juridique. A contrario, elle est également latente dans l'esprit des professionnels, qui certes mettent en place des actions de promotion de la santé, mais ne savent pas toujours l'analyser en tant que telle. En effet, le concept est peu aisé à définir et par conséquent à mettre en pratique. En outre, d'autres obstacles entravent son développement et doivent amener les directeurs à repositionner une politique institutionnelle dynamique tant en interne qu'en externe.

Ainsi, la démarche de promotion de la santé dans les établissements est au cœur des problématiques actuelles.

Elle est tout d'abord partie intégrante de la qualité. En effet, non seulement les stratégies mises en place pour promouvoir la santé sont garantes de cette qualité, mais elles sont aussi gages de sens et de cohérence des prestations délivrées par les établissements.

Ensuite, elle conforte la réaffirmation des droits et attentes de l'utilisateur, notamment à travers sa participation effective et concrète aux services dont il est le bénéficiaire. Une dimension citoyenne se fait alors jour par l'implication et la responsabilisation réciproques du professionnel et de la personne accueillie.

Enfin, les secteurs social, médico-social et sanitaire détiennent chacun une pièce du « puzzle » que représente la promotion de la santé sans pour autant chercher à les assembler, du moins dans les usages. Or, ce concept ne pourra désormais démontrer son efficacité que s'il s'instaure une continuité entre ces trois domaines du système de santé. C'est cette dynamique coopérative que tentent d'insuffler les réseaux de santé dont la charte³⁸ préconise que « les acteurs [...] construisent des pratiques coordonnées qui assurent la continuité et la cohérence de l'accompagnement sanitaire et social et favorisent la participation des personnes à cette démarche ». C'est donc là tout l'intérêt de rencontres interprofessionnelles et d'abord inter filières comme le module interprofessionnel de santé publique.

³⁸ Charte disponible sur le site de la Coordination nationale des réseaux : <http://www.cnr.asso.fr/charte/charte.htm>

Bibliographie

OUVRAGES

- BURY J.A. *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification*. Bruxelles : De BOECK WESMAL SA, Université. Collection Savoir et Santé. 1988. 233 p
- CAZABAN M., DUFFOUR J., FABBRO-PERAY P., JOURDAN R., LEVY A., *Santé Publique*. 4^{ème} édition. PARIS: MASSON (Abrégés), 2004. 249 p.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La Santé en France en 2002*. La documentation française. 2003. 409 pages.
- MASSE R. *Cinquième conférence nationale sur la promotion de la santé*. Saint-Gall (suisse). Janvier 2003.
- SKRABANEC P. *L'impossible politique de la santé publique en France*. 1995.

RAPPORT

- HCSP. *Enquête à la demande du HCSP*. Centre Régional d'Etudes Documentaires (CREDOC). 2001.
- Rapport IGAS. *Santé, pour une politique de prévention durable*. 2003. 317 pages

ARTICLES

- Dr François MARTIN, « Santé et Hôpital : choc de culture ? », *La Santé de l'homme*, juillet-août 2002, N° 360, p 16
- Isabelle AUJOULAT, Dr François MARTIN, Alain DECCACHE, « Repères pratiques pour mettre en place un processus de promotion de la santé », *La Santé de l'homme*, juillet-août 2002, N° 360, p 28
- La santé de l'Homme. *La promotion de la santé à l'hôpital*. Vanves, INPES. Juillet-août 2002. n°360
- Yan Bourgueil, *Revue Hospitalière de France* n°492, mai 2003

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- Légifrance. 2004. (visité le 9.10.04). Disponible sur internet : <http://www.légifrance.fr>
- Refips 2004. (visité le 2.10.04) Disponible sur internet : <http://www.refips.org.fr>

TEXTES DE LOI

- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à l'organisation hospitalière
 - Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
 - Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
 - Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
 - Loi n°2002- 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
 - Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
 - Décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n°2001-388 du 4/05/2001 relative à la convention tripartite des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).
 - Décret n° 2001-1015 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.
 - Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux.
 - Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé.
 - Circulaire n°2003-257 relative aux missions de l'hôpital local
-
- Charte d'Ottawa 1986 : conférence internationale pour la promotion de la santé
Ottawa 21 novembre.

Liste des annexes

Annexe 1 : Planning des entretiens

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux établissements inscrits dans une démarche de promotion de santé.

Annexe 3 : Restitution des entretiens des établissements inscrits dans une démarche promotion de santé

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux établissements non inscrits dans une démarche de promotion de santé.

Annexe 5 : Restitution des entretiens des établissements non inscrits dans une démarche de promotion de santé.

Annexe 6 : Questionnaire destiné aux partenaires.

Annexe 7 : Restitution des entretiens avec différents partenaires.

Annexe 8 : Démarche participative

Annexe 9 : Le SREPS en Basse Normandie

Annexe 10 : Rapport d'activité et évaluation du réseau CORES/hôpitaux en éducation pour la santé de Basse-Normandie

Annexe 11 : Les apports de la promotion de la santé pour les établissements visites

Annexe 12 : Quels sont les critères d'un bon projet de promotion de la santé ?

Annexe 13 : Critères pour un hôpital promoteur de santé

Annexe 14 : Santé et hôpital : choc de culture ?

ANNEXE 1
Planning des entretiens

Lieu	Type d'établissement	Date	Heure	Contact	Qui
Visites					
Lille	Foyer enfance	24/09/04	10h00	Visite	Julie/Karine
Paris	APHP réseau	23/09/04	13h30	Visite	Catherine
Bordeaux	CHRS	24/09/04	18h00	Visite	France
Bretagne	DRASS	24/09/04	11h00	Visite	Laurence/Lucile
Basse Normandie	CORES	24/09/04	15h30	Visite	Laurence/Lucile/ Agathe
Vire	CH	27/09/04	14h00	Visite	Laurence/Lucile/ Agathe
Mulhouse	CH	27/09/04	14h00	Visite	Audrey
Téléphone					
Dordogne	DDASS	22/09/04		Mail	France
Dordogne	CH	23/09/04		Tél.	France
Picauville	CHS	23/09/04	9h30	Tél.	Laurence
Nice	CHU	23/09/04		Tél.	Jean-Claude
Narbonne	CPAM	24/09/04		Tél.	Jean-Claude
Paris 15ème	CH Vaugirard	24/09/04	9h30	Tél.	Agathe
Bretagne	ARH	24/09/04		Tél.	Jean-Claude
Cherbourg	CH	27/07/04	9h30	Tél.	Laurence
Carcassonne	Handicap	27/09/04	9h30	Tél.	Karine
Diab Vire	Association	28/09/04	9h30	Tél.	Laurence

ANNEXE 2 Questionnaire établissements inscrits dans une démarche de promotion de santé

INTRODUCTION

- 1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ? (+ *discussion*)
- 2) Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?
 - Quel public / besoins est (était) ciblé ?
 - *Intégré au projet de vie individuel ?*
- 3) Quel en a été l'élément déclencheur ?

REALISATION

- 4) La promotion de la santé est elle inscrite dans le projet d'établissement ? Est elle identifiée comme un élément stratégique par la direction?
- 5) Quelle méthode avez vous utilisé ?
 - Qui a défini les besoins de santé auxquels les projets répondent ?
 - Quels ont été les acteurs : Partenaires internes, externes (réseau)
 - Financement
- 6) Quelles actions de formation ont été mises en œuvre auprès du personnel concerné ?

FONCTIONNEMENT

- 7) Existe t-il une (des) personne(s) dédiée(s) à ces actions ? (ETP) Qu'est ce qui a motivé ce choix ?
- 8) Existe t-il une évaluation de vos actions ? Existe t-il des questionnaires de satisfaction à ce propos ? (communication des résultats ? , personne référente ?) Evaluation du processus et/ou de l'impact du projet ?
- 9) Sur quels critères ferez vous le choix de pérenniser les actions?

APPORTS

- 10) Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont ou qui participent à ces actions ?
- 11) Quels sont les apports des actions en promotion de la santé vis à vis
 - du personnel
 - des patients
 - de l'établissement
 - de la communauté.

ANNEXE 3

Entretiens avec les établissements inscrits dans une démarche de promotion de la santé

- 1) Centre Hospitalier de MULHOUSE
- 2) Foyer occupationnel adultes handicapés mentaux de Carcassonne
- 3) Foyer départemental de l'enfance de Lille (59)
- 4) CH de Vire
- 5) CH de Vaugirard
- 6) CH de Cherbourg
- 7) CHS de Picauville
- 8) Siège APHP Paris : Réseau Hôpital sans Tabac
- 9) CHU de Nice
- 10) Association Viroise des diabétiques

1) Centre Hospitalier de MULHOUSE

Interlocuteur : Directeur des Usagers

Mode d'entretien : visite le 27 septembre 2004

Questionnaire : n'a pas été envoyé au préalable

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé ?

Promouvoir la santé est optimiser les moyens dont on dispose pour les mettre au service des besoins sanitaires de la population. C'est un choix de gestion et de stratégie médicale. Il faut évoluer avec ces besoins pour offrir une prise en charge adéquate. Après, ce sont des malades potentiels moins nombreux et moins lourds qui se présentent à l'hôpital.

2) Projets dans l'établissement.

L'hôpital ne peut faire abstraction de toutes les structures qui l'entourent, notamment en matière de prévention. L'hôpital met à disposition ses compétence, son expertise. D'où l'intérêt des réseaux.

On peut citer

- une unité mobile de gériatrie qui doit permettre d'éviter en amont de retrouver des situations catastrophiques aux urgences,
- un réseau ville/ hôpital pour le sida,
- un dépistage des cancers colo-rectaux et une alerte des population sur les facteurs de risques, particulièrement importants en alsace,
- une filière pour les AVC qui contribue à leur prévention secondaire,
- une consultation mémoire pour la détection des déficiences neuro-psychologiques,
 - un SAVS (service d'aide et d'accompagnement à la vie sociale) pour redonner une forme d'autonomie aux personnes rééduquées.
 - Les CLIC pour éviter des réhospitalisations (coordination entre les acteurs).
 - Les PAS.
 - L'adhésion au réseau hôpital sans tabac (affiches, consultations...)

3) Quel a été l'élément déclencheur ?

Bien sûr les politiques nationales, ciblées, pour répondre aux besoins de la population. Mais aussi les hommes (qui sont réceptifs ou non au social, ...). La raréfaction des ressources est aussi un élément important = ciblage des priorités. Le tissu associatif est également un moteur (APOM association pour oncologie multidisciplinaire ,Ligue contre le cancer...).

4) Promotion de la santé est elle inscrite dans projet d'établissement ?

L'adhésion au réseau hôpital promoteur de santé est un objectif. Mais du travail est fait sans cela. La transversalité est une clé du troisième projet médical. Sont également développées des conventions tant avec le public qu'avec le privé. Un consultant extérieur a apporté sa contribution à l'élaboration du projet, porté par différents groupes de travail.

5) Quelles méthodes ?

Les besoins de santé sont définis au niveau national et régional. Parmi les priorités, l'hôpital de Mulhouse fait certains choix (cf la fibre sociale du directeur).

Pour ce qui est du financement, l'hôpital fait avec les moyens dont il dispose. C'est seulement si des difficultés apparaissent que des demandes d'aide sont formulées.

Jamais le préventif ne se fait aux dépens du curatif. Attentes de répercussions positives sur le curatif par des malades moins nombreux et moins atteints.

Par exemple, en matière de tabac, une aide des pouvoirs publics a été apportée.

Rappeler l'importance du médecin de ville qui oriente les patients à l'hôpital et assure ensuite leur suivi. Il doit être informé sur ce qui se fait à l'hôpital.

6) Quelles actions de formation ?

L'hôpital de Mulhouse met à disposition pour le grand public ou d'autres professionnels des professionnels de santé exerçant en son sein pour des conférences, etc.

Plus généralement, est mise en œuvre une politique de formation active pour permettre une évolution des connaissances et des acquis du personnel. Mais rien spécifiquement dédié à la promotion de la santé.

7) Personnes dédiées à ces actions ?

Des mesures sont financées par des budgets particuliers. Par exemple un psychologue et une assistante sociale financés par la Ligue, une assistante sociale du SAVS financée par le conseil général, du temps de médecin en tabacologie financé par l'Etat... Moyens sont donnés sinon au fil des politiques nationales.

8) Evaluation ?

C'est une faiblesse, même si le projet médical et le projet d'établissement en font désormais l'une de leur priorités. L'évaluation reste à développer. Cependant il existe des questionnaires et des enquêtes de satisfaction. La Ligue par exemple demande à l'hôpital de rendre des comptes.

Pour ce qui est par exemple des conseils donnés à un obèse pour sa prise en charge future aux urgences, force est de constater que souvent ce n'est pas le cas, ou au mieux cela dépend de la personne qui s'occupe du patient.

9) Critères pour pérenniser les actions ?

Critères épidémiologiques, démographiques, de politique de santé, faisant suite à une évaluation, dépendant de la décision des individus, des ressources.

10) Modifications dans la culture ?

On remarque un intérêt pour la transversalité, la pluridisciplinarité et pour l'ouverture sur ce que font les autres : on ne peut plus travailler tout seul, quitte à créer son propre réseau informel.

11) Actions envers les personnels ?

Actions pour préserver leur santé : campagnes de vaccination, école du dos (présentée notamment lors des journées d'accueil), dispositifs pour éviter incidents dus à des piqûres et suivi de ces incidents...

Mais bien évidemment ils sont touchés par les actions envers le public.

2) FOYER OCCUPATIONNEL – ADULTES HANDICAPES MENTAUX à CARCASSONNE

Mode d'entretien : téléphonique le 27 septembre 2004

Questionnaire : n'a pas été envoyé au préalable

INTRODUCTION

1. Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

Parler de la promotion de la santé, c'est évoquer les ingrédients de base relatifs aux besoins fondamentaux : santé et bien-être physique, santé mentale et psychologique, hygiène générale (dents, yeux, ...).

Pour s'occuper d'un résident, le personnel doit avoir un état de santé identique à ceux identifiés ci-dessus. Il n'aura pas la même disposition pour le résident s'il ne se sent pas en bonne forme.

Pour le résident, c'est inscrit dans notre mission ; pour le personnel, c'est corrélatif, de manière indirecte. C'est à inscrire dans une politique de management.

2. Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?

C'est une position globale de l'établissement, inscrit dans ces préoccupations.

Cela permet de visualiser des alertes plus réactivement, donner lieu à un suivi et un accompagnement pour déceler les moindres souffrances.

Pour les résidents, quant à la dimension physique de la santé : suivi médical, ritualité, fonctionnement dans l'établissement autour de la vie sociale, ...

Il y a le règlement de fonctionnement, la « loi symbolique » réaffirmée dans la structure, et comment l'institution réagit aux écarts.

Pour le personnel, le document unique, les réunions où l'on prend en compte ce qu'ils sont et ce qu'ils ont à dire (interpellation du système ; leurs soucis personnels).

La direction se met à la disposition du personnel pour en parler ; comment les conseiller au mieux. Cela demande de prendre des dispositions telles accompagner quelqu'un en arrêt maladie, en congés ; adaptation de l'institution pour un travail effectif par la suite.

Toujours essayer d'identifier les problèmes à la base.

3. Quel en a été l'élément déclencheur ?

Cela vient de la direction, plus dans un concept de travail social et médico-social, et à faire sur le plan philosophique.

Il y a des situations où les personnes handicapées mentales ne peuvent pas être intégrées dans un système social comme tout le monde.

Leur bien-être et leur santé sont donc essentiels. Il faut leur donner des acquis, car la santé n'est pas innée pour eux.

C'est une culture du bien-être (mot important car transversal) à développer. C'est un réflexe à avoir.

RÉALISATION

4. La promotion de la santé est elle inscrite dans le projet d'établissement ? Est-elle identifiée comme un élément stratégique par la direction ?

Elle n'est pas inscrite sur ce point là. Elle existe dans le projet, mais n'est pas identifiée en tant que telle dans un paragraphe distinct. C'est à y réfléchir et peut-être à intégrer prochainement.

Au niveau du management du personnel, c'est indéniable. S'ils ont le sentiment que la direction est derrière eux, quel que soit le problème, ils sont complètement intégrés et investis. Le personnel a besoin d'être en sécurité.

Il y a beaucoup de similitudes avec les besoins du résident.

C'est inscrit dans une dynamique collective de la vie institutionnelle.

Un des objectifs du directeur est d'avoir des gens performants, donc ils doivent être bien dans ce qu'ils vivent.

5. Quelle méthode avez-vous utilisé ?

Quant aux acteurs, l'action est essentiellement interne au Foyer.

De fait, il existe des réseaux de soins avec des spécialistes : médical et paramédical, l'hôpital psychiatrique.

A l'extérieur, ils ont des sorties, vont à la piscine, ... ; cela participe à leur bien-être mental.

Cependant, tout ce qu'on a mis en place à un instant T, peut ne plus être appliqué en T1, car la maladie mentale est évolutive.

Quant au financement, pas de ligne particulière dans le budget. Initiative de bien doter les comptes existant pour inclure cette action.

Cela nécessite de l'inclure dans différents comptes, pour la dotation du budget, car il faut faire admettre cet argument au tarificateur. Ce n'est pas évident car ce n'est pas dans sa priorité.

6. Quelles actions de formation ont été mises en œuvre auprès du personnel concerné ?

Par les choix de plan formation continue. Les personnels font des demandes de formations qui vont dans ce sens.

Je n'ai pas retenu des orientations de formation sur ce sujet.

Ce n'est pas formalisé et conçu de manière spécifique. J'ai négocié avec l'ANFH une formation « Rôle éducatif pour du personnel non éducatif ».

FONCTIONNEMENT

7. Existe-t-il une (des) personne (s) dédiées à ces actions ? (ETP) ?

Il existe deux champs techniques : les IDE, le médecin = 1,5 ETP ; la psychologue, le psychiatre = 1 ETP.

Ces personnes sont promoteurs de la promotion de la santé. A côté, les gens mettent en action les propositions émises. Le personnel a bien repéré ces personnes qui participent à la veille technique.

Je mets en place une réunion avec ces deux représentants (IDE et psychologue) pour un observatoire technique auprès du résident et dans lequel on étudie le bien-être physique et mental des résidents, car ce dernier est précaire.

8. Existe-t-il une évaluation de vos actions ?

Du côté des résidents, il n'existe pas de grille d'évaluation. Un peu dans les réunions « synthèse » et « groupe référent » où l'on vient d'ajouter une grille d'évaluation. On peut alors voir une évolution dans tous les paramètres de la vie du résident. C'est une grille régulière remplie par l'éducateur qui fait la synthèse, avec un tableau sur 3 ans pour permettre un comparatif.

9. Sur quels critères ferez-vous le choix de pérenniser les actions ?

APPORTS

10. Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont ou qui participent à ces actions ?

J'en trouve très peu à l'heure actuelle ; les personnes sont très à l'affût quant à la veille technique auprès des résidents.

Au-delà, nous avons d'autres moyens, mais peu assurés par manque de temps, surtout pour les IDE qui sont à temps plein auprès des résidents.

Le sujet n'est pas parlé de cette façon dans l'institution ; on fait ça sans s'en rendre compte.

Il faudrait que je donne des missions à l'une ou à l'autre, avec des ramifications ; concernant l'IDE, j'essaie de trouver une formation pour compléter l'aspect diététique.

11. Quels sont les apports des actions en promotion de la santé vis à vis :

Du personnel : Il n'y a pas vraiment d'apport. L'établissement n'est pas promoteur de ça, sauf quant à la médecine du travail, pour l'ensemble des salariés, remplaçants compris.

Apports quant au choix du matériel de travail, de l'environnement interne. Chaque fois qu'il y a un investissement, on entre dans une démarche participative.

Des résidents : Apporter une amélioration au quotidien pour des personnes qui ont une évolution physique fragile et fortement évolutive ; du jour au lendemain, une hospitalisation d'office peut être demandée car ils ont une décrépitude rapide.

3) Visite du Foyer Départemental de l'Enfance de Lille

Mode d'entretien : visite le 24 septembre 2004

Questionnaire : n'a pas été envoyé au préalable

Nombre de lit et/ou places : 85 places

Interlocuteur : Directeur Général, Médecin pédiatre, une Infirmière DE, une Aide-soignante.

Présentation succincte de l'établissement :

Généralités

Le Foyer de l'Enfance de Lille est géré depuis 1983 par l'Établissement Public départemental de Soins, d'Adaptation et d'Éducation. Il procède de la réorganisation de l'ancienne Maison départementale de l'Enfance.

L'établissement est ouvert toute l'année, de jour comme de nuit. Il assure la prise en charge de 85 enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans et confiés au service de l'Aide Sociale à l'Enfance. Toutefois, force est de constater un sureffectif récurrent (A titre d'illustration, le taux d'occupation moyen de l'année 2002 s'élève à 118,3%).

Le Foyer comporte quatre unités de vie, dont trois permettent d'accueillir des jeunes en chambre individuelle et collective et de recevoir des fratries. Ces unités sont mixtes et accueillent des enfants âgés de 6 à 18 ans. La quatrième unité de vie accueille des adolescents âgés de 16 à 18 ans ou plus, et se compose de studios individuels ou pour deux personnes.

L'établissement est également habilité à assurer la prise en charge de jeunes plus âgés dans le cadre de l'Accueil Provisoire Jeune Majeur (A.P.J.M.) ou d'enfants plus jeunes dans le but de maintenir les fratries.

Population accueillie

En plus des admissions considérées comme « classiques » (pour cause de maltraitance, de défaut de soins, etc), l'afflux de Mineurs Étrangers Isolés, phénomène amorcé en 1998, s'amplifie et tend à modifier la physionomie et le fonctionnement du Foyer. En effet, ceux-ci représentent actuellement près de 80 % des effectifs de l'établissement. La pyramide des âges témoigne d'un vieillissement de la population hébergée (l'âge moyen avoisine les seize ans) et les équipes sont constituées de nationalités nombreuses et variées. Les échanges et la communication sont par conséquent plus difficiles. Cependant, l'adaptation des personnels (et notamment le « plateau technique » médical et paramédical) et des jeunes en ce sens est remarquable.

Déroulement de la visite :

Nous avons été accueillies sur une journée complète. Après une introduction par le directeur, nous avons visité l'ensemble des services pour mieux situer l'activité de l'établissement ainsi que son environnement interne. Cette visite a été l'occasion d'une discussion quant aux actions de santé menées au sein du Foyer, puis nous avons réalisé trois entretiens, sur la base du questionnaire élaboré par le groupe, respectivement avec l'infirmière et l'aide-soignante, le médecin pédiatre et enfin le directeur.

Observation et discussion : Éléments ayant trait à la promotion de la santé dans l'établissement :

Le service thérapeutique, appelé « plateau technique », se compose de : 1 médecin pédiatre, 1 médecin psychiatre, 1 psychologue, 1 psychomotricienne, 1 orthophoniste, 1 infirmière et 1 aide-soignante, ainsi que de nombreux infirmiers stagiaires (il existe en effet plusieurs partenariats avec les écoles d'infirmières locales).

Une aile entière du bâtiment est consacrée aux « soins » au sens large. Elle regroupe en effet six pièces, dont un local d'accueil pour les jeunes, ouvert toute la journée ; le local des médecins (pédiatre et psychiatre) ; le bureau de l'infirmière ; le local de la psychologue ; le local de l'orthophoniste et le local de la psychomotricienne.

Dans le local d'accueil des jeunes, une bibliothèque remplie de documentation met à disposition des jeunes une large information sur tous les problèmes de santé publique auxquels ils sont le plus susceptibles d'être confrontés (documentation sur l'hépatite B réalisée par un infirmier-stagiaire, documentation sur le VIH en plusieurs langues, la diététique, l'hygiène bucco-dentaire, etc.).

Des préservatifs sont à la libre disposition des usagers (partenariat avec le centre de prévention du Conseil Général qui les fournit gratuitement).

Deux séances d'IDR (détection du Bacille tuberculinique) sont réalisées chaque année (par un médecin du Conseil Général) pour les Mineurs étrangers isolés (MEI) qui ne sont pas scolarisés et qui ne peuvent donc pas subir le test à l'école. Ces tests, s'ils sont positifs, sont ensuite suivis de radiographies. De même, les MEI subissent systématiquement (avec leur accord) des sérologies hépatite B et VIH (car ceux-ci ont souvent subi des transfusions, des viols ou ont des antécédents de malaria, etc.).

Le partenariat avec le centre de prévention du Conseil Général dure depuis sept ans. Il implique des médecins, des gynécologues et des assistantes sociales. Ces derniers organisent des séances d'information pour les jeunes. Dès que les enfants sont confiés à l'ASE, ils sont couverts par la CMU. Mais il semblerait que le MEI n'en bénéficient plus depuis peu, au profit de l'aide médicale d'État.

Tous les mercredis, un groupe de sept enfants est accompagné à la Faculté d'odontologie de Lille pour des soins bucco-dentaires. Des médecins « référents » pour le Foyer prennent en charge les enfants dans différentes spécialités telle l'allergologie, la gynécologie, etc.

Entretien avec l'infirmière et l'aide-soignante

1) Qu'est ce que la promotion de la santé pour vous ?

- De l'information sur différents thèmes comme le HIV, les MST, etc. ;
- De la prévention, notamment par les campagnes de dépistage et de vaccination ;
- De la formation.

Après discussion...

- La promotion de la santé ne s'adresse pas uniquement aux jeunes mais aussi aux salariés. En effet, la prise en charge sanitaire du personnel, même si elle ne figure pas dans les textes et n'est pas formalisée, existe au Foyer. Il faut toutefois veiller à ne pas empiéter sur le rôle du médecin du travail. A titre d'exemple, l'un des services a récemment connu un cas de tuberculose qui a amené l'ensemble du personnel à réaliser des radiographies des poumons.
- LA SANTE COMMENCE PAR LA MISE EN CONFIANCE. Elle passe par la disponibilité (le local infirmier est ouvert à tous à tout moment de la journée), la convivialité de l'environnement (photos des jeunes avec le plateau technique, accrochées au mur, bonne humeur du personnel médical et paramédical en partie impactée par la personnalité du Directeur, etc.), tous les enfants sont salués personnellement et tutoyés.
- Les acteurs sanitaires ne doivent pas être les seuls impliqués dans cette mission, l'ensemble du personnel de l'établissement y contribue. Les usagers doivent avoir plusieurs interlocuteurs potentiels quant à des sujets d'ordre sanitaire.

2) Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?

- Un Sas d'accueil pour le MEI va être créé prochainement, qui intègre une observation sanitaire des résidents sur une période d'un mois (dépistage VIH, Hépatite B, maladies tropicales, etc.) ;
- Des réunions « plateau technique » hebdomadaires ont été mises en place ; l'infirmière rapporte ensuite les éléments marquants de ces réunions aux autres personnels et notamment les éducateurs, lors des réunions de service ;
- Organisation de séances d'information sur différents thèmes de santé publique (telle la drogue ou la nutrition, par exemple).

3) **Question 2 : Quel en a été l'élément déclencheur ?**

- C'est une démarche implicite à la prise en charge quotidienne.

Entretien avec le médecin pédiatre

1) **Qu'est ce que la promotion de la santé pour vous ?**

- Elle m'évoque spontanément le dépistage, la prévention, etc. Mais selon moi il ne s'agit que de mots, car pour être en bonne santé on n'a besoin de rien.
- La promotion de la santé, c'est ne pas tomber dans l'assistance ni dans le superflu (par exemple, on donne aux usagers des lunettes et ils réclament ensuite des lentilles).
- La promotion de la santé, c'est aussi l'information et la transparence sur les traitements, la justification des actes sanitaires pour une meilleure acceptation par les usagers qui peuvent alors devenir acteurs de leur propre santé.
- Il y a aujourd'hui plus d'information que d'actes, et parfois même de l'information tronquée qui désert la promotion de la santé (par exemple, les mises en garde sur le vaccin contre l'hépatite B dissuadent certaines personnes de s'inscrire dans la prévention de cette maladie).

2) **Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?**

- Que tous les chinois en particulier (atteints de troubles de la vision importants), et tous les enfants en général, voient clair ;
- Que tous les enfants (atteints de troubles de l'audition) entendent correctement ;
- Qu'ils aient tous une bonne hygiène bucco-dentaire ;
- Que les maladies tropicales soient dépistées (surmonter la relative méconnaissance que les médecins français ont des symptômes) ;
- Traquer l'hépatite B ;
- Traquer le HIV ; par des interrogatoires donnés aux jeunes sur leur style de vie (pratiques sexuelles, etc.) et par des sérologies, si possible systématiques, le problème étant d'obtenir l'accord des jeunes.
- Un projet « tongs » qui consiste à fournir des tongs à l'ensemble des résidents pour diminuer la prévalence de mycoses (favorisées par le port des baskets) ;
- L'obtention de l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement, qui vient d'aboutir ;
- L'intervention d'une diététicienne au Foyer. Ce projet vient d'être le témoin des limites du partenariat puisque l'établissement a sollicité dans ce cadre l'ARES (Association Régionale d'Éducation pour la Santé) qui en retour lui a fait une proposition hors de prix, et d'autant plus pour un Foyer de l'Enfance en sachant que la diététique n'est pas prise en charge ;
- Inscrire l'ensemble des enfants dans des activités sportives (travail conjoint entre les soignants et l'éducateur sportif) ;
- Entretenir le partenariat avec le planning familial et les gynécologues privés locaux ;
- Promouvoir l'éducation pour la santé, notamment autour du carnet de vaccination, extrêmement important pour « l'après-foyer » ;

- Inscrire les jeunes dans des filières de soins ; les aider à identifier les différents acteurs, médecins privés ou services, qui pourront suivre leur état de santé tout autant que leur prodiguer des soins, particulièrement dans le cas des maladies chroniques.
- Les grands objectifs en matière de promotion de la santé au Foyer sont : l'obésité, la drogue et les dérives sectaires.

Il existe de nombreuses limites à cette promotion de la santé au sein de l'établissement, dont entre autres :

- Le temps associés à l'accueil d'urgence. Les examens médicaux réalisés à l'arrivée du jeune (examen psychologique, dépistage sérologique, etc.) nécessitent 2 ou 3 semaines de repos préalable mais aussi d'alimentation saine (sauf évènement grave comme un viol). Or la fonction d'accueil d'urgence du Foyer ne permet pas toujours au jeune de s'octroyer ce délai bénéfique;
- Il fait parfois répondre à l'angoisse des éducateurs plus qu'à celui des jeunes. Les premiers sont donc « consommateurs de soins » pour les seconds ;
- Les listes d'attente des différents services des hôpitaux sont un obstacle à la promotion de la santé des jeunes du Foyer. Si les partenariats permettent en partie d'y remédier, ils sont encore trop peu nombreux ;
- Les autorisations de dépistage sont difficiles à obtenir de la part des jeunes ou de leur tutelle (les MEI sont souvent « sans parents ») ;
- Les populations connaissent une évolution si rapide qu'il est difficile d'élaborer des projets stables quant à la promotion de leur santé ;
- Il ne faut pas confondre la santé et le sanitaire. Les usagers sportifs, s'ils sont en bonne santé, viennent pourtant réclamer des « soins » (vitamines, pommades, concoctions diverses...). Ces actes sont en contradiction avec une quelconque forme de promotion de la santé, c'est pour cela que le mot d'ordre au Foyer consiste à donner une réponse négative systématique à ce genre de requête ;
- Certaines actions du Foyer sont en contradiction avec la promotion de la santé au sein de l'établissement, telle l'installation d'un distributeur de boisson sucrées dans le hall (mais celui-ci a permis un sponsoring de la part de la société distributrice qui a fourni le foyer en équipements sportifs divers) ;
- Il existe quelques inquiétudes quant à la santé mentale des résidents qui sont recrutés par les sectes locales.

3) Quel en a été l'élément déclencheur ?

C'est du BON SENS. La promotion de la santé participe de la mission de l'établissement.

Entretien avec le directeur du Foyer

1) Qu'est ce que la promotion de la santé pour vous ?

La promotion de la santé c'est faire en sorte que les pensionnaires considèrent leur état de santé comme un bien précieux. C'est les intéresser à leur propre matérialité. Elle intéresse aussi les agents, même si la promotion de leur santé relève davantage du domaine somatique (leur mal-être se manifeste notamment dans les arrêts de travail).

La promotion de la santé, c'est la prise en charge globale de l'individu, résident ou salarié mais c'est aussi favoriser son autonomie en matière de santé.

2) Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?

La promotion de la santé est implicite à toutes les actions menées dans l'établissement. Mais il existe un projet, élaboré par le plateau technique, actualisé chaque année et intégré au projet d'établissement ainsi qu'au bilan d'activité. Il s'agit essentiellement d'aider le jeune à prendre en charge lui-même sa santé, à le responsabiliser dans ce cadre. La promotion de la santé est également intégrée aux projets individualisés, même si cette notion est délicate du fait de la fonction d'accueil d'urgence. Une parade a également été mise en place pour palier la

barrière de la langue avec les MEI. Les questionnaires santé et la documentation ont ainsi été rédigée en différentes langues (arabe, serbo-croate, etc.).

Le nouveau projet de Sas pour les MEI prévoit également une observation complète de leur état de santé dans le premier mois de leur accueil.

Le plateau technique se réunit une fois par semaine pour évoquer les principaux problèmes de santé publique du Foyer, qui sont notamment : le tabagisme, l'activité sexuelle des résidents et les hépatites.

Des temps de sensibilisation à ces problèmes sont programmés tant pour les résidents que pour le personnel (groupes de travail, projection de films, etc.).

Des partenariats ont été mis en place dans ce cadre (avec la faculté d'odontologie par exemple).

L'ensemble du plateau technique a bénéficié de nouveaux locaux, accueillants, qui incitent les enfants à venir parler de leurs problèmes aux médecins, infirmières, psychologue, etc.

Un vade-mecum a été élaboré par le plateau technique, en collaboration. Il rassemble un ensemble de procédures qui répondent aux différentes problématiques de santé rencontrées au sein de l'établissement (exemple : quelle réaction avoir face à un jeune drogué qui fait une crise ? Qui appeler ? etc.).

3) Quel en a été l'élément déclencheur ?

Il n'y a pas d'élément déclencheur. Il s'agit d'une volonté unanime et plus particulièrement du Directeur qui souhaitait valoriser le plateau technique relativement aux problèmes de santé recrudescents au sein du Foyer.

4) La promotion de la santé est-elle identifiée comme un élément stratégique par la direction ?

Oui, la promotion de la santé est considérée comme stratégique au sein de l'établissement. Elle représente en effet un levier éducatif (s'intéresser à son propre corps et à la maîtrise de soi est important pour les jeunes accueillis).

5) Quelle méthode avez-vous utilisée ?

C'est la présence quotidienne et permanente du plateau technique qui a permis une meilleure promotion de la santé au sein de l'établissement, ainsi que leur coordination avec l'ensemble des services éducatifs et administratifs.

Les autres acteurs de cette promotion de la santé au sein du Foyer font partie d'un réseau de prestataires.

- acteurs sociaux et médico-sociaux locaux : centre de toxicologie, centre d'IVG, planning familial, CRA (Centre régional anti-alcoolisme), réseau de lutte contre la pauvreté (115, etc.) ;
- Les réseaux de soins gratuits comme celui de la Croix rouge ;
- La Maison de santé du Conseil général ;
- Le centre régional de promotion de la santé ;
- Les pharmacies du quartier ;
- Les écoles d'infirmières, de psychomotriciens, etc.

Il faut animer ce réseau en permanence par des échanges (invitations, rencontres, etc.).

Si les nombreux et divers partenariats du Foyer lui permettent de bénéficier d'actions de promotion de la santé gratuites, le financement des initiatives précitées se fait essentiellement sur la base de la CMU, sauf quand celle-ci n'est pas encore ouverte. C'est un problème qui se pose souvent dans le cas des mineurs étrangers isolés. En effet, même si certains remboursements sont rétroactifs, l'établissement doit pouvoir avancer les frais. Les problèmes de financement risquent de s'accroître avec la disparition de la CMU pour les MEI au profit de l'Aide Médicale Universelle dont la couverture est bien moindre. En outre, le paramédical est déjà financé sur le budget de l'établissement (anti-poux ; crèmes solaires ; etc.).

6) Quelles actions de formation ont été mises en œuvre auprès du personnel concerné ?

Des sessions de formation aux premiers secours sont régulièrement organisées pour l'intégralité du personnel.

Un juriste bénévole forme également les équipes à la législation existante, notamment en termes de protection sociale (travail sur les limites tel le secret professionnel, la consultation des dossiers issue de la Loi du 4 mars 2002, la délivrance des autorisations de soins, etc.).

7) Existe-t-il une (des) personne(s) dédiée(s) à ces actions (etp) ? Qu'est ce qui a motivé ce choix ?

L'infirmière et l'aide soignante sont plus particulièrement attachées à la promotion de la santé au sein de l'établissement. Mais c'est l'ensemble du plateau technique qui y travaille, à savoir 4 etp.

8) Existe-t-il une évaluation de vos actions ? Existe-t-il des questionnaires de satisfaction à ce propos ?

Il existe une évaluation stricte l'activité du plateau technique, tant dans sa démarche que ses résultats. Des statistiques sur l'état de santé des résidents et son évolution constituent la forme quantitative de cette évaluation. Une évaluation à dominante plus qualitative est réalisée à travers les réunions hebdomadaires de ce service en présence du directeur.

9) Sur quels critères ferez-vous le choix de pérenniser ces actions ?

Le problème réside essentiellement dans les fluctuations permanentes des typologies de populations, qui ne permettent pas de définir des critères de pérennisation stables. Le renouvellement dynamique des projets se substitue donc à la pérennisation des actions.

10) Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont participé ou participent à ces actions ?

L'ensemble des personnels s'informe davantage sur les problèmes de santé publique qui concernent les jeunes du Foyer et sont par conséquent plus impliqués dans les actions de promotion de la santé.

Le travail en partenariat s'est particulièrement développé avec l'ensemble des acteurs, sanitaires, sociaux, politiques ou commerciaux, engagés dans la promotion de la santé.

11) Quels sont les apports des actions de la promotion de la santé vis-à-vis des destinataires ?

Les enfants sont mieux préparés à être autonomes sur le plan de leur bien être physique et mental. La santé s'inscrit désormais dans leur fonctionnement. Elle n'est plus abordée sous l'angle exclusif de la consommation mais bien comme la prise en charge de leurs propres corps et esprit.

4) Entretien au Centre hospitalier de VIRE

Mode d'entretien : visite le 27 septembre 2004

Questionnaire : n'a pas été envoyé au préalable

Nombre de lit et/ou places : 409 lits et 109 places

Interlocuteur : Chargée de Mission en Promotion de la Santé - Infirmière Diplômée d'Etat.

Le CH de VIRE s'est engagé dans cette action de promotion de la santé suite à un appel d'offre régional en 1999 pour lequel les EPS ont été amenés à participer.

Une action au préalable était engagée en partenariat avec les écoles primaires où les médecins allaient donner des infos sur la santé. Cette action n'était pas inscrite comme une action en promotion de la santé mais c'était les prémices.

INTRODUCTION :

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ? (+ discussion)

C'est partir d'un groupe de personnes quels que soient leurs besoins, leur ressource et voir ce que l'on peut faire ensemble pour maintenir leur santé et l'améliorer.

Santé globale : dans le but qu'ils se sentent bien dans leur tête, leur corps, et leur permettre de gérer au mieux leur santé et de bien vivre avec leur maladie.

2) Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?

Madame PORTEBOS occupe un mi-temps en intra hospitalier et l'autre mi-temps en extra.

✓ ACTIONS EN INTRA HOSPITALIER

Prévention du tabagisme dont le public est à la fois le personnel, les patients et les visiteurs. Un comité « hôpital sans tabac » a été mis en place. Un référent par service de soins, sécurité, pharmacie, IFSI et étudiants (150) ont été désignés.

La méthodologie utilisée est une dynamique participative :

Partir des personnes concernées et de les amener à réfléchir aux actions qui existent pour arrêter de fumer s'ils le souhaitent.

Proposer un suivi nicotinique en donnant des patchs gratuitement et en les suivant médicalement, c'est le médecin du service qui fait une ordonnance, c'est très cadré. 30 personnes peuvent bénéficier de cette aide et elle est limitée désormais à 21 jours (amorce).

En interdisant de fumer dans les services, signalétique : local fumeur

Mise en place d'une grille d'entretien remplie par le personnel et les patients sur le tabagisme (est-ce que vous voulez arrêter de fumer, si oui comment peut-on vous aider...).

Selon Madame PORTEBOS les personnes âgées ne sont pas concernées par ce dispositif. Il faut aborder le tabagisme sans être intrusif considérant leur âge.

Le module santé publique pour les étudiants en IFSI

Madame PORTEBOS intervient dans le cadre de ce module à l'IFSI et donne des cours. Elle les adapte en fonction du niveau des élèves IDE et les responsabilise afin que ce soit les étudiants 2^{ème} année qui informent par des actions à mener les nouveaux arrivants...

- ✓ Réseaux ville - hôpital

Réseau Diab-VIRE pour les personnes ayant du diabète.

Commencé par de l'éducation thérapeutique en 1998 le réseau a vu le jour en 2003 et concerne une équipe de professionnels pluridisciplinaires :

- Hospitaliers : médecins, assistantes sociales, psychologue, soignants...
- Libéraux : podologue, cardiologue, kinésithérapeute, médecins libéraux...

Il existe en interne un programme de séance successives dont les thèmes sont les suivants : vécu et connaissance, diététique, activité physique, soins des pieds, synthèse. Ce programme a été repris suite à une formation et adapté aux besoins de la population de Vire. 25 personnes en moyenne y participent.

Au moment de la synthèse un membre de l'association Diab-Vire est invité.

Mise en place d'un atelier « élaboration de menus ».

Ce qui ressort de cette expérience : le fait d'avoir un lieu de son diabète est très positif, le fait de partager avec des personnes qui ont la même maladie et se sentir moins isolé

Ce réseau est co-financé par l'ARH et l'URCAM. Il existe 200 personnes dans le réseau.

En individuel : mise en place du dossier informatisé partagé

Avec un souci matériel actuellement pour pérenniser l'action : les médecins généralistes ont des problèmes avec les programmes informatiques.

Le réseau médico-social de proximité en santé mentale

Ce réseau regroupe les structures de soins en santé mentale, de jour, et regroupe les services instructeurs, tutelles, CPAM, assistantes sociales de secteur, Maires des communes, ANPE, entreprises d'insertion...

Objectif : pour que les professionnels du champ sanitaire et social puissent se regrouper.

Avoir un autre regard sur la problématique posée et mieux accompagner la personne lors des réunions.

Relais grâce à la rencontre de ce réseau.

Les formations

- l'accompagnement mais jusqu'ou ? Ne pas tomber dans l'assistanat
- Le cadre législatif : favoriser un discours commun
- Faire connaître les structures existantes

Les réunions se passent en rotation avec l'hôpital, la CAF etc pour ne pas identifier une action à un lieu.

- ✓ *Extra hospitalier*

Projet de santé globale de prévention dans les écoles primaires

Concerne 650 enfants du CP au CM2.

L'expérience a commencé avec une école sur le thème de l'alimentation (CP, CE1) et des conduites à risque (CE2).

Ce projet à été évalué auprès de 150 collègues : qualitativement encourageant, quantitativement les résultats sont insuffisants (les élèves étant trop répartis sur plusieurs collèges les résultats ont été faussés).

L'évaluation : elle est commencée dès le début du projet. Pour cela le réseau à fait appel au CORES.

13 écoles ont été prises en considération dont 6 bénéficieront du programme de promotion de la santé et les 6 autres serviront de témoin.

Les interlocuteurs tels que la Mairie, le restaurateur scolaire, la bibliothèque de Vire, l'AMPA 14 ont été sollicités.
Des interventions pour informer les parents lors de réunion de parents d'élèves ont été faites.
Des interventions auprès des enseignants et des classes d'adaptation (CLIS).
Ce projet est intégré dans le projet pédagogique de l'école.

Une réunion de bilan est organisée.

3) Quel en a été l'élément déclencheur ?

REALISATION

4) La promotion de la santé est elle inscrite dans le projet d'établissement ? Est elle identifiée comme un élément stratégique par la direction?

L'hôpital est adhérent au réseau HPS et hôpital sans tabac, cette action est inscrite dans le PE mais au niveau du vécu il y a une différence.

Madame PORTEBOS relate l'arrivée d'un Directeur venant du CH de Dreux (inscrit dans le réseau sur la promotion de la santé) depuis le 18 septembre et compte beaucoup sur son dynamisme en la matière pour améliorer ce service. Néanmoins, lors d'un entretien il a affiché sa volonté d'axer ses financements en faveur des patients et non pas du personnel en matière de promotion de la santé.

Est-ce que le Directeur est très intéressé par cette démarche ?

- En phase avec la promotion de la santé publique
- Axe financier important.
- Volonté affichée du fait de son origine (le CH de VIRE a failli fermer). L'établissement essaie de faire en sorte que ce soit à l'hôpital qui soit au plus près des gens

5) Quelle méthode avez vous utilisé ?

- Qui a défini les besoins de santé auxquels les projets répondent ?
- Quels ont été les acteurs : Partenaires internes, externes (réseau)
- Financement

6) Quelles actions de formation ont été mises en œuvre auprès du personnel concerné ?

- IPCEM en éducation thérapeutique
- Ecoute active et relation d'aide
- Gestion du stress
- Les autres sont d'ordre plus thérapeutique
- Pas encore d'action menée pour le « bien être » du personnel : relaxation.

FONCTIONNEMENT

7) Existe t-il une (des) personne(s) dédiée(s) à ces actions ? (ETP) Qu'est ce qui a motivé ce choix ?

La personne interrogée en mi temps sur l'hôpital et l'autre en extra. Elle était déjà engagée sur l'éducation thérapeutique. Ses formations :

- IPCEM en éducation thérapeutique
- Ecoute active dans la relation d'aide
- Gestion du stress
- Communication non violente

- Gestion au temps
- DU de santé publique

Pour le diabète : 1 temps plein IDE ; 10% de psychologue, 20% diététicienne.

Pour l'école de l'asthme : 1 temps plein IDE

En alcoologie : un plasticien travail eu secteur de jour.

2 assistantes sociales à 80% pour l'hôpital donnent du temps pour les personnes du réseau qui ont besoin.

Ateliers pour personnes âgées et activité physique pour les diabétiques : une ergothérapeute.

8) Existe t-il une évaluation de vos actions ? Existe t-il des questionnaires de satisfaction à ce propos ? (communication des résultats ? , personne référente ?) Evaluation du processus et/ou de l'impact du projet ?

Le réseau Diabétique : évaluation avec l'ORS et dossier informatisé partagé, questionnaire au niveau des séances des patients, relation avec le DIM pour mettre en place un logiciel simple.

Tabac : peu de retour, enquêtes baromètre « tabac » du réseau « hôpital sans tabac »: état des lieux, grilles d'entretiens.

Actes : problèmes de cotation RUM, ce sont des actes toujours thérapeutiques qui sont quantifiables mais pas le reste. Problème posé par le PMSI et la T2A. Les enveloppes financées sur les MIGAC ne sont pas pérennes.

Exemple du volet alimentation : il faut recommencer le dossier a chaque fois.

9) Sur quels critères ferez vous le choix de pérenniser les actions?

Les résultats positifs, sont ceux qui font avancer.

APPORTS

10) Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont ou qui participent à ces actions ?

- Dans les écoles, Madame PORTEBOS le constate nettement.
- Sortir de la connaissance, au départ ils venaient en expert dorénavant ils sont partenaires : interactivité avec les élèves, les enseignants.
- **Les projets doivent être simples et réalisables. Chacun doit y trouver son compte.**

11) Quels sont les apports des actions en promotion de la santé vis à vis

- Bénéfices : décloisonnement des services ;
- Réseau : travail avec les libéraux, ils connaissent plus leurs patients et sont « en phase » avec le terrain.
- Groupe de diabétiques : création du lien social.
- Entre les patients : 2 niveaux : seul à seul : relation avec le professionnel, en groupe : là ils discutent entre eux, entre patients : partage d'expérience, appartenance au groupe.

12) Le rôle du Directeur ?

Si le directeur est motivé il peut améliorer, appuyer les actions. Il n'y a pas vraiment de reconnaissance du travail réaliser au niveau de l'administration, la satisfaction c'est le service rendu aux usagers.

5) HÔPITAL VAUGIRARD - GABRIEL-PALLEZ

Mode d'entretien : téléphonique le 24 septembre 2004

Questionnaire : a été envoyé au préalable

Nombre de lit et/ou places : 315 lits

Interlocuteur : Chargée de Mission en Promotion de la Santé – Adjoint Administratif.

INTRODUCTION

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

Conférence de Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) :

Percevoir la santé comme « *un état complet de bien être physique, mental et social [...] ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité [...] l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs sociaux économiques autres que celui de la santé* » ;

Conférence internationale à Ottawa (1986) :

Elargit et réoriente les missions des services de soins vers la promotion de la santé ;

Formalise la notion de promotion de la santé ;

Instaure la tenue annuelle de conférences sur ce thème.

La promotion de la santé à l'hôpital :

Déclaration de Budapest (1992) traite spécifiquement des hôpitaux promoteurs de santé.

Idées maîtresses :

- Rechercher une amélioration et un maintien de la santé par des interventions contre les maladies et pour le développement d'une santé positive,

- Améliorer la qualité de vie à l'hôpital,

- « Faire de la santé un projet au lieu de la maladie un cauchemar »,

- La dimension promotion de la santé à l'hôpital ne signifie pas que celui-ci doit changer sa fonction principale de soins pour une action de promotion de la santé. Elle signifie que **l'hôpital doit incorporer à sa culture, à son organisation, à ses habitudes quotidiennes les valeurs de promotion de la santé** ;

- **L'hôpital s'engage de manière globale à promouvoir le bien-être et la santé des patients, du personnel et du public**, en autres en augmentant la participation de chacun dans la prise en charge de sa santé, et en renforçant la communication avec les structures de santé de la communauté.

L'hôpital peut ainsi être un lieu de développement de programmes d'amélioration des soins, des conditions de travail, satisfaisant plus pleinement l'équipe soignante, comme les patients et leurs proches : promotion de services de santé, promotion de modes de vie pour les patients, leurs familles ou le personnel, programme d'éducation de santé s'adressant aux patients chroniques....

2) Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?

RAPPEL :

Dans le cadre de la candidature au réseau : 5 projets devaient être proposés qui devaient faire l'objet d'une participation des équipes hospitalières, d'un suivi par un comité de projet et d'une évaluation par une équipe extérieure.

Les projets devaient reprendre les thèmes suivants :

Amélioration des conditions d'hospitalisation (projets d'éducation pour la santé, les droits du malade)

Développement des filières de soins ville-hôpital et promotion de nouvelles organisations de soins

Promotion des meilleures conditions de travail pour le personnel (prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, formations)

Inclusion de l'hôpital dans les programmes d'amélioration de l'environnement (gestion des déchets, hygiène hospitalière et conditions d'hébergement des patients)

L'hôpital Vaugirard-Gabriel-Pallez fait partie des 20 hôpitaux-pilotes, choisi parce qu'il répondait aux critères de l'OMS.

Tous les projets promoteurs de santé qui figurent notamment sur la Database OMS c'est à dire :

« L'hôpital hors de ses murs : le réseau gérontologique ville-hôpital du XVe arrondissement de Paris » (dont la mission consiste à assurer une meilleure organisation des soins autour des personnes âgées dépendantes et ou en perte d'autonomie du Xve arrondissement de Paris, grâce à une coordination accrue entre les praticiens libéraux, hospitaliers et tous les autres partenaires du maintien à domicile afin d'éviter les ruptures dans les prises en charge et de favoriser le maintien et le retour à domicile) ;

« L'hôpital hors de ses murs : l'appartement hospitalier » (inauguré en 1999) ;

La prévention des infections nosocomiales (infections contractées à l'hôpital) ;

« Aide offerte aux employés » (hôpital sans tabac : antenne de tabacologie en direction du personnel, crèche, assistante sociale du personnel et chargée de la culture) ;

« Une conception de l'existence des personnes âgées à l'hôpital grâce à une formation spécifique dispensée aux employés de l'hôpital ».

Prochains projets qui seront soumis à l'approbation de l'I.N.P.E.S. (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) :

Présentation du projet de soins infirmiers (haptonomie, projet esthétique et mieux être...);

Procéder à un bilan des 10 années dans le réseau par le biais d'une évaluation des entreprises qui sont promoteurs de santé : projets aboutis ou non, inspirés notamment de la Charte d'Ottawa, les actions entreprises et celles qui restent à entreprendre (reprise du travail effectué par les groupes d'auto évaluation dans le cadre de la démarche d'accréditation entreprise par l'établissement.

Autres formes d'actions : projet culturel, politique d'amélioration continue de la qualité et autres.

Projet de 2 appartements hospitaliers sur le site de Boucicaut.

Quel public / besoins est (était) ciblé ?

Les acteurs dans la promotion de la santé : Les patients, le personnel, la communauté.

Intégré au projet de vie individuel ?

Le projet de vie individuel concerne les personnes hospitalisées en unité de soins de longue durée. Il devrait être intégré dans le projet d'établissement (2005-2010).

Toutefois, il est particulièrement difficile à mettre en place puisqu'il suppose la prise en considération de chaque malade, pris individuellement.

3) Quel en a été l'élément déclencheur ?

Dès son ouverture, l'hôpital avait clairement défini ses objectifs : devenir un hôpital gériatrique de proximité pour une population du 15^e arrondissement en développant la coordination avec les professionnels de santé en ville et en établissant progressivement des filières de soins en partenariat avec la ville. **C'est pour cette raison que la DAI de l'AP-HP l'a choisi pour devenir un hôpital pilote et ainsi promouvoir son expérience au niveau européen.**

L'appartenance au réseau présente un intérêt double :

Elle permet de faire connaître l'établissement et de promouvoir certains projets novateurs qui sont promoteurs de santé.

Elle permet de découvrir les projets développés par les autres établissements promoteurs de santé.

REALISATION

4) La promotion de la santé est-elle inscrite dans le projet d'établissement ? Est-elle identifiée comme un élément stratégique par la direction ?

Explicitement, non. Mais elle est traduite à travers différents projets mis en œuvre qui sont aussi promoteurs de santé. Elle est clairement identifiée par la Direction comme un élément stratégique.

5) Quelle méthode avez vous utilisé ?

Méthode participative avec des groupes de projets. Utilisation des besoins du terrain.

Qui a défini les besoins de santé auxquels les projets répondent ?

Ils sont conformes aux objectifs déterminés par la direction, avec la participation des cadres de l'établissement : médecin chef de service, directeur des soins, directeur des ressources humaines et autres.

Quels ont été les acteurs : Partenaires internes, externes (réseau)

Les partenaires externes diffèrent selon les projets :

A titre d'exemple, s'agissant du projet « **L'hôpital hors de ses murs : le réseau gérontologique ville-hôpital du XVe arrondissement de Paris** », les partenaires sont l'Association Gérontologique du Xve arrondissement de Paris (professions libérales médicaux et paramédicaux), certains hôpitaux et cliniques basés dans le Xve arr. de Paris, les associations de soins et d'aides ménagères du Xve, et autres.

Mode de financement : prélevé sur le budget de l'hôpital.

Dans le cadre du projet « **Réseau gérontologique ville-hôpital du XVe arr. de Paris** », le partenaire de l'hôpital (l'Association Gérontologique du AG15 – médecins et paramédicaux) a reçu des subventions par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

6) Quelles actions de formation ont été mises en œuvre auprès du personnel concerné ?

Pas de formation spécifique sur le thème de la promotion de la santé.

Formations hygiène, manutention, etc. (dans le cadre des projets réalisés)

7) Existe-t-il une (des) personne(s) dédiée(s) à ces actions ? Qu'est ce qui a motivé ce choix ?

Oui. La personne interrogée est référente et impulse la dynamique. Elle coordonne les actions également en identifiant les projets comme promoteurs de la santé.

Exemple de la prévention des infections nosocomiales :

La politique de lutte contre les infections nosocomiales a été mise en place en 1993. Elle a été accompagnée de la création d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) qui coordonne l'action des professionnels de l'établissement de santé dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales.

Présence d'un cadre expert en hygiène.

Création d'une équipe opérationnelle d'hygiène, composée d'un médecin responsable et d'un cadre expert en hygiène.

**8) Existe-t-il une évaluation de vos actions ? Existe-t-il des questionnaires de satisfaction à ce propos ?
Évaluation du processus et/ou de l'impact du projet ?**

Oui des évaluations sont pratiquées.

Exemple, dans le cadre de l'appartement hospitalier (étude de 16 patients en unité de soins de longue dont 1 seul est encore en vie et 8 en appartement thérapeutiques toujours en vie aujourd'hui).

A travers les questionnaires etc.

Oui, dans le cadre de la Qualité-Gestion des risques :

Par rapport à la satisfaction des patients, de leur famille ou proches et des bénévoles, des questionnaires sont distribués qui concerne tous les aspects de l'hospitalisation.

Oui. Pour les infections nosocomiales :

Evaluations périodiques des actions de lutte contre les infections nosocomiales par le biais d'audits des pratiques (exemple, audit sur les toilettes dans les unités de soins),

Définition annuelle par le CLIN et le cadre expert en hygiène d'un programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales et établissement d'un rapport annuel de l'activité de lutte contre les infections nosocomiales qui est présenté aux instances locales de l'hôpital.

9) Sur quels critères ferez-vous le choix de pérenniser les actions?

Exemple de l'appartement hospitalier : projet de création de 2 autres appartements hospitaliers :

Viabilité du projet, coût du projet, qualité de vie pour les résidents, etc.

APPORTS

10) Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont ou qui participent à ces actions ?

La plupart des personnes qui ont participé à un projet allant dans le sens de la promotion de la santé, ignoraient le concept de promotion de la santé. Pour cette raison, un travail de sensibilisation des différents acteurs de la promotion de la santé doit être fait. C'est un des futur objectif d'un projet présenté en 2005.

La qualité est un outil promoteur de la promotion de la santé dans sa globalité. Un projet européen pour 2005 doit être déposé pour évaluer les actions en utilisant les critères d'auto-évaluation ANAES.

11) Quels sont les apports des actions en promotion de la santé vis à vis :

du personnel, des patients, de l'établissement, de la communauté .

Amélioration de la qualité de vie, conditions de travail, etc

6) Centre Hospitalier de CHERBOURG

Mode d'entretien : téléphonique le 27/09/04

Questionnaire : a été envoyé au préalable

Nombre de lit et/ou places : 738 lits et 20 places

Interlocuteur : Chargée de projet - Infirmière

INTRODUCTION :

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

Ce n'est pas la santé vue du côté du soin, mais le côté positif de la santé : promouvoir la prévention. Côté positif : « être en bonne santé », définition plus dynamique que celle de l'OMS, **pouvoir s'adapter à la vie, aux aléas de la vie.**

2) Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?

Quel public / besoins est (était) ciblé ?

Intégré au projet de vie individuel ?

Intra-hospitalier : éducation thérapeutique pour les diabétiques, éduquer à la santé des personnes diabétiques et les familles. Dans tout l'hôpital, en transversal, proposer aux patients diabétiques une information sur ce service (le service appelle Mme Davoust : parfois pas très rapide).

Extra-hospitalier : Mme Davoust est mise à disposition du CORES de Basse Normandie pour intervenir dans le **Centre de santé communautaire (seul en France)**. Ce centre a été ouvert après une enquête réalisée par le CORES, les habitants ont émis le souhait d'un espace de ce type : accueil des personnes, faire émerger leurs besoins et monter des projets de santé communautaire (assez souvent collectif). Ce service propose : accueil, écoute, information et prise en charge sociale. Les projets dans le quartier avec les groupes de personnes : écoles on travaille à la demande, interventions ponctuelles dans les manifestations de quartier. C'est une démarche éducative dans le temps.

3) Quel en a été l'élément déclencheur ?

Le médecin, chef de service, souhaitait avoir une personne référente pour les diabétiques. L'appel à projet de l'ARH, a permis de créer en 2000 un poste de chargé de projet : ½ pour le diabète et ½ pour le Centre de Santé Communautaire.

REALISATION

4) La promotion de la santé est elle inscrite dans le projet d'établissement ? Est elle identifiée comme un élément stratégique par la direction ?

Oui, Cherbourg est hôpital promoteur de santé. (elle dit « nous avons forcé la main du directeur » car il n'était pas initialement très investi du problème).

5) Quelle méthode avez vous utilisé ?

Qui a défini les besoins de santé auxquels les projets répondent ?

Quels ont été les acteurs : Partenaires internes, externes (réseau)

Financement

Centre de Santé Communautaire : financement de la ville, animation par le CORES.

Risque de pérennité des actions : le ½ chargé est financé jusqu'en 2007 après ? avec le plan hôpital 2007 : le diabète serait peut être plutôt traité à l'extérieur (?).

6) Quelles actions de formation ont été mises en œuvre auprès du personnel concerné ?

Mme Davoust : DU de chargé de projet dans le cadre du réseau CORES/hôpitaux/ARH

FONCTIONNEMENT

7) Existe t-il une (des) personne(s) dédiée(s) à ces actions ? (ETP) Qu'est ce qui a motivé ce choix ?

Oui, Mme Davoust : ½ pour le diabète et ½ pour le Centre de Santé Communautaire.

8) Existe t-il une évaluation de vos actions ? Existe t-il des questionnaires de satisfaction à ce propos ? (communication des résultats ? personne référente ?) Evaluation du processus et/ou de l'impact du projet ?

Pas d'évaluation de l'impact sur la population. Evaluation quantitative des consultations.

9) Sur quels critères ferez vous le choix de pérenniser les actions?

Problème du financement essentiellement.

APPORTS

10) Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont ou qui participent à ces actions ?

- augmentation du lien entre ville et hôpital : les médecins de l'hôpital qui travaillent en ville envoient des personnes au centre de santé communautaire pour régler leurs problèmes psychologiques ou sociaux.
- Culture commune par le travail transversal
- Meilleure prise de conscience par les partenaires, médecins du besoin de suivi du patient

11) Quels sont les apports des actions en promotion de la santé vis-à-vis

Pas facile à évaluer

Difficulté de participation des habitants. Il y a une bonne participation aux manifestations de quartier.

Permet participation à la vie collective du quartier donc une augmentation du lien social.

7) Centre Hospitalier Spécialisé de PICAUVILLE

Mode d'entretien : téléphonique le 23/09/04

Questionnaire : n'a pas été envoyé au préalable

Interlocuteur : M. Lenoury

INTRODUCTION :

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

M. Lenoury souligne d'abord une difficulté à distinguer nettement la promotion de la santé et l'éducation de la santé. A son sens, l'éducation pour la santé a pour objectif la participation de la population à l'amélioration de ces besoins. La promotion de la santé serait l'amélioration du bien-être de la personne.

Les deux notions se confondent dans l'action. Il s'agit surtout de prendre la demande des personnes et à partir de cette demande de construire avec eux la représentation de la santé.

2) Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?

- Quel public / besoins est (était) ciblé ?
- Intégré au projet de vie individuel ?

Le CHS de Picauville dispose de deux secteurs psychiatriques, deux missions distinctes sont développées :

- a) Le développement d'un réseau de prévention au suicide : réseau de professionnels qui se construit petit à petit. Public : suicidant, personnes qui ont fait suicide, familles et les personnes suicidaires (qui en parlent). Ces personnes sont orientées par les professionnels du réseau.
- b) La mise en place d'actions de prévention, d'éducation de la santé auprès des populations : prévention primaire. Ces actions se développent essentiellement à l'extérieur de l'établissement au niveau d'un établissement scolaire, d'un canton ou d'une commune. Par exemple, dans les lycées différentes actions sont menées à la demande des élèves : bien être en général, l'homosexualité, le sida, la violence,...

3) Quel en a été l'élément déclencheur ?

Des projets existaient déjà, initiés par d'autres personnes. Sur le lycée, par exemple, à la demande d'un professeur de biologie il a été fait appel au Centre Médico-Psychologique (CMP) de la commune qui a pensé au CHS pour développer autre chose que la contraception qui existait déjà. La demande du professeur faisait suite à des demandes d'élèves.

RÉALISATION

4) La promotion de la santé est elle inscrite dans le projet d'établissement ? Est elle identifiée comme un élément stratégique par la direction ?

La prévention du suicide est bien identifiée dans le projet d'établissement mais pas en tant que promotion de la santé. Le projet d'établissement ne comporte pas d'action de promotion de la santé identifiée.

5) Quelle méthode avez vous utilisé ?

- Qui a défini les besoins de santé auxquels les projets répondent ?
- Quels ont été les acteurs : Partenaires internes, externes (réseau)

- Financement

Pour les deux types d'actions, la participation des médecins chefs est importante.

D'autres acteurs interviennent :

- Pour la prévention du suicide : le cadre infirmier, les professionnels extérieurs (personnel infirmier de l'éducation nationale, travailleurs sociaux, médecins du travail, CHRS, centres de formation)
- Pour la prévention primaire : tous les acteurs qui peuvent officier : travailleurs sociaux, médecins généralistes, toutes les personnes intéressées par la santé mentale. Un groupe de travail est constitué d'une dizaine de personnes : psychologue, cadre infirmier, infirmiers, assistant social, médecin chef.

Pour les actions qui ont besoin de financement, la DDASS, la Fondation de France (formation) ou encore l'URCAM (formation des médecins généralistes) participent.

6) Quelles actions de formation ont été mises en œuvre auprès du personnel concerné ?

M. Lenoury a suivi un cursus universitaire en sociologie, est titulaire d'une maîtrise en intervention sociale et développement local. Il a bénéficié d'une formation proposée par le CORES : DU de chargé de projet en éducation pour la santé.

Le médecin chef et d'autres personnes ont suivi une formation au CORES. D'autres projets de formation sont à l'étude.

FONCTIONNEMENT

7) Existe-t-il une (des) personne(s) dédiée(s) à ces actions ? (ETP) Qu'est ce qui a motivé ce choix ?

Le CORES a sollicité les établissements avec l'ARH. Des appels à projets ont été lancés au niveau de la Basse-Normandie. Des postes de chargés de mission ont été accordés aux projets jugés légitimes.

Le financement de ces postes est assuré par une enveloppe extérieure de l'ARH. La pérennisation de ce financement n'est donc pas garantie.

Le CHS a obtenu le financement d'un ETP partagé en 2 mi-temps. Le CHS dispose déjà du financement d'un mi-temps obtenu dans le cadre du programme régional suicide en Basse-Normandie (PRS).

8) Existe-t-il une évaluation de vos actions ? Existe-t-il des questionnaires de satisfaction à ce propos ? (communication des résultats ? personne référente ?) Evaluation du processus et/ou de l'impact du projet ?

Un rapport annuel est élaboré au moment du rapport annuel d'activité.

Des critères d'évaluation du processus et des critères d'évaluation des résultats sont prévus. Il est un peu trop tôt pour analyser les résultats mais des impacts sont déjà relevés dans le cadre de la prévention.

9) Sur quels critères ferez-vous le choix de pérenniser les actions ?

Si les actions ne répondent plus aux besoins, on les arrêtera sinon on continue.

Des indicateurs de santé chiffrés n'ont pas été prévus. Ce sont des indicateurs qualitatifs qui sont retenus : « comment on travaille avec l'extérieur ? »

APPORTS

10) Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont ou qui participent à ces actions ?

Il y avait déjà une petite culture de prévention (médecins, cadres, infirmiers), des personnes qui s'impliquent.

Pour la prévention primaire, il existe un travail de groupe sur la représentation de la santé « ce qu'on peut faire pour améliorer la santé ». Des réunions sont organisées régulièrement, tous les deux mois environ.

Pour la prévention du suicide, il existe un comité de pilotage composé d'un référent de chaque catégorie de professionnels.

11) Quels sont les apports des actions en promotion de la santé vis-à-vis ?

- **du personnel : aucune action n'est développée en direction du personnel. Les actions pour le personnel sont organisées par un autre groupe de travail constitué du médecin du travail et du directeur de l'établissement notamment. Lui ne participe que pour une information au personnel sur le sida et l'exposition au sang.**

- des patients : ils ne sont concernés que de façon indirecte pour l'instant. Le financement d'un poste d'accompagnateur a été demandé pour la prévention du suicide.

de l'établissement : ouverture de l'établissement, plus de travail avec les travailleurs sociaux, développement du travail en réseau. Un réseau sanitaire est en cours d'élaboration. Il devrait permettre d'obtenir des moyens.

- de la communauté : un peu complexe de voir les impacts, cela dépend du public concerné. Pour les opérations développées auprès des lycées, il existe une réelle dynamique de groupe. Les jeunes ont plus de facilité à se parler. Lors de l'interruption des actions, les jeunes ont demandé pourquoi cet arrêt et souhaité la reprise des réunions. Il n'existe pas d'évaluation objective mais cela est plutôt du domaine du ressenti.

Conclusion : Pour M. Lenoury il est important de coller le plus possible à une philosophie du travail, une méthodologie en éducation pour la santé, d'avoir une rigueur intellectuelle notamment dans le cadre du montage du projet. **Il souligne que ces actions sont assez anecdotiques au niveau d'un hôpital. Alors qu'une des missions d'un CHS est la prévention à la réinsertion. Il ajoute que les équipes peuvent se démotiver lorsque les financements ne suivent pas les projets montés dans le cadre des appels à projets.**

8) Réseau Hôpital Sans Tabac, siège de l'APHP

Mode d'entretien : visite le 27 septembre 2004

Questionnaire : non envoyé au préalable

Interlocuteur : Chargée de Mission Santé Publique au siège de l'APHP Membre fondateur et secrétaire générale adjointe du réseau hôpital sans tabac.

INTRODUCTION

La promotion de la santé vise à une prise de conscience des personnels hospitaliers qui doivent être éducateurs et promoteurs de santé auprès des patients. Il y a des difficultés dans la mise en œuvre de la promotion de la santé à l'hôpital car ce dernier est conçu comme un lieu de soins et de thérapie. La promotion de la santé doit préparer les changements de mentalité. Elle doit s'intéresser aux patients, au personnel, à l'environnement extérieur. Par exemple un établissement qui reçoit aux urgences de nombreux enfants accidentés à la sortie d'une école participe à une action de promotion de la santé quand elle se met en contact avec la commune qui elle fera installer un feu ou des ralentisseurs qui viendront diminuer la vitesse sur la portion de route repérée comme accidentogène.

Les projets du réseau hôpital sans tabac répondent à la mission de promotion de la santé. Ces projets visent à la fois le patient mais aussi le personnel ; le patient au travers du projet « maternité sans tabac » qui s'intéresse à la prise en charge des femmes enceintes et le personnel en sensibilisant les sage femmes, les echo graphistes. D'autres projets sont plus dans une optique de prévention : « maison des adolescents » qui s'intéresse aux jeunes face à la violence, le suicide, l'inceste, la dépendance aux drogues,

Les projets émanant du Réseau Hôpital sans Tabac sont inscrits dans le projet d'établissement, les autres projets ne le sont pas pour des raisons financières. Il serait nécessaire de présenter tous les projets en CCM.

Le point de départ du RHST a été la journée mondiale sans tabac instituée en 1989 suivie en 1991 de la loi Evin. Par ailleurs l'expérience de pays voisins en particulier les pays nordiques qui réussissaient dans la promotion de la santé ont incité à en faire de même.

Réalisation

La promotion de la santé n'est pas clairement inscrite dans le PE, cela dépend des projets et des établissements certains l'inscrivent dans une stratégie, d'autres pas. Ex : la consultation de précarité et des démunis est inscrite dans le PE.

La méthode utilisée est variée : on s'appuie à la fois sur ce que font les autres à travers les réseaux ; l'impulsion vient aussi de l'extérieur (élèves infirmiers, stagiaires). Ce sont les équipes soignantes, les équipes de qualité, les comités de préparation à l'évaluation, les hygiénistes qui définissent les besoins auxquels les projets répondent. En terme de financement, il n'y a pas de crédits fléchés ; souvent l'hôpital les dégage sur ses propres moyens, il n'y a donc pas de surcoût. Parfois il y a des financements de l'ARH ou de la DGS. L'OMS ne donne pas de moyens financiers mais un label : il faut 3 projets de promotion de la santé dont un sur le tabac pour être labellisé. De façon générale, il n'y a pas d'actions de formations spécifiques qui elles n'attireront pas le personnel ; pour le RHST on préfère adapter les formations existantes, les faire sur site, profiter des journées d'intégration des

nouveaux personnels et de l'arrivée des internes pour faire des actions de sensibilisation. Il y a un travail fait avec la FHF pour la promotion de la santé.

FONCTIONNEMENT

Il existe des personnels référents dans certains hôpitaux , leur rôle est fondamental pour travailler en réseau. C'est aussi une façon de valoriser le personnel. Il faut aussi un partenariat étroit avec le CHSCT et la médecine du travail.

Les actions sont évaluées non pas sur leur impact même si cela est nécessaire ; l'évaluation porte sur la progression ex : RHST avait 40 établissements et maintenant il en a 350. L'évaluation du processus ne se fait pas car elle prendrait plus de temps que l'action elle même, un effort est fait sur la communication des résultats (journal interne par exemple).

Il ne faut pas cesser la promotion de la santé ; on continue à mesurer les résultats et même s'ils ne sont pas bons on pérennise les actions pour parvenir à une routine qui donnera des résultats satisfaisants.

Apports

Maintenant, on se préoccupe plus du patient et de son environnement, il y a une meilleure compréhension du système.

Les apports vis-à-vis du personnel sont nombreux : il y a une meilleure sensibilisation aux problèmes : sécurité incendie par exemple. Les patients sont mieux pris en charge ; l'établissement se fait connaître grâce à ses actions au dehors de l'hôpital.

9) Centre Hospitalier Universitaire de Nice

Mode d'entretien : téléphonique le 23/09/04

Questionnaire : non envoyé au préalable

Interlocuteur : Médecin en service d'hématologie

INTRODUCTION :

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ? (+ discussion)

C'est textuellement la définition de la charte d'Ottawa qui ressort, insistant sur la notion de processus dynamique, de communauté et d'empowerment

2) Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?

Trois projets étaient existants avant le dépôt de dossier HPH auprès de l'OMS :

- depuis 1999 : projet sur l'observance thérapeutique chez les patients porteurs du VIH, donc éducation thérapeutique et accompagnement psycho social. Ce projet était une déclinaison d'un PHRC national.
- Programme dit « GEPI » pour la réduction de l'usage des antibiotiques chez les jeunes enfants, auprès des directeurs de crèches, de focus groupes de parents, de médecins généralistes et pédiatres.
- Auprès du personnel : questionnaire lors des visites de médecine du travail concernant le tabagisme. Le CHU de Nice fait partie du réseau hôpital sans tabac.

3) Quel en a été l'élément déclencheur ?

L'idée de la création d'un département de promotion de la santé a été initiée par le Dr Bentz suite au congrès de Florence en 2003, puis relayée par une forte volonté institutionnelle (DG).

Pour elle ce programme HPH est simplement un label qui légitime un existant.

REALISATION

4) La promotion de la santé est elle inscrite dans le projet d'établissement ? Est elle identifiée comme un élément stratégique par la direction ?

Le projet HPH est bien sûr passé en CME, mais le Dr Bentz ne sait pas s'il est inscrit au projet médical. Cependant compte tenu de la volonté de conférer à un des établissements du CHU (Hôpital St Roch) la dénomination d'hôpital de santé publique, on peut légitimement penser que le PE va dans ce sens.

5) Quelle méthode avez vous utilisé ?

La méthode décrite ici est celle d'un fonctionnement institutionnel classique : volonté de Direction, instances, information (hôpital expo par exemple)

Le financement exposé semble interne (MIGAC)

6) Quelles actions de formation ont été mises en œuvre auprès du personnel concerné ?

La seule formation connue est celle du personnel soignant par l'intermédiaire de la direction des soins (sous quelle forme ?). La formation médicale est stigmatisée comme nettement insuffisante.

FONCTIONNEMENT

7) Existe t-il une (des) personne(s) dédiée(s) à ces actions ? (ETP) Qu'est ce qui a motivé ce choix ?

Les praticiens du service d'Hématologie sont impliqués fortement dans ce projet, cependant le Dr Bentz n'arrive pas à évaluer la quotité de travail que cela représente. Les médecins sont initiateurs.

8) Existe t-il une évaluation de vos actions ? Existe t-il des questionnaires de satisfaction à ce propos ? (communication des résultats ? , personne référente ?) Evaluation du processus et/ou de l'impact du projet ?

Le projet d'éducation thérapeutique VIH et GEPI sont évalués assez précisément en lien avec l'INVS.

9) Sur quels critères ferez vous le choix de pérenniser les actions?

La faculté d'un projet à s'inscrire dans le temps semble en lien avec sa préparation en amont (par exemple près de deux ans pour un travail sur les accidents d'exposition au sang).

APPORTS

10) Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont ou qui participent à ces actions ?

Ces projets semblent être un élément de reconnaissance supplémentaire à la fois pour les professionnels et l'institution.

Cependant les freins culturels (médecins ++) mais surtout économiques (quelle valorisation ?) sont primordiaux. Résistances au changement.

11) Quels sont les apports des actions en promotion de la santé vis à vis

Reconnaissance et légitimité supplémentaire

Crédibilité et même gain de pouvoir dans une relation soignant soigné plus transparente

La promotion de la santé peut se décliner en terme de Valeur Managériale.

10) Association Viroise des diabétiques

Mode d'entretien : téléphonique le 28/09/04

Questionnaire : non envoyé au préalable

Interlocuteur : Présidente de l'Association Viroise des diabétiques (Association des diabétiques du Bocage Virois)

INTRODUCTION :

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

C'est aider les patients, permettre aux personnes d'avoir une aide technique et aide morale, faire découvrir aux gens la maladie, réaliser des dépistages.

Aide morale ? soutien psychologique, la découverte d'une maladie fait qu'on a besoins d'un soutien psychologique.

2) Quels sont les projets dans votre établissement qui répondent à cette mission ?

- Quel public / besoins est (était) ciblé ?
- Intégré au projet de vie individuel ?

L'hôpital de Vire propose un soutien psychologique dans le cadre du réseau de soins. Ce soutien est d'un grand secours.

Mme Burnouf pense que le fait d'être suivi par le CHU de Rennes faisait qu'elle avait l'impression de ne pas avoir quelqu'un « sous la main » si besoin. La proximité du CH de Vire est un atout évident.

L'Association propose :

- Dépistages : lors de manifestations locales, dans des galeries marchandes, lors de la journée mondiale du diabète (4 à 5 fois par an)
- Information sur la maladie : réunions à thèmes
- Repas en commun au restaurant en respectant l'équilibre alimentaire
- Activités sportives : groupe de marche, aquagym
- Information des usagers sur la récupération des déchets : aiguilles trop souvent jetées à la poubelle.

3) Quel en a été l'élément déclencheur ?

L'association a été créée en 2000 à l'initiative du Dr Lion, gastro entérologue, qui a crée le réseau diabète. Il fallait une association pour appuyer sa demande de création de réseau.

REALISATION

4) La promotion de la santé est elle inscrite dans le projet d'établissement ? Est elle identifiée comme un élément stratégique par la direction?

Sans objet

5) Quelle méthode avez vous utilisé ?

- Qui a défini les besoins de santé auxquels les projets répondent ?
- Quels ont été les acteurs : Partenaires internes, externes (réseau)
- Financement

Au niveau du réseau, elle souligne que l'association des patients n'est pas toujours invitée à discuter, parfois n'est pas invitée du tout et lorsque ce n'est pas la présidente qui se déplace : il y a des remarques. Il ne lui semble pas

qu'il y ait une réelle discussion des attentes réelles des patients. Ils ne peuvent pas définir mais subissent le programme établi.

L'Association a obtenu pour la première année un financement de la CPAM du Calvados et de la CPAM de la Manche pour 2 manifestations : foire de St Lô et Foire Calvados.

Ce financement permet de couvrir les frais : de route et de repas des personnes, la réservation du stand, le matériel à usage unique notamment les gants, les labos donnent les testeurs de glycémie et les lancettes de contrôle mais doivent acheter les auto-piqueurs. Un local est prêté gratuitement par l'hôpital de Vire avec une ligne téléphonique.

Les projets sont discutés en Conseil d'Administration ou l'assemblée générale, il existe une boîte à idées pour recueillir les demandes.

6) Quelles actions de formation ont été mises en œuvre auprès du personnel concerné ?

L'Association Française des diabétiques a proposé une formation. L'inscription est faite car il lui semble important d'être formé à la façon de réagir notamment face à l'annonce de la maladie.

FONCTIONNEMENT

7) Existe-t-il une (des) personne(s) dédiée(s) à ces actions ? (ETP) Qu'est ce qui a motivé ce choix ?

L'association fonctionne uniquement avec des bénévoles.

8) Existe-t-il une évaluation de vos actions ? Existe-t-il des questionnaires de satisfaction à ce propos ? (communication des résultats ? personne référente ?) Evaluation du processus et/ou de l'impact du projet ?

Le nombre de dépistages.

9) Sur quels critères ferez-vous le choix de pérenniser les actions ?

L'affluence montre qu'il y a un intérêt des gens si un jour il n'y a plus personne on arrêtera.

APPORTS

10) Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont ou qui participent à ces actions ?

Les bénévoles sont plus à l'écoute, ils vont vers les gens, il y a plus de chaleur humaine, au départ ils étaient plus intimidés maintenant ils vont vers les gens facilement alors que le contexte est souvent délicat (foire, environnement de stands de vins,...)

11) Quels sont les apports des actions en promotion de la santé vis-à-vis

Pour les malades :

- On va plus vers eux, on les écoute
- Il y a un soutien psychologique
- On parle tous le même langage au sein de l'association permet : d'assumer sa maladie, de dépasser la « honte d'être diabétique », à l'annonce on a l'impression d'être seul au monde.

ANNEXE 4

Questionnaire établissements non inscrits dans une démarche de promotion de la santé

- 1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ? (+ *discussion*)

- 2) Y a-t-il des projets qui répondent à cette définition dans votre établissement ? Sinon pourquoi ?

- 3) Avez-vous identifié des besoins auxquels des actions en promotion de la santé pourraient répondre ?
 - Usagers, patients
 - Personnel
 - Externes (communauté)

- 4) Quels freins pouvez-vous identifier ?

ANNEXE 5
**Entretiens établissements non inscrit dans une démarche de
promotion de santé**

- 1) Centre hospitalier de Périgueux

- 2) Centre d'hébergement et de réinsertion sociale / Centre d'accueil d'urgence de
Bordeaux-Nansouty

1) Centre Hospitalier de PERIGUEUX

Mode d'entretien : téléphonique le 23/09/04

Questionnaire : non envoyé au préalable

Nombre de lits/ places : 1245 lits et places

Interlocuteur : Assistante sociale du Service d'Accueil des Urgences et Directeur affaires médicales/qualité

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

C'est l'accès au droit à la santé pour tous.

2) Y a-t-il des projets qui répondent à cette définition dans votre établissement ?

Le fonctionnement de la P.A.S.S. (Permanence d'Accès Aux Soins) y répond. Elle permet par le contact avec des associations extérieures de prendre en charge dans le cadre du service des Urgences des personnes sans couverture sociale (en situation irrégulière depuis moins de 3 mois par exemple et ne pouvant donc pas faire de demande d'aide médicale). Une convention DDASS/SAU permet la délivrance par l'hôpital de soins et de médicaments à ces personnes, des conventions SAU/associations la concrétisent. Le travail en réseaux est primordial.

La présence d'une AS aux Urgences permet également d'introduire les personnes fortement marginalisées auprès du personnel et de faciliter l'établissement d'une relation de confiance.

3) Avez-vous identifié des besoins auxquels des actions en promotion de la santé pourraient répondre ?

Oui, vis-à-vis des adolescents arrivant pour une crise d'agitation ou une tentative de suicide et qui ont souvent une situation sociale très dégradée.

4) Quels freins pouvez-vous identifier ?

Manque de pédo-psychiatres et de structures dédiées sur le département.

Interlocuteur : Directeur affaires médicales/qualité

1) L'éducation pour la santé et la prévention.

2) - Education pour la santé des diabétiques qui vise leur autonomisation. La démarche a été impulsée par un médecin.

- Consultations de tabacologie

- Planning familial

- Dépistages

- Projet d'équipe mobile (services/Urgences) dédiée à la gériatrie afin de repérer les personnes âgées poly-pathologiques et d'éviter des entrées en boucle à l'hôpital. Projet de création d'un court séjour gériatrique pour préparer à l'institutionnalisation.

1) Même constat : population des adolescents au niveau d'une prise en charge psychiatrique.

2) Manque de structures adaptées dans le département et poste de psychiatre infanto-juvénile vacant au CH. Les projets de promotion de la santé vont de pair avec du temps médical que l'on peut libérer.

2) CHRS/CAU Bordeaux-Nansouty

Mode d'entretien : visite le 24/09/04

Questionnaire : non envoyé au préalable

Nombre de lits/ places : 25 et 126 lits et places

Interlocuteur : Directeur

- 1) Promouvoir la santé, c'est permettre une multiplicité de prises de parole sur/au nom du résident afin qu'il finisse par en avoir une à lui. Le travail en réseaux a permis cela. La parole du résident n'est plus captée par une institution. Chaque professionnel, interne ou externe à la structure (éducateurs, infirmier psychiatrique de la PASS, assistants sociaux, médecins extérieurs...) contribue à rendre le discours du résident plus lisible. Une régulation se fait entre les diverses interprétations des intervenants. Une écoute plus globale (psychologique, sociale, médicale) de la personne contribue à une reconnaissance de l'exclu. Promouvoir la santé, c'est ne pas imposer des objectifs, comme la « santé sanitaire », attendre que le désir de se soigner vienne et encourager les consultations en dehors de la structure (reconstitution d'un réseau à soi, de repères à l'extérieur). Promouvoir la santé, c'est redonner les moyens matériels dont la personne manque pour réaliser par elle-même ce qu'elle veut vraiment, c'est-à-dire quelque chose de plus qu'un logement, un emploi...quelque chose de personnel.
- 2) Projet d'un poste d'infirmier (non ETP). La relation à l'infirmier est plus facile que la relation avec le médecin : moins d'inhibition, plus d'« épanchement », le toucher et le montrer sont plus faciles. Cette relation (avec l'infirmier) est importante car elle permet de se tourner à nouveau vers son corps, de le refaire exister socialement.
- 3) Les besoins énoncés, la réponse doit toujours aller dans le sens d'un rapport plus égalitaire et moins dominant entre l'institution et la personne.
- 4) Une tendance à l'appropriation des personnes (« mon patient, résident »...) par les institutions, les associations, les travailleurs sociaux... qui freine toujours -dans une certaine mesure- le travail en réseau dans l'unique intérêt de la personne.

ANNEXE 6 Questionnaire partenaires

Etablissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

- 1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

- 2) Estimez-vous avoir un rôle propre dans cette mission ?
 - Se décline t-il auprès des établissements ? Si oui, comment ?
 - Quelle importance donnez vous aux établissements dans ce secteur

Impulsion / coordination - Inscription dans un réseau

- 3) Existe-t il des exemples dans votre département / région ?
 - Quel type d'établissement cela concerne t-il ?
 - Population cible ? (patients, bassin de vie dans son ensemble, personnel...)
 - Y participez vous et de quelles manières ? (*financement*)

- 4) En avez vous mesuré les résultats ? Si oui, quels sont ils ? évaluation

- 5) Quels sont pour vous les critères d'un bon projet de promotion de la santé ?

<p style="text-align: center;">ANNEXE 7 Restitution des entretiens avec différents partenaires</p>
--

- 1) CPAM de Narbonne

- 2) ARH de Bretagne

- 3) DDASS de la Dordogne

- 4) DRASS de Bretagne

- 5) CORES de Normandie

1) CPAM de Narbonne

Personne rencontrée : Directeur de la CPAM de Narbonne

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

Monsieur Ratabouil Directeur de la Cpam de Narbonne situe la pds :

- au cœur d'un débat très actuel dans les organismes de protection sociale (sécu et mutuelles)
- donner aux populations la maîtrise de leur santé

2) Estimez-vous avoir un rôle propre dans cette mission ?

- Se décline t-il auprès des établissements ? Si oui, comment ?
 - **oui notamment en lien avec le centre hospitalier dans la mise en place de réseaux**
 - pas d'interlocuteurs dans le secteur sms
- Quelle importance donnez vous aux établissements dans ce secteur
L'hôpital est posé comme un acteur incontournable de la pds
La sécu est à l'initiative de programmes comme par exemple le conseil en nutrition qui vient relayer l'éducation sanitaire (populations démunies surtout), ou l'hygiène dentaire dans les écoles.

4 INSCRIPTION DANS UN RESEAU

3) Existe-t il des exemples dans votre département / région ?

Les exemples de projet cités sont classiques : diabète

4) En avez vous mesuré les résultats ? Si oui, quels sont ils ? évaluation

Pas d'exemple précis ici, mais le fait qu'une évaluation ne se mène en ce domaine qu'à moyen terme pour offrir un recul satisfaisant

5) Quels sont pour vous les critères d'un bon projet de promotion de la santé ?

Clairement la proximité du terrain : la demande émane de la population concernée

Le financement se répartit entre urcam, faqsv, cores et fneps

La pds est destinée à prendre encore plus d'ampleur dans les années à venir compte tenu des contraintes économiques que connaît le système de protection sociale.

Le paiement à la capitation semble être un élément allant dans le sens de la pds

2) DDASS de la Dordogne

Personne rencontrée : Monsieur le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

1) La promotion de la santé est une politique ayant pour objectif :

- d'aider la population à prendre conscience que la santé est un capital à préserver et à développer par des conduites adaptées
- de mettre la santé au coeur des décisions publiques
- de réorienter en partie le système de soins et de protection sociale vers des activités susceptibles de favoriser la santé (information, prévention.....)

2) L'Etat à un rôle éminent dans ce domaine afin d'influencer l'ensemble du système ainsi que ses acteurs vers la promotion de la santé

Cette tendance n'est pas naturelle et ne peut résulter que d'une politique volontariste forte.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux ont (devraient avoir ?) un rôle primordial dans ce domaine : chacun de leur service peut s'investir durablement dans ce secteur : ex;

- service d'urgence et SAMU sur la prévention des accidents routiers et des conduites à risque
- service de psychiatrie gastroentérologie, médecine interne sur les pratiques addictives
- tous services sur la santé des plus démunis
- Pneumologie sur le tabac
- CHRS sur la santé des plus démunis
- IR sur la santé des jeunes

3) Peu d'exemples pour l'instant dans mon département.

Mais des exemples probants existent ailleurs : Exemple dans les Landes "points santé" sous gestion hospitalière mais extérieurs à l'hôpital en direction des plus démunis, en Gironde fort investissement de certains hôpitaux psychiatriques en direction des missions locales, implication du SAMU de Mont-deMarsan dans la sécurité routière,.....

Le rôle de l'Etat est d'inciter l'ensemble des structures à travailler dans ce sens.

4) Les résultats sont difficiles à quantifier mais ne demandons pas à la prévention et à la promotion de la santé plus que ce que nous demandons au curatif... qui jusqu'à ce jour n'est ni évalué ni financé à partir de ses résultats.

5) Il doit :

- être tourner vers les grandes causes de mortalité et de morbidité afin d'aller dans un premier temps à l'essentiel : alcool, tabac, conduites à risque chez les jeunes.....
- Utiliser un discours adapté aux populations ciblées
- agir en partenariat et en réseau, car l'usager a besoins de politiques pluridisciplinaires
- Être pérennisé afin d'éviter les actions ponctuelles sans lendemain.

3) Questionnaire agence régionale de l'hospitalisation.

Personne rencontrée : directeur adjoint ARH Bretagne

1) **Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?**

La définition d'ottawa est exprimée textuellement, ainsi que la définition OMS de la santé

Le lien entre individu, communauté et milieu est affirmé

Cette définition apparaît à la fois pertinente et opérante

Le concept est large

2) **Estimez-vous avoir un rôle propre dans cette mission ?**

Oui dans la dimension d'accès aux soins

Le rôle de financeur évolue aujourd'hui dans la mesure où ce sont les EPS qui évoluent dans l'enveloppe MIGAC pour ce style de mission .

- Quelle importance donnez vous aux établissements dans ce secteur

Les Hôpitaux et les établissements sms sont mis sur un même plan de pertinence pour ce qui concerne la promotion de la santé

3) **Existe-t-il des exemples dans votre département / région ?**

Surtout dans le cadre d'éducation thérapeutique : diabète, cardio-vasculaire, mais aussi le domaine du soin palliatif

- Quel type d'établissement cela concerne-t-il ?

Hôpitaux et établissements sociaux et médico-sociaux

Pas d'éléments relevés concernant les actions à visée des professionnels

4) **En avez-vous mesuré les résultats ? Si oui, quels sont-ils ? évaluation**

L'évaluation est définie comme difficile, beaucoup de paramètres : complexité

5) **Quels sont pour vous les critères d'un bon projet de promotion de la santé ?**

Un projet se doit d'être pérenne :

Structuration du dossier

Vision globale

Dimension participative

Accompagnement plus que substitution

Respect des étapes

Prise en compte des attentes des populations

Capacité à mobiliser les partenariats

Mr Guillerm pose que se contenter d'une éducation pour la santé trouve vite ses limites, la pds, plus large, est-elle bien inscrite sur les agendas des directions !!!

4) CORES de Basse Normandie Hérouville Saint Clair (14)

Personnes rencontrées : le Conseiller méthodologique et la chargée de projet en éducation pour la santé

Le CORES de Basse Normandie regroupe

- CODES 14 (Calvados) Mme Thierry
- CODES 50 (Manche) antenne à Cherbourg
- CODES 61 (Orne) autonomie : action, financement et orientation

Les missions sont parapubliques, s'inscrivent dans le programme régional de santé.

Le CORES propose aux acteurs de terrain différents services pour mener leurs actions :

- Diffusion d'information en santé

Outils pédagogiques, affiches, cassettes video : permettre aux acteurs de terrain d'animer un projet.

- Documentation

Recherche documentaire sur la politique de santé, sur ce qui existe, sur le même type d'actions.

- Conseil méthodologique

aide à la réalisation de projet : pertinence des objectifs au regard des besoins de la population, cohérence de la démarche et des objectifs, adéquation méthode et démarche.

- Formation

Formation continue : ponctuelles dans le cadre des programmes régionaux, DU de chargé de projet en éducation pour la santé (formation en 2 ans)

Formation initiale : IFSI, IFGAS, IRTS et école de puer.

- Conduite d'actions et coordination de programmes

Mener directement des projets sur le terrain. Le CORES s'inscrit lui-même dans les projets (ex projet de prévention contre l'obésité dans 2 écoles avec 1 chargé de projet).

- Recherche-action

Travail avec les sciences de l'éducation (ex : positionnement de l'infirmière scolaire et place de la prévention dans l'établissement)

- Aide à l'amélioration des prestations

Améliorer le service, valoriser l'existant.

1) Qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

Santé globale : psychique, physique et sociale. Comment on se sent dans son corps, dans sa tête et dans son environnement. La personne elle-même qui a la possibilité de parler et de faire sens .

Education : travail sur le mieux-être, savoir ce qui est mieux pour les autres, travail sur les difficultés et les ressources de la personne. **Importance de la parole des usagers, participation active des usagers. (Ex : relation mère/enfant par les bonbons). Mieux-être = « santé positive ».**

Promotion de la santé : quelle est la place de la santé dans le quotidien de la personne (ex jeunes et le déroulement de la journée dans MFR - règlement intérieur : santé = être libre, ne pas être stressé). On rapproche les représentations de la santé au quotidien, faire dire à la personne ce qu'elle a envie de conserver et d'améliorer.

Favoriser la parole et aider à construire. Donner la parole et la prendre en compte. Pas seulement la capacité à être dans les normes : ne pas fumer, ne pas boire...

Démarche descendante : études épidémiologiques, besoins -) actions

Démarche ascendante : besoins exprimés par la population, on travaille ces besoins, on dégage des projets.

Objectif : donner les aptitudes à (ex ado et tabac : donner aptitudes à se positionner dans un groupe).

Publication d'un « Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé » par le CORES Basse-Normandie : « contribution à l'élaboration d'un langage commun ».

Collaboration Dr Françoise Maupas, CORES d'Ile de France, Nord Pas-de-Calais, Picardie, Haute Normandie et le soutien du CFES.

2) Estimez-vous avoir un rôle propre dans cette mission ?

- Se décline t-il auprès des établissements ? Si oui, comment ?
- Quelle importance donnez vous aux établissements dans ce secteur

Toutes les missions du CORES.

En 1998, réseau CORES/hôpitaux : coordination du réseau, une fois par semaine les chargés de projet se retrouvent au CORES pour échanger sur leurs actions, pour préparer leur avancée.

3) Existe-t il des exemples dans votre département / région ?

- Quel type d'établissement cela concerne t-il ?
- Population cible ? (patients, bassin de vie dans son ensemble, personnel...)
- Y participez vous et de quelles manières ? (*financement*)

4) Evaluation ?

Aide à la construction d'évaluation. Evaluation participative : négociation sur l'ensemble des objectifs, des critères et des indicateurs.

Photo avant et après action pour comparer.

5) Quels sont pour vous les critères d'un bon projet de promotion de la santé ?

- L'utilisateur a-t-il une place dans le projet ? peut-il faire évoluer le projet ?
- Le professionnel est-il là pour faire avancer le projet (dire ce qu'il faut faire ou ce qu'on pourrait faire ensemble) ?
- But est-il d'améliorer la qualité de vie (santé globale) ?
- Orientation communautaire (affaire de tous au quotidien) ? quand on vit ensemble de quoi on se saisit collectivement ? qu'est-ce qui dépend de moi, de la structure ?
- Eclairage pluridisciplinaire ?
- Travail de partenariat ? pas critère de qualité mais une condition
 - Sur quelle base ils sont construits ?
 - Objectifs sont-ils écrits ?
 - Rôles respectifs ?
 - Méthodes mises en commun ?

Pas de bonne ou mauvaise action, que des actions à faire évoluer, toutes les actions sont bonnes mais vérifier quelle info par exemple ? quel public ? qui fait l'info ? compétence ? **L'info ne doit pas résumer toute l'éducation pour la santé.**

La santé/prévention est l'affaire de tous, tout le temps et au quotidien (orientation communautaire).

Rédaction d'une charte de l'éducation pour la santé en Basse-Normandie (par CORES et groupe projet du SREPS) : valeurs et éthique communes, critères de qualité et principes pour l'action – signée par DRASS, DDASS 14, DDASS 50, DDASS 61, DRTEFP, DRDEF, Académie de Caen, ARH , URCAM, MSA, CRAM, Mutualité Française, CORES, Collectif régional Inter-associatif Santé de Basse-Normandie, Comité Régional des Usagers , médecin.

Loi santé publique d'août 2004 : axe fort sur la santé publique, rapport en cours de préparation : thèmes et objectifs curatifs, but faire des actions qui peuvent entrer dans la case. La santé globale ne s'oppose pas à une thématique mais après c'est la manière de travailler qui fait que c'est de la santé globale ou pas. Pas de mise en place de la promotion de la santé. Réduction de budget sur le plan national.

L'hôpital est-il le lieu idéal pour promouvoir la santé ?

La promotion de la santé doit se faire en direction de la population : où sont leurs lieux de vie ? Comment aménager des espaces pour qu'il y ait un lieu de parole ? on est tous au service de la population.

Eparpillement d'acteurs : pas certain de faire quelque chose de cohérent ?

Prise de conscience des acteurs de terrain et des décideurs.

5) DRASS de Bretagne

Personne rencontrée : médecin de santé publique, chargée de mission à la DRASS

Son rôle est de coordonner les programmes régionaux de santé en associant tous les secteurs. Notamment par le biais des comités régionaux des politiques de santé publique et les différents comités techniques des programmes de santé qui incluent les conseils généraux, les DRASS, la justice...

Question 1 : qu'est-ce que la promotion de la santé pour vous ?

Mme Deugnier s'est référée à la loi de santé publique du 9 août 2004 qui définit, selon elle, le champ de la santé publique et les programmes nationaux obligatoires.

Elle définit la promotion de la santé publique comme les domaines d'activités couverts par toutes les actions qui concourent au maintien, rétablissement et amélioration de la santé de la population. Quelle que soit l'action, elle doit découler des définitions données par l'OMS et la Charte d'Ottawa. Tous les secteurs d'activités interfèrent donc sur la santé (habitat, travail, ...) ce n'est pas simplement le rôle de l'hôpital ou du secteur sanitaire qui a un rôle curatif et de soins spécialisé mais aussi en prévention.

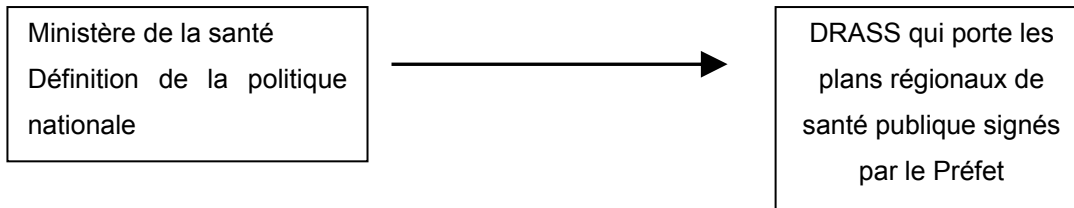
- Point sur la Loi quinquennale du 9 août 2004 : (coordonner la politique de santé publique, définition de programmes nationaux obligatoires dans lesquels les régions doivent s'inscrire)
 - Entre aujourd'hui dans les compétences du Préfet, celle d'élaborer les programmes régionaux de santé. Selon Mme Deugnier, la loi « met la santé publique sous objectifs » chiffrés. Par exemple la nécessité de diminuer le nombre d'obèses de 20 %. Les différents acteurs (Conseil général, industrie, éducation nationale...) s'engagent et mettent en œuvre des moyens humains et matériels en faveur de la promotion de la santé. La loi introduit aussi la notion d'évaluation.
 - Il existe aussi un comité régional de santé publique qui implique notamment l'ARH, la DRASS et l'URCAM. Ce groupement associe les partenaires et les financeurs de la santé publique (tous les secteurs sont regroupés : type OMS). L'objectif étant d'équilibrer le curatif et le préventif.

Aujourd'hui le secteur ambulatoire et les hôpitaux font déjà beaucoup en matière prévention secondaire. + comités techniques de programme : travail de partenariat de plus en plus recherché, très difficile.

- Aparté sur l'éducation pour la santé : le lieu privilégié est l'école, cependant on note des difficultés de mise en place. Il est nécessaire de sensibiliser les directeurs et les enseignants et pas seulement les personnes qui font de la santé scolaire. Il paraît nécessaire d'inscrire la promotion de la santé dans le projet d'école et tout au long de l'année dans les différents enseignements. Dans ce but, Mme Deugnier participera au comité pédagogique du rectorat pour mettre en place des actions sur la durée et de façon répétée.

Question 2 : Rôle propre de la DRASS dans la promotion de la santé

Le déroulement de la promotion de la santé se fait comme suit :



- Les programmes nationaux (issus de la loi du 9 août 2004) sont :
 - Le cancer
 - La lutte contre l'impact de la violence, les conduites addictives et les comportements à risque
 - La santé et l'environnement
 - Les maladies rares
 - La qualité de vie des malades chroniques (amélioration de l'articulation ville/hôpital et soutien médico-social à domicile)
- Le rôle de la DRASS est d'adapter tous ces programmes au niveau de la région selon les besoins décelés sur le territoire. En Bretagne, l'accent est mis sur la lutte contre l'alcoolisme, la consommation du cannabis et le suicide. Selon ces besoins, les plans régionaux portés par le Préfet implique différents acteurs : la Sécurité sociale, la DRASS...

- Le rôle des établissements

Pour les hôpitaux, l'ARH élabore les SROSS qui doivent prendre en compte les objectifs de santé publique définis par la loi.

Les établissements médico-sociaux sont aussi présents au plan régional comme par exemple la présence de représentants des CHRS au comité technique de mise en œuvre du programme de l'accès aux soins et à la prévention.

Les établissements peuvent réaliser des actions de promotion de la santé avec leurs propres moyens mais ils ont aussi la possibilité d'avoir une part financée par la DRASS et l'assurance maladie qui ont des « enveloppes de prévention ». Pour cela leurs actions doivent répondre à des appels à projets. L'Etat financera par exemple des structures d'éducation pour la santé et des programmes d'élaboration de plaquettes informatives et l'assurance maladie des comités de prévention en matière de lutte contre l'alcool.

Les appels à projets se feront bientôt par territoire avec des programmes particuliers pour chaque territoire. Les enveloppes DRASS, assurance maladie, Conseil général et éducation nationale sont alors mises en commun. Définition plus fine des besoins par rapport au territoire ex : Redon il faut qqch sur le tabac, Morbihan alcool et femmes.

Elle indique que les actions sont éparpillées « on ne sait pas ce qui est fait ». les communes : mauvaise remontée d'info. Elle ajoute qu'il est important de ne pas faire seulement de la moralisation mais transmettre un message scientifique, créer du lien social (financement d'asso pour les errants, les personnes âgées isolées par ex).

La SANTE = sanitaire pour les élus, important travail de formation, de sensibilisation pour bien faire comprendre ce concept.

Crédits sont non pérennes, jamais acquis = problème

Catalyseur : financer des actions pour commencer, démontrer que c'est soutenu, rôle d'amorce.

- Rôle des directeurs d'établissement

Leur action est très importante en la matière. L'hôpital a besoin de lien et une politique d'accompagnement et d'implication de la part des directeurs est primordiale.

Il doit passer du temps à présenter le projet, à l'accompagner : politique de communication et d'accompagnement.

Le CODES (Comité départemental d'éducation pour la santé) a aussi un rôle important dans la diffusion d'outils d'éducation pour la santé. Il devrait être un interlocuteur privilégié de l'hôpital.

Question 4 : évaluation des actions (nous avons considéré que la réponse à la question 3 traversait les propos précédents)

Les programmes régionaux de santé existent depuis 1996 avec les conférences régionales de santé. L'évaluation paraît être difficile à mettre en place, notamment car les actions se déclinent sur le long terme. Il existe seulement une évaluation du processus mais peu satisfaisante.

Avec la loi du 9 août, l'évaluation est rendue obligatoire car il s'agit de mesurer les résultats par rapport aux objectifs initiaux.

Aujourd'hui, l'évaluation des programmes se fait par le biais d'enquêtes d'opinion qui permettent la mesure de résultats intermédiaires. Mais il est pour l'instant impossible de connaître l'impact sur la population (dommage !!!)

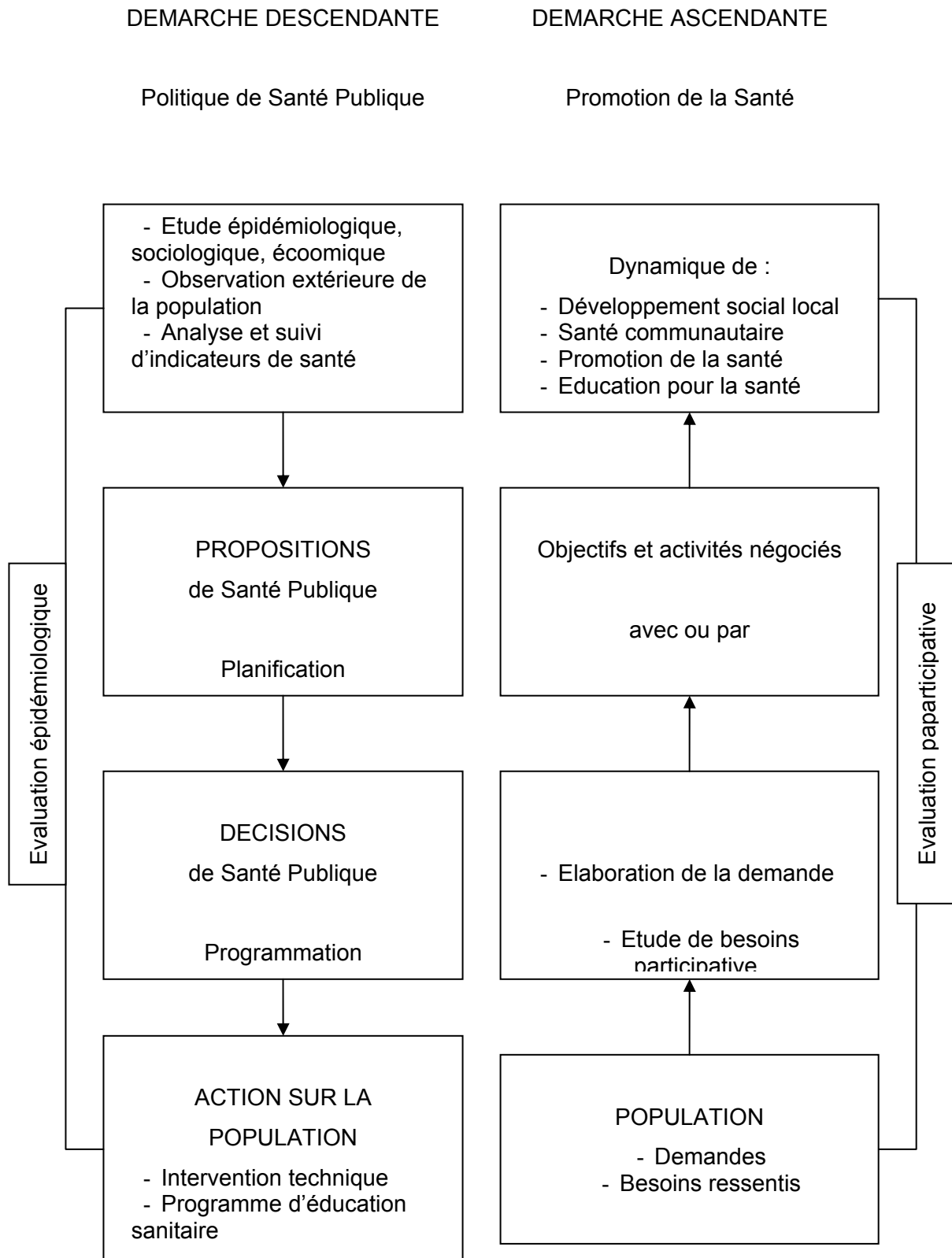
Question 5 : critères pour un bon projet de promotion de la santé :

Selon Mme Deugnier, un bon projet :

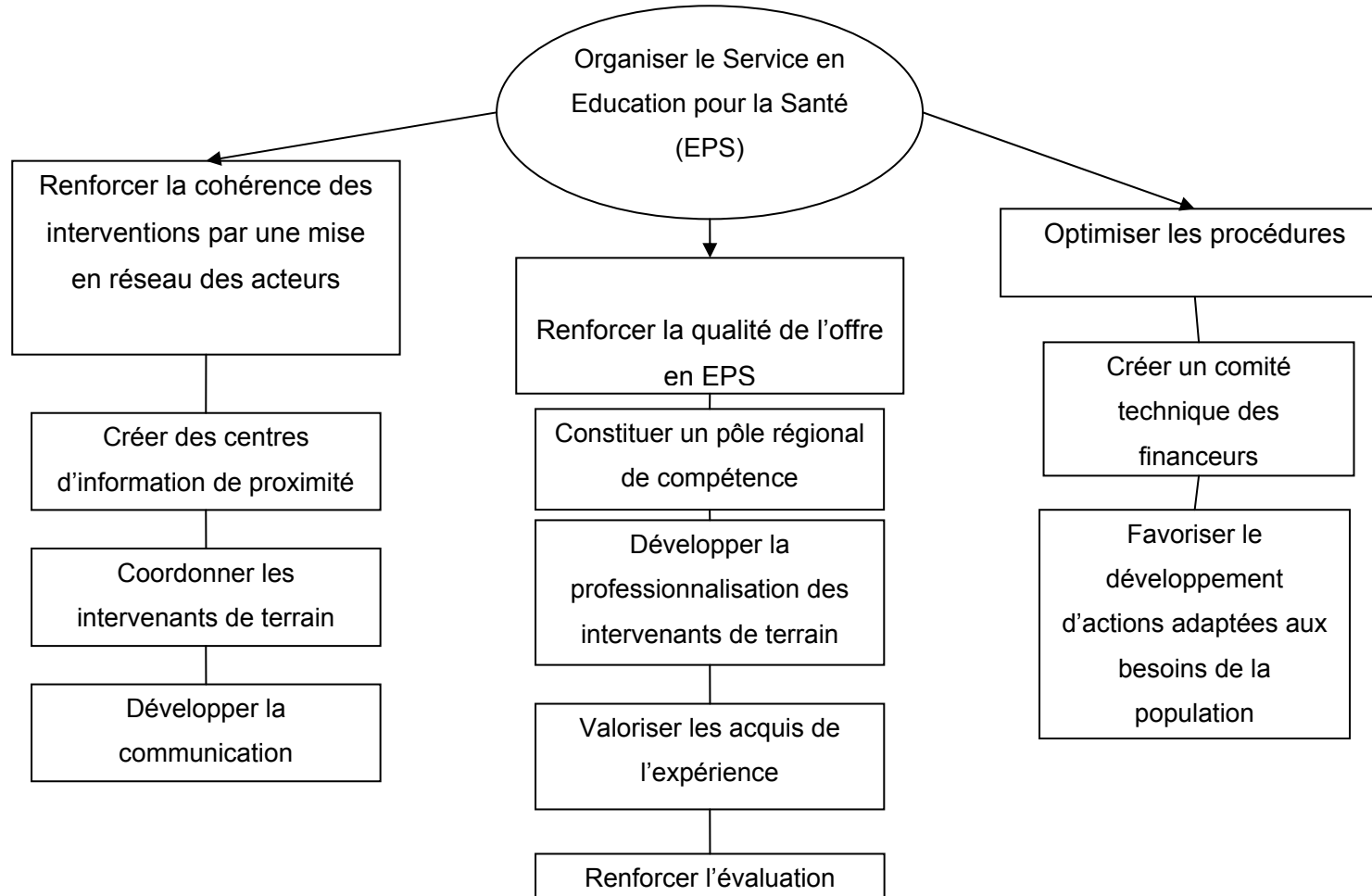
- Doit s'inscrire dans les politiques prioritaires même s'il est certain « qu'il y a d'autres choses à faire » dans d'autres domaines.
- Doit prévoir une évaluation
- Personnes compétentes
- Ne doit pas être une action isolée, dynamique territorialisée
- Besoin de l'implication de plusieurs acteurs, actions coordonnées
- Bien ciblé

ANNEXE 8 :
La Démarche participative

Deux démarches de Santé Publique



ANNEXE 9 : Le SREPS en Basse Normandie (26)



ANNEXE 10 : RAPPORT D'ACTIVITE ET EVALUATION DU RESEAU CORES/HOPITAUX EN EDUCATION POUR LA SANTE DE BASSE-NORMANDIE 39

EVALUATION DES PROCESSUS MIS EN ŒUVRE

➤ Critère n° 1 : Développement d'une culture de prévention dans l'hôpital

Indicateurs :

- Modification de mentalité
- Modification des pratiques
- Changement institutionnel
- Réponse à des appels d'offre
- Analyse des demandes de formation

➤ Critère n° 2 : Coordination d'action

Indicateurs :

- Sollicitation du chargé de projet
- Professionnels impliqués (intra ou extra-hospitaliers)
- Accompagnement d'actions
- Effets sur les pratiques

➤ Critère n° 3 : Mise en œuvre des Programmes Nationaux et/ou Régionaux de Santé

Indicateurs :

- Programmes concernés (PNNS, PRS, PRAPS,...)
- Type d'action
- Public touché

³⁹ Extrait du Rapport d'Activité du Réseau CORES/Hôpitaux Année 2003

ANNEXE 11 : Les apports de la PROMOTION DE LA SANTE pour les établissements visités

SYNTHESE DES QUESTIONNAIRES

QUESTIONS

REPONSES

Quelles modifications ont été notées dans la culture des personnes qui ont où qui participent à ces actions ?

Une volonté d'information des personnels sur les problèmes de santé publique et une meilleure implication dans les actions de promotion de la santé.

Un intérêt pour la transversalité, la pluridisciplinarité et pour l'ouverture sur ce que font les autres.

Un développement du travail en partenariat avec l'ensemble des acteurs, sanitaires, sociaux, politiques ou commerciaux, engagés dans la promotion de la santé.

Une augmentation du lien entre ville et hôpital

Une volonté grandissante d'être à l'affût quant à la veille technique auprès des résidents.

Une meilleure prise de conscience par les partenaires, médecins du besoin de suivi du patient.

Une amélioration de l'écoute, plus de chaleur humaine

La promotion de la santé peut être un élément de reconnaissance supplémentaire à la fois pour les professionnels et l'institution.

Quels sont les apports des actions en promotion de la santé vis-à-vis du personnel ?

Une participation aux actions destinées au public.

Des actions pour préserver leur santé.

Une démarche participative lors d'un investissement, participation au choix du matériel de travail et à l'adaptation de l'environnement interne.

Une amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail.

Une meilleure sensibilisation aux problèmes.

Une amélioration au quotidien des services, de la prise en charge du patient et de son environnement, de la relation avec le professionnel.

Une meilleure écoute, la mise en place d'un soutien psychologique

Une prise en compte de la santé dans le fonctionnement.

Une amélioration de l'autonomie des usagers.

La création de lien social.

Le partage d'expérience, d'appartenance au groupe.

De l'établissement ?

Un décloisonnement des services, une ouverture de l'établissement, plus de travail avec les travailleurs sociaux, développement du travail en réseau, notamment avec les libéraux, ils connaissent plus leurs patients et sont « en phase » avec le terrain.

Une reconnaissance et légitimité supplémentaire

Une Crédibilité et même gain de pouvoir dans une relation soignant soigné plus transparente

La promotion de la santé peut se décliner en terme de Valeur Managériale.

Une meilleure connaissance de l'établissement par la population.

De la communauté ?

Les usagers deviennent des partenaires : interactivité.

Une réelle dynamique de groupe.

Une participation à la vie collective du quartier donc une augmentation du lien social.

ANNEXE 12 : QUELS SONT LES CRITERES D'UN BON PROJET DE PROMOTION DE LA SANTE ?

SYNTHESE DES QUESTIONNAIRES

Le projet de promotion de la santé doit :

- ✓ Etre tourné vers les grandes causes de mortalité et de morbidité afin d'aller dans un premier temps à l'essentiel : alcool, tabac, conduites à risque chez les jeunes.....

- ✓ s'inscrire dans des politiques prioritaires

Mais aussi,

- ✓ Etre proche du terrain : la demande doit émaner de la population concernée
- ✓ Mettre en place une dimension participative
- ✓ Prendre en compte des attentes des populations
- ✓ Avoir une vision globale
- ✓ Etre bien ciblé
- ✓ Avoir pour objectif d'améliorer la qualité de vie (santé globale)
- ✓ Avoir une orientation communautaire (affaire de tous au quotidien)
- ✓ Préciser les objectifs, les rôles respectifs et les méthodes mises en commun
- ✓ Posséder un éclairage pluridisciplinaire
- ✓ Développer le travail de partenariat, qui doit être un critère de qualité mais une condition
- ✓ Agir en partenariat et en réseau, car l'usager a besoins de politiques pluridisciplinaires
- ✓ Etre capable de mobiliser les partenariats
- ✓ Etre pérennisé afin d'éviter les actions ponctuelles sans lendemain
- ✓ Ne pas être une action isolée mais une dynamique territorialisée
- ✓ Mettre en place des actions coordonnées
- ✓ Respecter les étapes
- ✓ Prévoir du personnel compétent
- ✓ Proposer un accompagnement plus qu'une substitution
- ✓ Utiliser un discours adapté aux populations ciblées
- ✓ Donner une place à l'usager dans le projet, lui permettre de faire évoluer le projet
- ✓ Permettre au professionnel de faire avancer le projet (dire ce qu'il faut faire ou ce qu'on pourrait faire ensemble)
- ✓ prévoir une évaluation

Conclusion : Il n'y a que des actions à faire évoluer, toutes les actions sont bonnes.

ANNEXE 13 : CRITERES POUR UN HOPITAL PROMOTEUR DE SANTE⁴⁰

Critères pour un hôpital promoteur sa santé

A

B

Participation aux politiques de santé

Aménagement d'environnements favorables à la santé

Changements organisationnels ou structurels introduits pour favoriser le processus de la santé (= indicateur de réorientation des services de santé)

Existence d'un groupe de travail intersectoriel et pluridisciplinaire qui définit les stratégies de développement de la promotion de la santé

Choix des facteurs déterminants de la santé sur lesquels l'hôpital se propose d'agir

Définition d'indicateurs valides pour mesurer le niveau d'empowerment atteint par rapport aux facteurs précédemment définis

Participation des acteurs concernés à l'analyse de leurs besoins et à la formulation des priorités et stratégies d'intervention

Inventaire des ressources au sein de l'Institution, y compris identification des activités susceptibles de devenir « promotrices de santé »

Développement de partenariats au sein de l'hôpital

Développement de partenariats extra-hospitaliers

Les 17 points de la Déclaration de Budapest

Les Recommandations de Vienne Etc (liste non exhaustive)

A : où en est l'hôpital aujourd'hui ? Quels sont les exemples d'application de ces critères dans votre hôpital ?

B : vers quoi tend votre hôpital ? Quelles sont les projections et décisions pour l'avenir ? à quelle échéance ?

⁴⁰ Isabelle AUJOUAT, Dr François MARTIN, Alain DECCACHE, « Repères pratiques pour mettre en place un processus de promotion de la santé », La Santé de l'homme, juillet-août 2002, N° 360, p 28

ANNEXE 14 : SANTE ET HOPITAL : CHOC DE CULTURE ?⁴¹

	Hôpital/Maladie	Hôpital/Santé
Conception de la santé	Finalité (Restitution ad integrum)	Moyen (ressource face à la maladie)
Objet du soin	MALADIE	PATIENT
Objectif du soin	Optimisation biométrique (guérison)	« Faire de la santé un projet au lieu de la maladie un cauchemar » Qualité de vie
Place du patient	PASSIF	ACTEUR
Temps	SEQUENCES	PROCESSUS
Durée de la maladie	Aiguë	chronique
Modèles	Biomédical	Global
Organisation	CLOISONNEE Intra/Extra service (curatif/préventif, médical/social)	TRANSVERSALE Continuité santé/maladie
Environnement	« pas la fonction de l'hôpital »	Prise en compte des déterminants de santé du bassin de vie
Déterminants de santé		- empowerment*
Pratique soignante	- Prestataire de service - Individuelle	- individuelle et groupe * autonomisation face à la maladie

⁴¹ Dr François MARTIN, « Santé et Hôpital : choc de culture ? », La Santé de l'homme, juillet-août 2002, N° 360, p 16