

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Milieu pénitentiaire
Pourquoi faire de l'éducation pour la santé en prison ?

Évaluation d'impact sur la santé
Les premiers pas en France

Dossier

Promouvoir la santé à l'hôpital

LA SANTÉ EN ACTION LA REVUE DE LA PRÉVENTION, DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- actualité et expertise
- pratiques et actions de terrain
- méthodes d'intervention et aide à l'action
- interviews et témoignages

Une revue de référence
et un outil documentaire pour

- les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

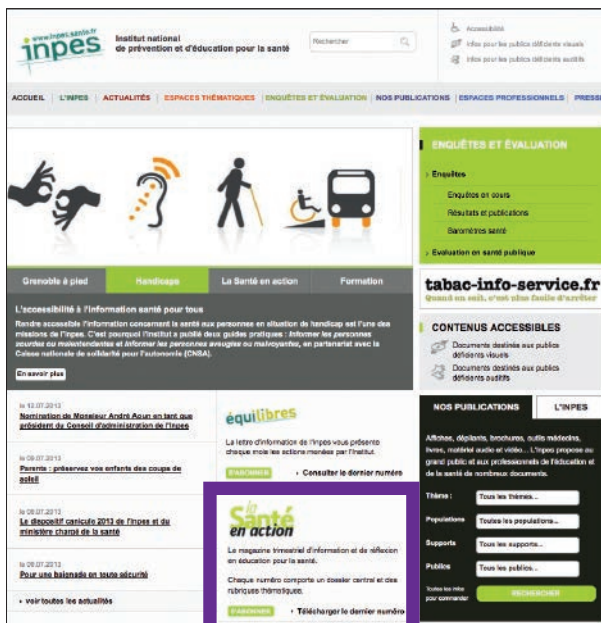
Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION EST DISPONIBLE GRATUITEMENT :

- en format papier sur abonnement pour les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- en format Internet pour tous les publics, professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr



la Santé en action

est éditée par :

**l'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (Inpes)**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

François Beck, Sandrine Broussouloux, Michel Condé, Jennifer Davies, Nathalie Houzelle
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), Jean-Christophe Azorin (AFPSSU), Judith Benrekassa (InVS), Dr Michel Berthier (mairie de Poitiers), Dr Zinna Bessa (direction générale de la Santé), Mohamed Boussouar (Ireps Rhône-Alpes), Alain Douiller (Codes de Vaucluse), Christine Ferron (Ireps de Bretagne), Laurence Fond-Harmant (CRP-Santé, Luxembourg), Jacques Fortin (professeur), Annick Gardies (Inpes), Dr Luc Ginot (ARS Île-de-France), Zoë Héritage (Réseau français des villes santé de l'OMS), Laurence Kotobi (université Bordeaux-Segalen), Marika Lefebvre (FNMf), Éric Le Grand (sociologue), Nathalie Lydié (Inpes), Dr Annie-Claude Marchand (ARS Champagne-Ardenne), Claire Méheust (Inpes), Renaud Morin (Inpes), Mabrouk Nekaa (DSDEN Loire), Jean-Marc Piton (Inpes), Jeanine Pommier (EHESP), Dr Stéphane Tessier (Regards).

FABRICATION

Conception et réalisation graphique :
offparis.fr
Photographie de couverture : **Claudine Doury/Vu'**
Impression : **Groupe Moraut**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Manuela Teixeira (01 49 33 23 52)
N° ISSN : en cours
Dépôt légal : 2^e trimestre 2013
Tirage : 12 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction

Milieu pénitentiaire

PRÉVENTION ET PROMOTION
DE LA SANTÉ EN
MILIEU PÉNITENTIAIRE

4 _ Introduction

Khadoudja Chemlal

5 _ Enquête sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

Marie-Claire Paty

8 _ Centre pénitentiaire d'Annœullin : un programme de réduction des risques

Emmanuel Luneau, Valéry Hédouin

11 _ « Les épauler pour qu'ils prennent soin de leur santé, dans un contexte défavorable d'enfermement »

Entretien avec Yves Chauchaix

14 _ « Une approche globale combinant réduction des risques dans l'éducation pour la santé, et orientation médico-sociale »

Entretien avec Cynthia Bansah



Hôpitaux et services de santé promoteurs de santé (HPS) : évolutions du réseau international

18 _ Christina Dietscher, Jürgen Pelikan

Hôpitaux promoteurs de la santé : vingt ans d'histoire, neuf cents établissements membres

20 _ Chiara Raffellini, Marie-Dominique Charier, Lynda Rey, Christine Colin

Le réseau français des hôpitaux promoteurs de santé

24 _ Andréa Limbourg

Promotion de la santé mentale : des recommandations pour la formation des professionnels

25 _ Tim Greacen, Emmanuelle Jouet, Muriel Dodero, Alain Fabre, Evelyne Salem

L'hôpital de Dreux expérimente la promotion de la santé

28 _ François Martin, Sylvain Decelle

Promotion de la santé en réadaptation cardiaque : l'expérience de l'hôpital Corentin-Celton

30 _ Irène Duquenne, Catherine Le Moguen, François Ledru, Marie-Christine Iliou

« Des clubs d'activité physique créés à l'initiative des patients cardiaques »

33 _ Entretien avec Frédéric Roche

Pôle mère-enfant Laennec : « Un lieu conçu pour le bien-être des enfants hospitalisés »

35 _ Entretien avec Yann Révillon

Le sport en psychiatrie : bon pour la santé, bon pour le vivre ensemble

37 _ Emmanuelle Jouet, Sébastien Favriel, Tim Greacen, Danièle Martin, Amel Nasfi

Maison des usagers de Perpignan : « Remettre les patients au centre du dispositif de santé »

39 _ Entretien avec Aude Marin-Colombe et Alain Bobo

Clowns à l'hôpital : « Avec les clowns, l'enfant retrouve sa nature, l'imaginaire, le jeu »

41 _ Entretien avec Marc Avelot

À Montréal, la promotion de la santé, un axe prioritaire du Centre hospitalier universitaire pour enfants

43 _ Christine Colin

Pour en savoir plus

47 _ Olivier Delmer, Céline Deroche

Dossier

PROMOUVOIR LA SANTÉ À L'HÔPITAL

Coordination : Andréa Limbourg, Tim Greacen et Christine Colin

Introduction

16 _ Andréa Limbourg, Tim Greacen, Emmanuelle Jouet, Christine Colin

Aide à la décision

L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

50 _ Évaluation préalable des impacts des politiques sur la santé des populations : une démarche nouvelle

Louise Saint-Pierre

52 _ Encadré : En Seine-Saint-Denis, l'ARS évalue l'impact d'infrastructures de transports sur la santé (Alexandra Auclair, Anne Laporte, Muriel Dubreuil)

54 _ Les premiers pas dans l'évaluation d'impact sur la santé en France

Françoise Jabot, Anne Roué-Le Gall

Lectures

57 _ Olivier Delmer, Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet

Prévention et promotion de la santé en milieu pénitentiaire : état des lieux et exemples d'intervention

Introduction

Khadoudja Chemlal,
praticien hospitalier,
chargée d'expertise scientifique
en promotion de la santé à l'Inpes.

Intégrer la prévention et la promotion de la santé dans la prise en charge sanitaire des personnes est une mission de service public clairement définie dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST).

En milieu pénitentiaire, cette mission est confortée par des textes législatifs du ministère de la Justice¹ et le plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes sous main de justice².

Les actions de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) dans ce champ s'inscrivent dans les axes de ce plan. Ainsi, l'élaboration d'un état des lieux portant sur les conditions de réalisation des actions d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire apporte des informations précises sur les différents acteurs qui interviennent auprès de ces publics. Les résultats de cette enquête effectuée auprès des équipes de terrain ont permis d'élaborer des recommandations pour les différents intervenants. Les principaux enseignements sont présentés ci-après par le docteur Marie-Claire Paty qui a coordonné cette enquête pilotée par un groupe de travail en 2011.

Dans ce numéro, l'Inpes a souhaité également donner la parole à des acteurs de terrain qui, au travers des programmes d'éducation et de promotion de la santé mis en place dans leur établissement, illustrent la richesse

et la diversité des actions réalisées, sans pour autant éluder la complexité et les difficultés rencontrées. L'intervention d'associations extérieures au milieu pénitentiaire est un atout supplémentaire pour mettre en œuvre des actions et faire le lien entre le « dedans et le dehors ». Outre les associations, les équipes peuvent également s'appuyer sur d'autres partenaires locaux reconnus dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé comme, par exemple, les pôles de compétences³, les instances régionales d'éducation pour la santé (Ireps), les réseaux de santé, etc.

La prévention et la promotion de la santé en milieu pénitentiaire sont des démarches que l'Inpes s'attache à faire connaître et diffuser. Pour ce faire, l'Institut élabore actuellement – avec un groupe de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel – un référentiel d'intervention qui a pour objectif d'inciter les différents acteurs à s'emparer de cette question et à les aider à mettre en place concrètement des programmes. Ce référentiel est l'une des mesures concrètes contenues dans le plan stratégique 2010-2014.

1. Art. 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

2. Les personnes sous main de justice sont des personnes prises en charge par l'administration pénitentiaire, écrouées ou non écrouées, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert.

3. Les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé sont des plateformes ressources qui fédèrent les compétences et les ressources présentes en région. Ils sont soutenus financièrement par l'Inpes. Il en existe vingt-six, un par région.

Pour en savoir plus

www.inpes.sante.fr (Espace thématique santé en milieu pénitentiaire)

Pourquoi faire de l'éducation pour la santé en prison? Une enquête pilotée par l'Inpes rappelle les fondements, l'intérêt et les difficultés de ce type d'intervention et dresse l'état des lieux de sa mise en œuvre.

Enquête sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

Marie-Claire Paty¹,
épidémiologiste, Institut de veille
sanitaire (InVS), Saint-Maurice.

En 2011, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a réalisé une enquête [1] – la première de ce type à l'échelon national – dressant un état des lieux de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, et a formulé des recommandations au vu de ces résultats. Les soignants de l'ensemble des établissements pénitentiaires de France ont été interrogés. L'enquête montre que les actions d'éducation pour la santé sont effectivement mises en œuvre dans une grande majorité d'établissements, ce qui constitue un progrès par rapport aux constats dressés antérieurement. Toutefois, des difficultés, déjà mises en évidence dans des rapports antérieurs, persistent.

L'intérêt de la prévention

Les besoins des personnes détenues en matière d'éducation et de promotion de la santé sont importants. Elles présentent un état de santé altéré par rapport à la population générale, une exposition plus forte à des facteurs de risque, et l'incarcération a en elle-même des effets potentiellement délétères sur la santé. Cette population n'a eu souvent que peu accès et recours au système de soins et de prévention avant l'incarcération. Le temps de la détention, malgré les contraintes qui lui sont propres, peut ainsi être l'occasion d'un contact avec le dispositif de prévention. Ce dispositif doit permettre une prise

de conscience de l'importance de la santé, des facteurs qui l'influencent, et constituer l'opportunité d'une démarche de prévention. La promotion de la santé et l'éducation pour la santé participent, de plus, à la préparation à la sortie de la détention et, dans une certaine mesure, à la réinsertion.

L'éducation pour la santé est inscrite dans les missions des unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) depuis leur création en 1994, devenues depuis 2012 « unités sanitaires » (voir encadré ci-contre). Le Code de la santé publique stipule que ces structures coordonnent « les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire » et élaborent à ce titre un programme avec l'établissement. Par ailleurs, un guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues [2] précise les modalités pratiques de la prise en charge sanitaire, y compris de l'éducation à la santé. Toutefois, en dépit d'un réel besoin et d'une réglementation qui assoit cette mission, son application s'avère complexe et difficile, comme le soulignent différents rapports publiés depuis 1994. Ainsi, en 2001, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) soulignait qu'« en pratique, seuls quelques établissements ont mis en place des actions de promotion de la santé [...]. Parmi les obstacles ou contraintes le plus souvent mis en avant, les établissements de santé évoquent l'insuffisance relative de leurs moyens, notamment en personnel paramédical, et les choix qu'ils sont conduits à faire entre soins curatifs et activités de prévention ».

PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES : ORGANISATION DES SOINS

L'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice est confiée depuis 1994 au service public hospitalier. Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une « unité sanitaire » (ex-Ucsa), laquelle est rattachée à un établissement public de santé. Le personnel de santé exerçant en milieu pénitentiaire est sous l'autorité du directeur de l'établissement hospitalier et est soumis à l'ensemble des règles déontologiques et professionnelles prévues dans le code de santé publique.

L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, chacun étant structuré en trois niveaux :

- le **niveau 1** regroupe les consultations, les prestations et activités ambulatoires;
- le **niveau 2** regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel, en hospitalisation de jour (alternative à l'hospitalisation complète);
- le **niveau 3** regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet.

Khadoudja Chemlal

Avancées et difficultés

L'enquête, conduite sous forme de questionnaire écrit auprès des Ucsa, montre une concordance entre les problématiques identifiées comme prévalentes en milieu pénitentiaire et les thèmes les plus fréquents des actions

d'éducation pour la santé. Il existe une dynamique, objectivée par l'augmentation importante et régulière du nombre de comités de pilotage (Copil) relatifs à l'éducation pour la santé dans les établissements, et l'effort de formation des personnels est sensible. Les unités sanitaires sont au centre du dispositif, malgré quelques exceptions comme le fait que quelques actions se déroulent sans qu'elles en soient informées. L'investissement des soignants est réel; le taux de participation élevé à l'enquête en témoigne.

ÉCOUTER LES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PERSONNES DÉTENUES

L'enquête souligne que les personnes détenues sont peu associées à la conception et à la mise en œuvre des actions d'éducation pour la santé. Or, la prise en compte de l'expression des personnes détenues s'inscrit au cœur de la démarche d'éducation et de promotion de la santé, basée sur une logique d'écoute des personnes, de prise en compte de leurs représentations et des attentes exprimées, et donc d'*empowerment*, lequel permet de renforcer l'estime de soi, la capacité de prise de décision et d'action de la personne. Toutes les personnes sont considérées comme disposant de ressources et de forces¹.

Le groupe de pilotage de l'enquête souligne que cette approche mérite d'être développée, soutenue par des formations en éducation pour la santé, et qu'elle a toute sa place dans l'évaluation des besoins. Cette approche est particulièrement importante au regard des conditions de vie en détention qui peuvent rendre inopérantes voire contre-productives des actions qui ne prendraient pas en compte les attentes des personnes concernées.

M.-C.P.

1. L'*empowerment* est le « processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie, et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans un contexte de changement de leur environnement social et politique ». Source: Glossaire des termes de santé publique internationaux. ADSP, 2003, n° 43 : p. 5. En ligne : www.asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/adsp-43_0406.pdf ou : www.bdsp.tm.fr

L'ESSENTIEL

- ▣ **L'Inpes a piloté une enquête sur la mise en œuvre et les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, auprès des personnels de santé exerçant en établissements pénitentiaires.**
- ▣ **L'éducation et la promotion de la santé pour les personnes détenues sont inscrites dans la loi depuis 1994. Ces démarches doivent notamment leur permettre d'être davantage acteurs de leur santé, malgré un contexte de stress et d'enfermement.**
- ▣ **En dépit de progrès incontestables, il reste beaucoup à faire, en raison d'un manque de moyens humains et matériels, mais aussi d'un manque de reconnaissance de l'intérêt de la prévention qui paraît secondaire par rapport aux soins nécessaires pour cette population dont l'état de santé est altéré par rapport à celui de la population générale.**
- ▣ **Parmi les recommandations phares, le groupe de pilotage de l'enquête souligne la nécessité de former et accompagner les personnels de santé mais aussi de l'administration pénitentiaire, d'inscrire la promotion de la santé comme une priorité en milieu carcéral, d'apporter un soutien aux équipes en charge de sa mise en œuvre, et d'y consacrer les moyens nécessaires.**

Cependant, les disparités sont importantes dans le nombre et les modalités des actions ainsi que dans les organisations locales. Les Copil, certes plus nombreux que par le passé, n'existent que dans moins de la moitié des établissements pénitentiaires. Les difficultés auxquelles les soignants sont confrontés sont réelles et concernent en premier lieu l'insuffisance des ressources et la difficulté à développer des partenariats. Les équipes ont exprimé dans l'enquête un besoin d'appui pour la mission d'éducation à la santé, au travers :

- de la reconnaissance de cette activité dans les établissements hospitaliers;
- d'une structuration et d'une stratégie à l'échelon régional permettant l'organisation d'échanges de pratiques entre équipes, de formations, un appui méthodologique et un soutien pour la recherche de partenaires et de financements.

L'analyse des résultats de l'enquête, montre qu'au-delà du nombre d'actions et de leurs thèmes, il existe une grande hétérogénéité des pratiques et des

réalisations. Elle montre aussi qu'il existe fréquemment – au niveau des établissements – de véritables partenariats de terrain notamment entre les professionnels de santé et les professionnels pénitentiaires. L'investissement et l'intérêt des soignants sont réels mais les équipes se heurtent à des difficultés : en premier lieu, le manque de temps soignant à consacrer à ces activités, ainsi que les difficultés de financement et les contraintes carcérales. Des difficultés de collaboration avec l'administration pénitentiaire, le manque de collaboration et de disponibilité des partenaires, le manque de formation, les contraintes logistiques liées à la vie carcérale et les problèmes de coordination lors de la mise en œuvre des actions sont aussi fréquemment cités. La spécificité de l'éducation pour la santé apparaît ainsi justifier d'un soutien méthodologique et de formations qui sont souhaitées par les professionnels de santé.

Des addictions à l'estime de soi

Les cinq thèmes les plus fréquemment cités dans les actions d'éducation pour la santé intègrent les problématiques de santé les plus fréquentes des personnes détenues : les addictions (alcool, tabac, drogues, etc.), les maladies infectieuses (infection par le VIH, les hépatites virales et les IST essentiellement), l'estime de soi, l'alimentation et la nutrition. La notion globale de santé qui figure aussi parmi les thèmes les plus fréquents reflète un souci d'approche généraliste de la santé. Les sujets cités sont très divers avec, à titre d'exemples, la gestion du stress, la vie affective et sexuelle, la santé bucco-dentaire, l'activité physique, l'hygiène corporelle, les premiers secours, la prévention du suicide, le sommeil, les vaccinations, la parentalité, le bon usage des médicaments, la prévention de la violence et la préparation à la sortie. L'enquête montre aussi que la participation des personnes détenues aux étapes d'analyse des besoins et de construction des programmes est peu développée.

Les financements sont avant tout issus des agences régionales de santé (ARS) et des établissements hospitaliers. L'administration pénitentiaire y contri-

bue, sous forme de cofinancements. La complexité des circuits, les financements rarement pérennes et le décalage des calendriers de financement par rapport aux actions induisent des difficultés dans la mise en œuvre des programmes et actions.

Les facteurs facilitants

En contrepoint des difficultés, les professionnels interrogés ont listé les « facteurs facilitants » suivants pour que ce travail puisse se concrétiser, autant de leviers sur lesquels s'appuyer :

- la qualité de la collaboration entre les professionnels de santé et les équipes pénitentiaires ainsi que le soutien de l'administration pénitentiaire ;
- les partenariats ;
- l'implication des personnels et des intervenants, la qualité des partenariats et le soutien des directions des établissements de santé.

Pour nombre de professionnels de santé interrogés, l'enjeu majeur est de dédier du temps spécifique pour l'éducation pour la santé, de disposer de financements pérennes, de faciliter les démarches auprès des financeurs et de former les personnels. L'enquête montre ainsi qu'« il existe manifestement un besoin de reconnaissance et d'appui à l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Il paraît important et possible de répondre à ces attentes. Cela passe notamment par l'objectivation des moyens nécessaires, une clarification et une simplification des circuits de financement, l'appui de structures expertes en éducation pour la santé ».

En conclusion, dans ce contexte, le plan d'actions stratégiques « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » [3] a placé le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé parmi ses cinq mesures phares. Cette enquête sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire a été l'une des premières actions mises en œuvre dans ce domaine et a permis de dresser un état des lieux et de faire des propositions. L'ensemble des constats a, en effet, conduit le groupe de pilotage de l'enquête à émettre des recommandations à l'intention des établissements de santé et des établissements pénitentiaires,

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] *État des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Comité de pilotage de l'enquête.* Saint-Denis : Inpes, juin 2012 : 89 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/sante-penitentiaire.pdf>

[2] *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.* Paris : ministère de la Santé et de la Protection sociale, ministère de la Justice, 2004 : 177 p.

En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

[3] *Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politiques de santé pour les personnes placées sous main de justice.* Paris : ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés, 2010 : 86 p.

En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

[4] Dans l'esprit des « prisons promotrices de santé » promues par l'Organisation mondiale de la santé. *Health in Prisons. A WHO Guide to the Essentials in Prison Health.*

En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

ainsi que des administrations sanitaires régionales et nationale. Ces recommandations seront reprises dans un référentiel d'intervention en éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire, actuellement en cours de rédaction à l'aide d'un groupe de travail pluriprofessionnel, document qui sera publié par l'Inpes d'ici à 2014. La dynamique et l'investissement constatés dans le cadre de cette enquête, couplés au plan d'actions stratégique, sont une opportunité pour :

- renforcer l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire ;
- mais aussi développer une approche plus globale de promotion de la santé dans ces établissements. Ce dernier objectif implique un travail sur les déterminants de la santé, en particulier les conditions de vie en déten-

DU DÉCALAGE ENTRE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET LES AUTRES BESOINS SANITAIRES : PAROLES DE SOIGNANTS

Comment faire de l'éducation pour la santé alors que certains soins primaires ne sont pas accessibles aux détenus dans certains établissements? Plusieurs professionnels de santé interrogés dans le cadre de l'enquête font part de leurs interrogations. Ainsi l'un d'eux souligne qu'il n'y a « pas de réponse satisfaisante apportée face à certains problèmes. Par exemple, pour l'hygiène bucco-dentaire : peu de temps disponible pour les soins dentaires et l'ORL, donc un discours peu crédible ». Un autre professionnel témoigne en ces termes : « Cette mission [d'éducation pour la santé, ndlr] est très lourde à porter compte tenu des moyens dérisoires, du manque de soutien. » Un autre est plus optimiste : « Il faut encourager et valoriser ce travail qui prend beaucoup d'énergie et de temps et qui a toute sa place dans la chaîne du soin. » Ce décalage est au cœur de toutes les analyses : « Ces programmes demandent un investissement en temps et en énergie qui ne peuvent être compatibles qu'avec un effectif paramédical et médical suffisant; par ailleurs, lorsque des problèmes, d'hygiène notamment, surtout liés aux conditions très vétustes d'enfermement existent, il me semble "décalé" de parler de prévention des risques [...] quand les détenus sont entassés, couchent par terre et n'ont qu'un pauvre lavabo pour y faire la vaisselle, la toilette, la cuisine et le ménage ».

M.-C.P.

tion (matérielles, environnementales, psychosociales et réglementaires) [4]. Une telle approche permettrait de réduire la contradiction potentielle entre le message porté dans les actions d'éducation pour la santé et les conditions de vie en détention. ■

1. Marie-Claire Paty était chargée d'expertise à l'Inpes et a piloté cette enquête de 2010-2012.

Centre pénitentiaire d'Annœullin : un programme de réduction des risques

Emmanuel Luneau, médecin, responsable de l'unité « Prévention, éducation, santé »,
Pr Valéry Hédouin, responsable du service de soins somatiques, Médecine en milieu pénitentiaire, CHRU de Lille.

Depuis la réforme de janvier 1994 pour la médecine générale, l'hôpital public a pour mission la prise en charge globale de la population carcérale sur le plan sanitaire, tant dans le domaine du soin que dans celui de la prévention et de l'éducation pour la santé.

À Lille, dans le champ de la promotion de la santé, l'équipe soignante coordonne au sein de chaque établissement pénitentiaire où elle intervient, un groupe de travail intitulé « Instance locale Prévention Éducation Santé ». Il est constitué de soignants, des personnels pénitentiaires, de l'Éducation nationale et d'un partenaire en charge notamment de la restauration, de l'hygiène des locaux et de la formation professionnelle. Ce groupe définit et met en place, chaque année, une planification annuelle d'actions.

L'instance locale du centre de détention de Loos a mené une réflexion sur le problème de santé publique posé par l'hépatite C chronique en détention et les prises de risque d'une population carcérale confrontée massivement à des consommations de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis, héroïne, cocaïne, médicaments, etc.). Parallèlement, le Point accueil oxygène, en tant que centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour

les usagers de drogues (Caarud), accompagne les personnes « toxicomanes » sur la métropole lilloise, hors et en détention. Une complémentarité s'est imposée et un travail de partenariat s'est mis en place.

La promiscuité et le manque d'accès à des outils de prévention en milieu carcéral favorisent la prise de risques infectieux. Notre réflexion collective nous a amenés à considérer qu'il est essentiel d'impulser des actions de réduction des risques. L'instance locale a décidé de mettre en place un comité de pilotage en 2008 regroupant des professionnels dans et hors les murs en vue de construire un projet dans le cadre d'un appel à projet de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Ce travail est parti des difficultés rencontrées par les professionnels sur le terrain et énoncées ci-dessus. L'objectif général retenu est de « susciter un changement de comportement auprès de la population pénale et des représentations auprès des professionnels concernant les conduites à risque induisant la transmission de maladies infectieuses (VIH, hépatites virales) ».

Travail sur les représentations

Quatre étapes ont été définies et ont fait l'objet à chaque fois d'un nouvel appel à projets.

Un travail sur les représentations concernant la réduction des risques chez les professionnels et les personnes détenues (2008-2009). Il ressort de cette première

étape que, chez les professionnels (soixante ont été rencontrés), des idées communes apparaissent, déclinées ensuite selon les domaines professionnels de chacun (soignants, administration pénitentiaire) : les questions de la sexualité et de la consommation de produits psychoactifs sont taboues. La réduction des risques est nécessaire et indispensable mais apparaît comme acteur potentiel d'une action à mener dans ce domaine est difficile. Travailler à cette réduction des risques est vécu par les professionnels comme une remise en cause de leurs compétences ou un constat d'échec dans leurs missions. Par ailleurs, ces professionnels craignent qu'une politique de réduction des risques offensive ne conduise les détenus vers une incitation à consommer et à prendre davantage de risques. Ils redoutent également un risque de stigmatisation des détenus « toxicomanes ».

De leur côté, les détenus (quinze personnes rencontrées) partagent avec les professionnels des idées communes (risque de stigmatisation, crainte d'une incitation à consommer, à prendre davantage de risques), mais divergent sur d'autres : intérêt d'une politique de réduction des risques, mais pour les autres ! La prison protège-t-elle ou met-elle en danger les détenus vis-à-vis du risque infectieux ? Dans quelle mesure les autorités publiques apportent-elles un soutien aux détenus en difficulté avec des prises de produits ? Ces deux questions sont débattues. Dans tous les cas, les détenus apparaissent mal informés sur les risques réels en termes de maladies infectieuses.

Dispositif d'accompagnement

Mettre en place un premier dispositif d'accompagnement de la population pour la réduction des risques (2009-2010).

Dans un premier temps, une enquête sociologique a été réalisée par une étudiante en master¹ auprès de personnes détenues, pour mieux percevoir leurs représentations concernant la prévention et la réduction des risques. Dans un second temps, le dispositif suivant a été mis en place au centre de Loos : un temps d'accueil réservé par l'administration pénitentiaire aux détenus arrivant dans l'établissement, a permis une présentation des soignants et de l'organisation des soins mais aussi une sensibilisation avec la présentation d'une « boîte à outils de la réduction des risques dans tous ses états ». Elle comprend un vaste choix d'outils de prévention, du rasoir au préservatif, à la paille de sniff et à la seringue. Elle permet une libération de la parole et un débat de dix minutes. Une invitation est alors remise pour venir poursuivre ce débat autour d'un théâtre d'intervention lors d'un temps fort organisé en détention à une date déterminée. Cent soixante détenus « arrivants » et quarante détenus participant aux rencontres « théâtre oxygène » ont pu ainsi participer sur cette thématique. Douze détenus ont accepté de poursuivre la réflexion au sein d'un groupe de travail.

Un outil créé avec les détenus

Formuler des messages dans ce domaine et créer un outil spécifique par et pour des personnes détenues sur la réduction des risques (2010-2011). Ce groupe de travail, animé par un médecin de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa) et deux membres du Caarud, a conçu des messages à proposer à l'ensemble de la population pénale, reprenant des situations à risque, traitées à travers sept cartes « les cartes qui te protègent » (avec, sur chacune, une saynète sur le recto et un conseil sur le verso). Les textes sont rédigés par les personnes détenues. Les soignants et les membres de l'association assurent un accompagnement logistique et une expertise.



© Dominique Delpoux/Agence VU

Ce jeu de cartes, aide au débat, est destiné à de futurs temps d'échanges sur la réduction des risques, animés par des soignants, accompagnés ou non de personnes détenues. La carte « injection » est laissée volontairement vierge afin d'interpeller les détenus sur leurs comportements mais aussi les décideurs institutionnels sur l'absence aujourd'hui de réel outil de prévention disponible en détention.

Après Loos, Annœullin

Mettre en place un dispositif pérenne de réduction des risques au centre pénitentiaire d'Annœullin, le centre de détention de Loos ayant fermé en juin 2011 et les détenus ayant été transférés sur ce nouvel établissement sur différents temps (2011-2012).

• **Le temps du quartier des « arrivants » :** l'objectif est double : mettre à disposition des détenus des outils de réduction des risques (comprenant le kit hygiène de l'administration pénitentiaire, deux préservatifs (masculin et féminin), un « roule ta paille », un dépliant « La carte qui te protège ») et susciter un débat. Les animateurs (un soignant et un membre du Point accueil oxygène) accueillent des personnes du quartier des « arrivants » tous les quinze jours. Le personnel

pénitentiaire, sensibilisé sur l'action, optimise l'accès à ce temps d'échanges. Deux cent vingt-cinq personnes détenues ont pu ainsi sur une année y participer.

• **Le temps de la détention :** les soignants sont invités à échanger régulièrement avec les personnes détenues bénéficiant ou non d'un traitement de substitution, et à leur mettre à disposition les outils de prévention cités ci-dessus. Des dépistages peuvent être proposés. Des outils de prévention sont également déposés dans des lieux particuliers (vestiaire, unités de vie familiale). Une réflexion est menée sur le poste « coiffure » en détention, amenant à des recommandations de prévention des infections concernant la stérilisation du matériel utilisé. Enfin, des détenus volontaires peuvent aller, accompagnés par des soignants, à la rencontre d'autres détenus dans des temps déterminés pour débattre sur la thématique. Un groupe de quatre détenus s'est récemment investi dans cette démarche.

• **Le temps de la sortie :** une consultation médicale de sortie permet au détenu de refaire le point sur sa santé et les démarches entreprises, mais aussi en termes de comportements à risque. Là encore, des outils de prévention sont mis à sa disposition.

Un temps d'échanges est organisé dans la formation continue des personnels de surveillance de l'établissement, avec les personnels soignants. Quatre-vingt-dix surveillants pénitentiaires ont pu débattre en 2012 avec

des soignants et des membres du Caarud. Enfin, une cellule de réflexion sur le risque infectieux a été créée².

Partenariat hôpital/administration pénitentiaire

La promotion de la santé est l'un des domaines où un réel partenariat peut s'établir entre l'hôpital et l'administration pénitentiaire. C'est le travail mené ensemble sur le terrain qui a permis à chacun de percevoir la promotion de la santé et de s'y impliquer dans le respect de ses missions.

Une réelle culture commune se construit peu à peu. C'est ainsi qu'il a pu être possible, au fil du temps, de s'interroger sur la réduction des risques en détention et d'en faire aujourd'hui un des axes prioritaires dans la planification des actions à mener. Ce travail ne peut cependant aboutir sans l'implication des tutelles. L'instance locale travaille en lien permanent et direct avec l'Agence régionale de santé (ARS) Nord-Pas-de-Calais et la direction interrégionale des services pénitentiaires. L'ARS Nord-Pas-de-Calais a fait du milieu pénitentiaire un axe prioritaire dans son Plan régional de santé. Le CHRU de Lille a mis en place une unité fonctionnelle « Prévention, Éducation, Santé » comportant un praticien hospitalier à 0,8 ETP, une infirmière à temps plein et une diététicienne à 0,8 ETP. Cette unité, intégrée au sein de l'équipe soignante, se veut transversale avec pour mission de développer la promotion de la santé et des programmes en éducation thérapeutique du patient. Cette démarche a permis le développement d'une véritable politique de promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires lillois.

Certains membres du comité de pilotage souhaitent, dès le départ, distribuer immédiatement des outils de réduction des risques sans concertation devant l'urgence de la situation. Or, il nous est apparu que la seule méthode pour avancer concrètement et de façon pérenne était de partir des représentations de chacun et de progresser peu à peu en partenariat avec l'ensemble des acteurs de terrain. Nous pouvons maintenant débattre sereinement et nous partageons une volonté commune d'avancer dans le respect des missions de chacun, en proposant un dispositif sur le long terme, même s'il reste une marge de progression non négligeable notamment autour de la problématique de la seringue.

À côté de l'implication de l'ensemble des professionnels, l'appropriation de l'action par des personnes détenues et le fait de permettre, à terme, une communication des messages par les pairs sont un des éléments majeurs de ce travail. La pertinence du jeu de cartes réalisé par des détenus pour des détenus en est une preuve flagrante. Même si les obstacles apparaissent parfois insurmontables, cette stratégie est finalement payante. Elle permet d'être en adéquation avec les réelles attentes de la population cible et ouvre une qualité de débat incomparable.

En conclusion, ce dispositif est désormais pérenne car il repose sur des moyens humains dédiés. Par ailleurs, le dispositif de réduction des risques existant à Annœullin va être étendu courant 2013 au centre pénitentiaire de Sequedin, avec notamment le soutien de la Mildt et de l'ARS Nord-Pas-de-Calais³. ■

1. Master éducation, santé sociale et prévention, mention sciences et métiers de l'éducation et de la formation, métiers de l'éducation pour la santé, de la prévention et de la promotion de la santé, université Lille-3.

2. Cellule de réflexion sur le risque infectieux en lien avec la seringue, afin d'examiner les difficultés et d'élaborer des propositions.

3. La Mildt finance, dans le cadre d'un appel à projets, le dispositif de réduction des risques dans les deux établissements. L'ARS Nord-Pas-de-Calais prend le relais et permet une pérennisation de l'action en finançant l'intervention du Caarud au sein du dispositif.

BIBLIOGRAPHIE

- Art. 11 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986.
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. En ligne : <http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207124043501>
- Jauffret-Roustide M., Couturier É., Le Strat Y., Barin F., Emmanuelli J., Semaille C., et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH*, 2006, n° 33: p. 244-247. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh_33_2006.pdf
- WHO-UNODC-UNAIDS. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical papers*. Geneva: WHO, 2007 : 159 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf
- Instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32159.pdf
- Ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés. *Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*. Octobre 2010 : 86 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf
- Direction générale de la Santé (DGS). *Enquête Prevacar – Volet offre de soins – VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral*. Paris : DGS, 2011 : 88 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf
- Michel L., Maguet O., Calderon C., Jauffret-Roustide M., Carrieri P., Taieb C., et al. *Inventaire PRI2DE. Programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus*. ANRS/AC25 : 2011 : 38 p. En ligne : http://www.sante-prison.com/web/images/library/File/juillet%20a%20dec%202011/congres%20Lille%202011/L_MICHEL.pdf
- Circulaire interministérielle N° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPIJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

La maison d'arrêt de Grenoble-Varces est l'un des rares établissements pénitentiaires en France doté d'un animateur santé. Médiateur de terrain, il va à la rencontre des personnes détenues sur leur lieu de détention et fait le lien avec les professionnels intervenants.

11

Yves Chauchaix :

« Les épauler pour qu'ils prennent soin de leur santé, dans un contexte défavorable d'enfermement »

Entretien avec Yves Chauchaix,

animateur en promotion de la santé à la prison de Grenoble-Varces, unité sanitaire, CHU de Grenoble.

La Santé en action : Comment les professionnels de santé travaillent-ils à la maison d'arrêt de Grenoble ?

Yves Chauchaix : Au sein de l'unité sanitaire du CHU de Grenoble (anciennement unité de consultations et de soins ambulatoires-Ucsa), qui intervient dans la maison d'arrêt de Grenoble-Varces, le médecin et l'équipe soignante ont voulu faire un travail en amont et en aval des consultations, et donc du soin. Faute d'acteurs engagés et de ressources, ce travail de prévention, d'éducation à la santé, de promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa était délaissé. À partir de 2008, la prévention et l'éducation pour la santé ont été intégrées à part entière dans l'établissement conformément aux missions du service public hospitalier, auprès de la population placée sous main de justice, définies dans la loi de 1994.

S.A. : Concrètement, quel est le dispositif en place ?

Y.C. : C'est la coordination des actions d'éducation à la santé au sein d'un programme de prévention et de promotion de la santé. Je suis animateur en éducation pour la santé et je fais partie de l'équipe soignante. Nous mettons en œuvre des projets d'éducation pour la santé : élaboration, prise de



© Christophe Goussard/Agence VU

contact avec des intervenants, animation de groupe, comité de pilotage local de la santé pour définir les besoins et assurer le suivi des actions mises en place, travail en réseau, partenariat étroit avec l'administration pénitentiaire et ses acteurs¹, avec la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et d'autres partenaires. Nous travaillons également hors les murs avec nombre d'associations et, enfin, nous recherchons des financements.

Parmi les actions que nous mettons en place, on peut citer : un atelier d'apprentissage de la relaxation pour

la gestion du stress, qui repose sur les techniques de détente et de respiration avec un professeur de yoga, des ateliers de prévention des troubles musculo-squelettiques avec un kinésithérapeute, des séances d'éducation à la sexualité avec une composante groupes de parole pour les mineurs, donc des lieux d'écoute et des temps de parole. Il y a aussi l'accueil des arrivants, au cours duquel j'interviens chaque semaine. Par ailleurs, un travail spécifique est effectué en direction des détenus qui ont noué peu de contacts avec les autres et/ou font l'objet d'un rejet : nous sommes allés

Milieu pénitentiaire
Entretien avec Yves Chauchaix

à leur rencontre pour leur demander ce qu'ils souhaitaient. Nous avons constaté que le simple fait de se rassembler dans un espace faisant office de pause, de respiration en détention, leur faisait du bien. Un espace de rencontre avec éventuellement un intervenant extérieur. C'est un rendez-vous hebdomadaire ouvert.

S.A. : Quelle est votre démarche ?

Y.C. : Nous sommes vraiment ici dans les axes stratégiques de la Charte d'Ottawa, c'est-à-dire créer un milieu favorable, favoriser l'approche communautaire, stimuler la capacité d'action en stimulant des attitudes personnelles. Dans ce contexte d'enfermement, de pression, de stress, il est important de tirer parti de la volonté des personnes de sortir de cellule pour réfléchir à ce que représente la santé au quotidien pour eux, pouvoir accéder à une activité de ressourcement dans laquelle chacun puisse s'appropriier des questions de

santé, à sa façon, à sa portée.

Les objectifs sont multiples : développer une forme de résistance à l'usure carcérale, contribuer à la réduction des violences. Concrètement, il s'agit de mettre en œuvre des actions centrées sur la prévention de la dépression, du suicide et des comportements à risque², les aborder de façon collective, favoriser la verbalisation. Donner aux personnes détenues l'occasion de se rendre acteurs de leur santé.

Créer une situation favorable à des échanges est une démarche quasi thérapeutique dans un espace où il y a beaucoup de souffrance. Il s'agit en effet de renforcer les compétences, par exemple la restauration de l'estime de soi, la résilience (capacité à se remettre d'une mauvaise situation). Contribuer à résoudre, de façon collective, certaines difficultés de la vie quotidienne est une approche très constructive. Animateur, je suis un « passeur », une personne-ressource qui va faciliter les échanges.



S.A. : Comment fonctionnent les « Cafés-santé » qui ont été mis en place ?

Y.C. : C'est un lieu où l'on parle, les personnes viennent y chercher un peu de vie et y trouvent ce que chacun y apporte. Certains détenus sont enfermés à minima 22 heures sur 24. Lors du Café-santé des arrivants, je leur dis en substance : « *Tout ce que vous ferez en dehors de la cellule vous fera du bien.* » C'est un temps de rencontre d'une durée moyenne de quarante-cinq minutes, construit à partir des besoins des détenus : sortir de cellule, pouvoir parler, échanger.

Sur le quartier des arrivants, ce lieu est ouvert à toutes les personnes mises sous écrou, qu'elles soient prévenues ou condamnées. Une fois par semaine, je me rends dans ce quartier à la rencontre des personnes; la majorité est sous le « choc carcéral », « sens dessus dessous », en situation de grande détresse. Je travaille par groupes avec ceux qui veulent venir, soit sept à dix personnes. J'explique que l'objectif est d'échanger sur les questions de santé. Nous procédons à un tour de table, je

me présente comme un membre du personnel hospitalier détaché par le CHU de Grenoble, comme l'ensemble de l'équipe, qui intervient dans le cadre de la promotion de la santé, de la prévention, et je les interroge d'abord sur ce qu'ils comprennent de ces termes-là. Je m'adosse à un discours non coercitif, tous les sujets peuvent être abordés, y compris ceux en rapport avec le recours à des substances illicites. Dans un premier temps, très peu verbalisent des problèmes de santé : « *Pour moi ça va bien. Mais vous avez vu ici comme c'est sale ?* » Le cadre de vie est très prégnant, la santé : cela parle d'abord en termes d'hygiène. Ce contexte nous interroge aussi nous-mêmes, acteurs de la santé : qu'est-ce que cela veut dire « parler de la santé » à des personnes qui se retrouvent dans des lieux parfois délabrés ? Les personnes détenues nous interpellent fortement sur cette contradiction. Ils parlent avant tout des conditions de vie, de logement, de nourriture (« *on mange de travers* », disent-ils), du manque d'exercice, de la pauvreté des relations, de leur violence, etc.

L'ESSENTIEL

➤ À la maison d'arrêt de Grenoble-Varces, l'unité sanitaire du CHU de Grenoble a mis en place, depuis 2008, un programme d'éducation pour la santé fondé sur la volonté de promouvoir la santé, au-delà des consultations et du soin, sur les lieux de détention.

➤ Cafés-santé, ateliers de relaxation, groupes de parole sur l'éducation à la sexualité pour les détenus mineurs, etc. : les activités visent toutes à rendre les détenus un peu plus acteurs de leur santé, en partant de leurs préoccupations quotidiennes et en prenant en compte le contexte particulier et contraint de l'enfermement.



© Dominique Delpoux / Agence VU

S.A. : Comment gérer cette tension entre les conditions de détention défavorables et la notion de santé ?

Y.C. : Cette contradiction est insoluble mais il faut travailler avec, sinon on ne fait rien. En premier lieu, il faut être en capacité d'écouter les personnes détenues, d'entendre ce sentiment de désarroi, de révolte. En soi, ce n'est déjà pas rien. Il s'agit, en général, d'un public de personnes précarisées et qui vont l'être encore plus par la détention. En face, nous nous plaçons dans une approche globale de la santé : on ne peut pas faire abstraction du fait que les déterminants de santé, y compris somatiques, sont articulés avec des questions sociales et psychosociales. Je leur dis : « Je comprends votre colère mais on peut travailler ensemble. » L'incarcération correspond à une période de souffrance. La prévalence du suicide, des maladies infectieuses font que, s'ils ne prennent pas soin d'eux, ces personnes vont « s'abîmer ». La prison est un lieu très destructeur et si quelqu'un se laisse aller, il va se faire mal ou se réfugier dans les médicaments. Je leur explique qu'il faut qu'ils se soucient d'eux-mêmes

et je les encourage à sortir tous les jours de leur cellule, à aller voir le psychologue, à participer à des activités, à demander à avoir un visiteur de prison. C'est pourquoi dans un lieu d'échanges comme le Café-santé, l'important c'est la mise en commun de la parole. Je leur dis aussi que je n'ai pas du tout leur expertise car, même si cela fait dix ans que j'interviens en prison, je n'ai jamais passé vingt-quatre heures en cellule.

S.A. : Comment les amener vers un atelier de relaxation, alors que la détention provoque un stress intense ?

Y.C. : L'important est de partir de leurs préoccupations. Certains me répondent, en particulier les jeunes : « Moi j'ai du haschich, tout va bien. » Leur tenir un discours hygiéniste, moralisateur, n'a pas de sens. Ils font comme ils peuvent, certains se réfugient dans les substances illicites ou licites et/ou l'automédication aux psychotropes. Je pose la question avec eux : « Peut-on faire autrement ? » L'objectif est de susciter un questionnement, de fissurer certaines formes de représentations. L'atelier se déroule, chaque semaine, sous la conduite d'un professeur de yoga moniteur de relaxation. Je suis le garant du bon déroulement de la séance, de la logistique et du lien avec l'administration pénitentiaire. L'atelier porte sur l'acquisition de connaissances anatomiques, l'apprentissage de postures, l'initiation à l'assouplissement, les techniques de respiration, les exercices de concentration. Le participant comprend qu'il peut faire autre chose avec son corps que de la musculation intensive ou un sport violent. À l'issue de la séance, un temps de parole est ouvert sur le ressenti, l'objectif étant de les faire parler avec les mots qui leur appartiennent, une place est faite à chacun.

S.A. : Et les séances d'éducation à la sexualité pour les mineurs ?

Y.C. : Au quartier des mineurs, nous avons effectivement mis en place des séances d'éducation à la sexualité et de sensibilisation aux risques, sous forme d'un groupe de parole, limité à cinq personnes maximum dans le cadre d'un partenariat avec le Planning familial de Grenoble. Il y a, en particulier, un travail à faire sur les représentations sexistes, l'ignorance des

risques infectieux, etc. Leur apporter une réponse éducative. Des conseillères du Planning familial et un médecin

« CONTRIBUER À RÉSOUDRE, DE FAÇON COLLECTIVE, CERTAINES DIFFICULTÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE EST UNE APPROCHE TRÈS CONSTRUCTIVE. JE SUIS UN "PASSEUR", UNE PERSONNE-RESSOURCE QUI VA FACILITER LES ÉCHANGES. »

interviennent – une fois tous les quinze jours – sur la physiologie bien sûr, le corps, mais aussi beaucoup sur la relation aux autres et ses difficultés. Les émotions, la vie affective, la prise de conscience des différents aspects de la sexualité sont discutées, de même que les représentations du corps sexué, des différences entre fantasmes et réalité, de la prévention des risques infectieux, IST, VIH-sida. Il s'agit d'amener, dans le cadre d'un échange, ces garçons mineurs à connaître leur propre fonctionnement et celui de l'autre, à verbaliser, à réfléchir à l'autre en tant qu'autre. Beaucoup ne maîtrisent pas l'écrit, d'où l'intérêt du groupe de parole parce que les documents de prévention ne leur sont pas forcément accessibles. L'important est de les amener à parler, leur donner une place, et arriver à ce qu'ils s'interrogent sur leurs propres représentations, entre eux, avec l'apport du professionnel qui anime ces séances. En résumé, il s'agit de les épauler pour qu'ils prennent soin de leur santé, dans un contexte défavorable d'enfermement³. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. La direction de l'établissement, le lieutenant de détention, mais aussi les agents du service pénitentiaire d'insertion et probation (Spip) et le personnel de surveillance.

2. Risques infectieux, risques inhérents à la situation d'enfermement, comme l'a écrit le docteur Véronique Vasseur (2012) dans un chapitre de santé publique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus : « La prison concentre les conduites à risques par les produits détournés, les injections bricolées, les tatouages sauvages, les alambics improvisés. » Mais aussi risques psychosociaux : décompensation par privation ou carence relationnelle.

3. En parallèle du dispositif mis en œuvre à l'intention des personnes détenues, des formations sont proposées aux personnels de santé et aux personnels pénitentiaires, notamment sur le repérage du risque suicidaire, ou sur les questions liées à la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles.

« Une approche globale combinant réduction des risques dans l'éducation pour la santé, et orientation médico-sociale »

Entretien avec Cynthia Bansah, chargée de mission Prévention, association Association santé, médiation et développement (Assamede).

L'ESSENTIEL

- **L'association Assamede organise en milieu pénitentiaire des séances collectives d'information et d'éducation pour la santé, et apporte une orientation médico-sociale.**
- **Ayant l'avantage d'être extérieure à l'établissement, elle sert aussi de médiateur entre les personnes détenues et l'administration ou les autres services intervenant en milieu pénitentiaire (Ucsa, Spip, autres intervenants extérieurs, etc.).**
- **Sexualité à risque, addictions à l'alcool ou aux stupéfiants, aucun sujet n'est mis de côté.**

La Santé en action :
Assamede est une association qui a pour vocation la promotion de la santé des populations vulnérables. Quelle est la nature de vos interventions ?

Cynthia Bansah :
L'association Assamede existe depuis 2006. Notre association s'engage autour des valeurs pour la promotion de la santé et l'accès aux soins des populations en situation de précarité notamment les personnes sous main de justice et les jeunes désocialisés inscrits dans un dispositif d'insertion professionnelle et sociale. Elle est constituée de professionnels de la santé, du social et de la communication. Son

public est composé d'adultes et de mineurs, hommes et femmes, sous main de justice, qui sont suivis par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (Spip) des maisons d'arrêt des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis, du Val-d'Oise et le centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis, dans l'Essonne. Nous intervenons également en milieu ouvert auprès des Spip de Seine-Saint-Denis et des Hauts-de-Seine via l'association Faire. En milieu semi-ouvert, nos actions portent sur le centre de semi-liberté de Gagny. L'association met en place sur ces différents sites, des séances

collectives d'information autour de la question du VIH, des hépatites et des addictions; des sessions d'éducation pour la santé composées de six séances collectives d'information et de mobilisation de relais parmi les personnes détenues; des sessions d'éducation à la sexualité composées de quatre séances collectives d'information auprès de détenus mineurs; des permanences d'écoute et d'orientation sanitaire et sociale, qui favorisent l'accès aux soins et l'orientation des personnes vers les dispositifs du droit commun. Toutes ces actions tiennent compte des représentations sociales, culturelles et religieuses des bénéficiaires. L'intervenante, chargée de projet prison, intervient seule ou en binôme avec d'autres associations notamment à la maison d'arrêt des Hauts-de-Seine.

S.A. : Pourquoi et comment avez-vous mis en place vos interventions ?

C.B. : Dès avant la création de l'association, nous nous sommes intéressés à la question des personnes sous main de justice, certains parmi les fondateurs de l'association ayant travaillé avec ce public. Celui-ci présente un profil socio-démographique et épidémiologique traduisant souvent un cumul de vulnérabilités préalables à l'incarcération et aggravées par elle. En effet, la population incarcérée est largement issue des classes sociales les plus démunies avec un faible niveau scolaire et des conditions difficiles d'hébergement. La détention retentit également sur l'état de santé des personnes sans que l'on puisse véritablement en mesurer

l'impact en l'absence de données scientifiques dans ce domaine.

Nous nous sommes appuyés sur nos expériences antérieures auprès de ces publics pour évaluer ses besoins et mettre en place un projet autour duquel nous avons sensibilisé institutions et financeurs. Cela a été facilité par le peu d'initiatives extérieures vers la prison dans ce domaine et les besoins énormes de l'ensemble des acteurs concernés. Nous avons ainsi pu conforter nos diagnostics et les affiner notamment à travers nos entretiens avec les personnes sous main de justice et les personnels exerçant en prison, qu'ils soient de la santé ou dépendant de l'administration pénitentiaire. Le travail en réseau avec les différents intervenants internes et externes et avec les dispositifs médico-sociaux, en prison et à l'extérieur, nous a permis une approche globale de ces publics combinant éducation pour la santé dont la réduction des risques, et orientation médico-sociale des personnes.

S.A. : Le bon déroulement de l'action est-il tributaire de l'implication du personnel pénitentiaire, mais aussi des personnes détenues ?

C.B. : Incontestablement, l'implication de tous est un gage de réussite pour le projet. Il existe des différences selon les lieux d'intervention, notamment dans la hiérarchie des priorités à gérer. C'est un élément qu'il est nécessaire de prendre en compte dans le déroulement des actions. D'une manière générale, plus la communication est efficace entre les Spip, les unités sanitaires et tous ceux qui sont amenés à

LES CENTRES DE SEMI-LIBERTÉ

Les centres de semi-liberté accueillent des personnes condamnées sous écrou, qui bénéficient d'un aménagement de peine. Sous certaines conditions fixées par le juge d'application des peines, elles peuvent quitter l'établissement pénitentiaire afin d'exercer une activité professionnelle, de suivre un enseignement, une formation professionnelle, ou un emploi temporaire, de rechercher un emploi, de participer de manière essentielle à sa vie de famille, de suivre un traitement médical ou de s'investir dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive (source : www.justice.gouv.fr).

Intervenir en milieu carcéral, plus les demandes plus ou moins exprimées des détenus pourront être entendues. Ces derniers ont peu de lieux où ils peuvent extérioriser leurs besoins et leurs attentes. La rencontre avec notre association, perçue comme neutre car extérieure à la prison, leur permet de s'exprimer en toute confiance. C'est une relation qui se construit dans le temps et qui est confortée par la bonne image de l'association véhiculée par les détenus rencontrés.

Dans la plupart des établissements dans lesquels nous intervenons, nous sommes en contact permanent avec les divers personnels qui interviennent avec ces publics (santé, social, pénitentiaire). Dans certains établissements, cette confiance nous a permis d'avoir une bonne communication et un soutien réel de la part des surveillants. Ils sont indispensables aux actions collectives, notamment en mobilisant les détenus à partir des listes que nous leur remettons et en accompagnant les personnes de leurs cellules jusqu'aux lieux de l'intervention. Les détenus pour leur part sont « partie prenante » des actions et sont sensibilisés à travers les affichages, l'information qui leur est transmise par leurs pairs ou les personnels exerçant en prison, qu'ils soient pénitentiaires ou de santé.

Les besoins des personnes sont évalués avec eux, en amont des sessions, à travers des entretiens individuels et des questionnaires mis à leur disposition. Par ailleurs, des questionnaires remis

en fin d'intervention ont pour but d'évaluer l'évolution de leurs connaissances et de la perception qu'ils ont des thèmes abordés, notamment en matière de VIH et d'hépatites, mais aussi et surtout leur satisfaction et l'adéquation entre l'intervention de notre association et leurs besoins.

S.A. : **Avez-vous rencontré des difficultés ou des freins particuliers ?**

C.B. : Il faut du temps et de l'écoute pour construire avec les services et les unités concernés de telles interventions. Il faut dire que ces services sont très mobilisés sur ces questions. Leur implication est évidente. Il y a de nombreuses demandes, des interrogations diverses, des sujets multiples qui touchent ces publics dits vulnérables. Nous apportons des informations, nous travaillons à la sensibilisation sur des sujets difficiles, la sexualité à risque, les addictions à l'alcool, aux stupéfiants. Là encore, il faut gagner la confiance des personnes qui ont besoin d'une orientation. Je soulignerais la difficulté qu'il y a à articuler son action avec l'ensemble des activités en interne et des programmes portés par des structures externes à l'établissement (autres activités socio-éducatives, associatives, parloirs avocats et famille, sport, travail, etc.). Parmi ces structures : le Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées (Genepi), les visiteurs de prisons, le Secours catholique (écrivain public), la Fédération des associations réflexion-action, prison et justice (Fara-pej), la Croix-Rouge française.

S.A. : **Quels bénéfices les détenus retirent-ils du soutien effectué par l'association ?**

C.B. : Nous avons un bon retour de leur part. Leur parole est complètement niée en prison. Notre intervention nous fait jouer un rôle de médiateur entre eux et les instances internes en prison (unités sanitaires et professionnels, pénitentiaires). Il y a une meilleure compréhension de leurs besoins et de leurs difficultés, et un certain nombre de personnes estiment qu'on les prend mieux en considération. Les questionnaires de satisfaction nous permettent d'évaluer cet aspect de notre action auprès d'eux. Les détenus déclarent

être contents de pouvoir s'exprimer librement sans avoir peur, ils déclarent aussi avoir acquis de nouvelles connaissances concernant le VIH et les hépatites. De plus, nous observons, à l'issue des actions, une prise de conscience par rapport aux pratiques à risque et la nécessité de se protéger et de se dépister. Nous leur offrons enfin la possibilité de mieux prendre en charge leur pathologie en assurant le lien avec les structures médico-sociales, en prison ou à l'extérieur.

S.A. : **Comment se passe l'accompagnement au sortir du milieu pénitentiaire ?**

C.B. : La question de la préparation à la sortie est un volet important de l'accompagnement des personnes détenues. Elles font souvent face à des « sorties sèches¹ » qui les mettent en difficulté car aucune mesure préalable n'a été prise pour favoriser leur réinsertion sociale. Dans la mesure du possible et quand les détenus en sont informés et nous en font la demande, nous leur donnons les informations nécessaires à leurs démarches administratives à l'extérieur. Quand ils ont une demande spécifique, nous assurons le lien avec les structures médico-sociales et le tissu associatif avec lequel nous travaillons en réseau. Ils ont également la possibilité de venir nous voir dans nos interventions en milieu ouvert. Une partie de ce public continue d'être suivie à l'extérieur par le Spip en milieu ouvert, dans le cadre d'une sortie conditionnée à un suivi par les services pénitentiaires. Ces derniers nous les adressent dans les consultations que nous effectuons dans leurs locaux. Ce volet de l'action reste cependant le plus difficile à réaliser car souvent les détenus qui n'y sont pas contraints souhaitent tourner la page avec la prison et s'éloignent des structures qu'ils y ont rencontrées. Certains parmi eux rejoignent également leur famille, souvent très éloignée de leur lieu de détention et coupent ainsi avec les institutions et structures qui les suivaient. ■

Propos recueillis par Denis Dangaix

1. Une sortie sèche est une libération immédiate souvent ordonnée au décours d'un jugement.



© Thomas Lékfeldt / Moment / Agence VU

Promouvoir la santé à l'hôpital

Dossier coordonné par **Andréa Limbourg**,

chargée de mission en éducation et promotion de la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes,

Tim Greacen,

directeur du Laboratoire de recherche, établissement public de santé Maison-Blanche, Paris,

Christine Colin,

médecin spécialiste de santé publique et de médecine préventive, directrice du Centre de promotion de la santé du CHU Sainte-Justine et professeur titulaire à l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour qui la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité [1]. C'est un processus apportant aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et donc d'améliorer leur santé. Ce concept inclut la promotion des modes de vie sains aussi bien que l'amélioration des conditions de vies, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé [2]. Cette définition a été encore approfondie par l'OMS en 2005 comme suit : la promotion de la santé offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel [3].

Un concept qui reste très marginal

Qu'en est-il dans les établissements de soins? Les hôpitaux se sont-ils emparés de ce nouveau concept? Si oui, comment? Ce dossier a pour objectif de dresser un état des connaissances et des pratiques en la matière. Au cours des dernières décennies, les hôpitaux ont commencé à intégrer cette dimension nouvelle. Mais force est de constater que la promotion de la santé à l'hôpital reste, à ce jour, très marginale. Très peu d'établissements, en France et ailleurs, ont intégré cette nouvelle dimension dans leur pratique quotidienne. Un réseau international d'hôpitaux promoteurs de santé a été créé, ce réseau se décline en France mais le passage de la théorie à la pratique s'avère laborieux et redoutable, dans un contexte de moyens financiers contraints, voire d'austérité, depuis plusieurs années et dans un contexte où le curatif prime toujours sur le préventif. D'où l'ambition modeste de ce dossier : dans un premier temps, porter à votre connaissance les fondements de la promotion de la santé en lieu de soins; et dans un second temps, mettre en avant un certain nombre d'initiatives d'établissements,

d'associations, de professionnels, qui vont dans le sens de la promotion de la santé.

Revue d'initiatives à travers la France

La première partie de ce dossier présente donc les définitions et les concepts, dresse un rapide historique et précise le contexte à l'international et en France. Parmi les référentiels de « promotion de la santé » qui peuvent trouver une application en lieu de soin, nous avons choisi de présenter les « recommandations de bonnes pratiques » élaborées au niveau international concernant la santé mentale, et auxquelles la France a largement participé.

Dans la seconde partie, nous présentons dans un premier temps des programmes, actions et autres initiatives qui vont dans le sens de la promotion de la santé comme, en France, le travail effectué au centre hospitalier de Dreux (Eure-et-Loir). Les principes de promotion de la santé et du bien-être des personnes malades venant en soutien à la qualité des programmes d'éducation thérapeutique du patient, nous avons ensuite demandé à deux chefs de service, l'un en Île-de-France, l'autre en région Rhône-Alpes, d'expliquer comment ils sont partis des attentes des patients pour mettre en place des séances d'éducation thérapeutique, et quels bénéfices concrets pouvaient en attendre les patients. En région Rhône-Alpes, ce sont d'ailleurs les patients qui se sont organisés pour se « refaire une santé » après avoir subi d'importantes opérations de chirurgie cardiaque, en créant des groupes « cœur et santé » qui leur permettent de pratiquer, en collectif et avec une motivation qui se diffuse entre eux, une activité physique adaptée. Dans un secteur psychiatrique d'un hôpital d'Île-de-France, les soignants et les patients ont partagé une séance commune d'activité physique. Toujours en Île-de-France, un chef de service au Pôle mère-enfant Laennec de l'hôpital Necker explique comment un nouveau département hospitalier a été conçu dès le départ afin de concourir au bien-être des jeunes patients et de leurs familles. Il s'agit donc ici d'une approche globale qui inclut la conception même du bâtiment.

Enfin, nous avons ouvert ce dossier à l'international en présentant le Centre de promotion de la santé du CHU mère-enfant Sainte-Justine au Québec, initié par la direction de l'hôpital, qui y introduit des actions et des programmes de prévention et de promotion de la santé pour les patients et pour le personnel.

Professionnels, associations, usagers

Dans le même ordre d'idée, si l'on parle « qualité de vie » lors d'un séjour hospitalier, de nombreuses associations ont depuis longtemps investi le milieu hospitalier avec le soutien des équipes hospitalières. C'est le cas, entre autres, du Rire médecin, une association qui fait intervenir des clowns professionnels auprès des enfants hospitalisés, ou des Maisons des usagers, qui sont des lieux d'information, d'écoute, d'échange, d'orientation, tant pour les patients que leurs familles et aussi pour les professionnels de ces hôpitaux. Un « Pour en savoir plus » conclut ce dossier et apporte quelques ressources documentaires essentielles.

Une approche curative prédominante

Au fil de ce dossier, une évidence apparaît : partout dans le monde, la promotion de la santé n'est pas une démarche très présente dans les hôpitaux et autres lieux de soins. En France comme ailleurs, le système est, historiquement et culturellement, basé sur l'approche curative, au sens « soigner des personnes malades ». Le système et les moyens alloués sont conçus pour atteindre cet objectif de « soigner ». En France toujours, la formation en promotion de la santé chez les professionnels qui interviennent à l'hôpital et les cadres hospitaliers est quasi inexistante. Comme de nombreux autres pays, la France a développé une politique de prévention (dépistage, vaccination, travail sur les comportements à risque), mais la promotion de la santé est le volet le moins développé. Pourtant, son utilité est avérée par les études scientifiques : agir sur les déterminants socio-environnementaux, c'est permettre à la population d'améliorer sa qualité de vie, son bien-être, sa santé.

Travailler en collectif et associer les usagers

Il ressort des exemples mis en avant dans ce dossier que cette approche globale, fondée sur les déterminants, nécessite pour les professionnels de travailler en intersectorialité. D'où l'intérêt par exemple que ces professionnels – médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, etc. – bénéficient de formations partagées afin qu'ils acquièrent une culture commune. Autre point focal qui émerge, la nécessité d'associer les usagers de l'hôpital, les citoyens du quartier, et leur permettre d'être en situation d'*empowerment* par rapport à leur propre santé. En d'autres termes, faire de chacun un véritable acteur de sa propre santé. L'implantation de Maisons des usagers dans les hôpitaux, à l'image de celle ouverte à l'hôpital de Perpignan et que nous présentons ici, traduit concrètement cette marche vers l'*empowerment* des patients. Car il ne faut pas se leurrer : sans la participation active des patients, la promotion de la santé en milieu de soin reste un concept vain : associer les usagers à toute intervention en promotion de la santé, c'est travailler avec eux en amont pour bâtir tout projet. C'est aussi et enfin un préalable éthique pour éviter l'exclusion et la stigmatisation. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] World Health Organization (WHO). *First International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva: WHO, 1986, 3 p.

En ligne : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

[2] *Glossaire multilingue. 400 concepts de santé publique et de promotion de la santé*. Paris-VII, département de Santé publique, 2003.

En ligne : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Default.asp>

[3] World Health Organization (WHO). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World 6th Global Conference on Health Promotion*. Bangkok (Thailand). Geneva: WHO, 2005. En ligne : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html

Hôpitaux et services de santé promoteurs de santé (HPS) : évolutions du réseau international

Christina Dietscher, chercheur au Ludwig Boltzmann Institute of Health Promotion Research, **Jürgen M. Pelikan**, directeur du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la promotion de la santé dans les hôpitaux et soins de santé, chercheur au Ludwig Boltzmann Institute of Health Promotion Research, Vienne (Autriche).

Le Réseau international des hôpitaux et services de santé promoteurs de santé (HPS)¹ a été créé, dans la suite de l'adoption de la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la santé [1], par le Bureau de l'OMS pour l'Europe (OMS-Euro) en 1990. Les experts ont travaillé conjointement à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un concept qui fut dans un premier temps officialisé dans la Déclaration de Budapest [2]. Avec le lancement du projet pilote européen sur les hôpitaux promoteurs de santé (1993-1997), les hôpitaux ont été les premiers partenaires des soins de santé dans le réseau. Puis une politique a été lancée par le Bureau OMS-Euro, en 1995, pour la création de réseaux HPS nationaux et régionaux comme principale stratégie pour soutenir la diffusion et la mise en œuvre du concept². En 2008, le HPS s'est ouvert à des services de santé autres que les hôpitaux (toute organisation traitant de façon active des patients). L'association internationale HPS tient une assemblée générale internationale annuelle³.

Les patients, le personnel et les citoyens

Le concept HPS est traditionnellement axé sur la promotion de la santé pour trois groupes cibles : les patients, le personnel et les citoyens de la collectivité [les citoyens du bassin de peuplement



© Fabrice Picard / Agence VU'

sur lequel est implanté l'hôpital, ndlr) [3]. Les dix-huit stratégies HPS, les cinq normes axées sur la promotion de la santé dans les hôpitaux [4] et les sept stratégies de mise en œuvre du HPS [5] qui permettent d'établir un lien entre le HPS et la gestion de la qualité, présentent toutes le HPS comme un concept organisationnel¹.

Ces stratégies, qui sont toujours d'actualité, sont approfondies par un certain nombre de groupes de travail et d'études HPS internationales. Elles ont pour mission :

– de préciser le concept, par exemple en choisissant des thèmes spécifiques tels que le tabac ou l'alcool, ou des groupes de patients spécifiques tels que les patients psychiatriques, les

enfants et adolescents, les migrants ou les personnes âgées, et en adaptant et élaborant des concepts et des outils de promotion de santé pour ces thèmes et groupes spécifiques ;

– d'élargir le concept au-delà des soins de santé au sens strict du terme, comme c'est le cas par exemple avec le groupe d'étude HPS international sur la santé et l'environnement qui lie le réseau international HPS au concept de durabilité. D'une manière générale, les groupes d'étude ont largement contribué à renforcer la qualité du contenu du réseau.

Depuis le lancement du premier réseau HPS non européen à Montréal en 2005, le réseau international HPS s'est étendu au niveau mondial. Sur les quarante et

L'ESSENTIEL

■
 ▣ Créé à partir de 1990 dans la foulée de la Charte d'Ottawa, le concept des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) est axé sur la promotion de la santé pour trois groupes cibles : les patients, le personnel et les citoyens du territoire sur lequel est implanté l'hôpital.

un réseaux internationaux actuellement inscrits, près de 25 % sont déjà situés hors d'Europe, parmi lesquels cinq sont situés en Asie, où le réseau se développe particulièrement vite, quatre en Amérique du Nord et un en Australie⁴.

Collaboration avec des organismes internationaux partenaires

Alors que les réseaux HPS nationaux et régionaux ont pour principale mission de favoriser la diffusion et la mise en œuvre du concept HPS au sein des hôpitaux et autres prestataires de services de santé, le réseau international vise à renforcer le rôle du HPS dans l'agenda mondial au moyen d'une stratégie spécifique visant à créer des liens et à collaborer avec des organismes partenaires tels que le Bureau OMS-Euro, le Réseau-Santé de l'Europe de Sud-Est (SEEHN), la Fédération internationale des hôpitaux (IHF) ou le Réseau mondial des hôpitaux et services de santé sans tabac (ENSH). Le mode de coopération avec ces organismes repose sur l'élaboration de mémorandums d'entente conjoints, définissant des domaines d'intérêt communs et un plan de travail conjoint.

Recherche

Au cours de ses premières années d'existence, le réseau international HPS s'est concentré principalement sur l'élaboration du concept, le soutien relatif à la mise en œuvre pour les hôpitaux individuels, ainsi que la recherche évaluative sur les interventions [6]. Au cours des dernières années, les travaux de recherche se sont développés au sein du Réseau international HPS, dans deux directions :

- la recherche clinique, avec le Centre collaborateur de l'OMS pour la promotion de la santé, basée sur des données probantes à Copenhague, qui

mène des initiatives et des études associées. L'accent a, par exemple, été mis sur les effets de l'arrêt tabagique avant une chirurgie, sur la cicatrisation post-chirurgicale des plaies, ou sur les effets connexes des interventions sur l'alcool. Une étude multicentrique actuellement menée vise à déterminer si la mise en œuvre complète du HPS selon les cinq normes de l'OMS entraînera effectivement de meilleurs résultats cliniques chez les patients ;

- parallèlement, des recherches sont menées sur la mise en œuvre du réseau international HPS. L'étude PRICES-HPH, par exemple, coordonnée par le Centre collaborateur de l'OMS à Vienne, a identifié un certain nombre de capacités organisationnelles qui favorisent une meilleure mise en œuvre de la promotion de la santé sur le lieu de travail dans les hôpitaux, y compris un coordinateur de la promotion de la santé à temps complet à l'hôpital et au moins une structure organisationnelle supplémentaire de promotion de la santé, un budget alloué à la promotion de la santé, l'intégration de la promotion de la santé dans la gestion de la qualité de l'hôpital et la mise en œuvre d'une procédure systématique d'évaluation de la qualité de la promotion de la santé [7, 8].

D'autres résultats de recherches similaires ont identifié un certain nombre de structures et de stratégies visant à soutenir efficacement la mise en œuvre du réseau international HPS dans les hôpitaux membres. Les réseaux ayant offert un soutien interactif pour la mise en œuvre du HPS, par exemple avec des équipes d'étude, et les réseaux disposant de structures décisionnelles participatives, étaient mieux à même de soutenir la réorientation organisationnelle de leurs hôpitaux membres vers la promotion de la santé [9]. L'intérêt croissant porté à la recherche dans le réseau international HPS est soutenu par la fondation d'une association scientifique pour le HPS en 2013⁵. ■

1. Voir aussi, dans ce numéro, l'article intitulé *Hôpitaux promoteurs de la santé : vingt ans d'histoire, neuf cents établissements membres*, de C. Raffellini et al.

2. Coordiné, depuis 2005, par le Centre collaborateur de l'OMS pour la promotion de la santé basée sur des données probantes, à Copenhague.

3. L'apprentissage et l'échange au sein du réseau sont soutenus par des conférences internationales annuelles du réseau et des newsletters régulières depuis 1993. Ces dernières années, des écoles de

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] World Health Organization (WHO). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO, 1986.
- [2] World Health Organization (WHO) – Regional Office for Europe. *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1991.
- [3] Pelikan J.M., Groene O., Svane J.K. The International HPH Network – A Short History of Two Decades of Development. In: *Clinical Health Promotion*, 2011 ; vol. 1, n° 1, p. 32-36.
- [4] Groene O. *Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and Self-Assessment Forms*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006.
- [5] Pelikan J.M. Health Promoting Hospitals: Assessing Developments in the Network. *Italian Journal of Public Health* 2007; vol. 4, n° 4 : p. 261-270.
- [6] Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg : G. Conrad Health Promotion Publications, 1998.
- [7] Pelikan J.M., Schmied H., Dietscher C. Organizational Health: The Case of Health Promoting Hospitals. In : Bauer G., Hämmig O. (eds.). *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*. New York : Springer, 2013.
- [8] Röthlin F., Schmied H., Dietscher C. Organizational Capacities for HPH Implementation: Results from an International Study. Accepted for *Health Promotion International*, 2013.
- [9] Dietscher C. *Interorganizational Networks in the Settings Approach of Health Promotion – The Case of the International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH)*. Dissertation, University of Vienna, 2012.

formation HPS adaptées aux besoins des réseaux nationaux/régionaux ont également été mises en place pour les réseaux individuels, en collaboration avec le secrétariat HPS international à Copenhague.

4. Suite à ces évolutions, le HPS a tenu en 2012 sa première conférence internationale annuelle hors d'Europe, à Taipei (Taiwan).

5. Et également par le lancement de la revue HPS officielle *Promotion de la santé en milieu clinique* pour les patients, le personnel et la collectivité en 2011.

En savoir plus

- www.hphnet.org : le site Web HPS international officiel
- www.hphconferences.org : informations sur les conférences annuelles internationales HPS.
- Prochaine conférence internationale HPS : Barcelone, Espagne, du 23 au 25 avril 2014.

Hôpitaux promoteurs de la santé : vingt ans d'histoire, neuf cents établissements membres

Chiara Raffelini, psychologue industrielle et organisationnelle, experte-conseil, stratégies « Employeur de choix », Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, chargée de cours à l'Université du Québec à Montréal, **Marie-Dominique Charier**, agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal,

Lynda Rey, doctorante en santé publique, Université de Montréal, consultante en évaluation, **Christine Colin**, Médecin spécialiste de santé publique et de médecine préventive, directrice du Centre de promotion de la santé du CHU Sainte-Justine et professeur titulaire à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, Canada.

Le plaidoyer de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour une vision élargie de la santé et une réorientation des services de santé vers plus de promotion de la santé, au-delà de la prestation des soins médicaux, s'est concrétisé à la fin des années 1980 avec l'adoption de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé [1].

Cette Charte définit les principes de la promotion de la santé et propose des stratégies d'intervention qui reposent sur une approche basée sur les milieux de vie en santé (*healthy settings*) en vue de promouvoir la santé positive et le bien-être des individus dans leurs milieux de vie. Le défi est de conférer

« aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Ainsi, plusieurs initiatives ont été lancées en vue de promouvoir notamment des écoles en santé, des villes et des villages en santé, des milieux de travail sains et des hôpitaux promoteurs de santé.

Promouvoir la santé des patients et du personnel

Dès 1988, les objectifs prônés dans la Charte d'Ottawa ont inspiré l'émergence du concept « Hôpital promoteur

de santé » (HPS). Ce concept incite les hôpitaux à incorporer dans leur culture organisationnelle la philosophie de la promotion de la santé et à promouvoir la santé des patients, du personnel et de la communauté qu'ils desservent. L'implantation du concept HPS en milieu hospitalier requiert de profonds changements de pratiques, de culture et de mentalités. L'hôpital devrait pouvoir reconsidérer son ancrage biomédical pour s'ouvrir à une approche plus holistique. Il ne s'agit plus de se limiter aux déterminants de la maladie, mais de prendre aussi en compte les déterminants sociaux de la santé [2]. La démarche consiste à avoir une organisation qui partage les valeurs et les principes de la promotion de la santé, et qui nourrit une culture promotrice de santé grâce aux rôles actifs et participatifs des patients et du personnel en collaboration avec la communauté [3].

Neuf cents hôpitaux membres

Un Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé a été créé pour soutenir les établissements et des normes ont été établies par l'OMS pour appuyer l'implantation du concept.

Aujourd'hui, le mouvement HPS compte plus de quarante réseaux nationaux et internationaux hébergeant environ plus de neuf cents hôpitaux membres dans plus de quarante pays, notamment grâce au rôle catalyseur du Bureau européen de l'OMS. Son développement a été soutenu par les Déclarations de Vienne

GUIDE POUR LA PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a publié, en 2011, un guide de planification et d'implantation d'un milieu de travail sain pour soutenir les établissements dans l'intégration de la norme 4 du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS).

Ce guide contient de nombreux renseignements sur les conditions à mettre en place pour développer un milieu de travail sain ainsi que des données scientifiques, des définitions, des exemples de projets et des stratégies gagnantes pour passer à l'action.

Une grande partie de l'ouvrage est consacrée à cinq grands thèmes :

- soutenir le bien-être des employés et les pratiques de gestion efficaces;
- améliorer l'environnement physique des travailleurs et le rendre plus sécuritaire;
- promouvoir les saines habitudes de vie;
- intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail;
- faire des choix verts intégrant les principes du développement durable.

Ce document est disponible : http://hps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/Guide_HPS_2011.pdf

Afin de renforcer davantage son soutien aux établissements, l'Agence a mis en place un programme de subvention facilitant l'adoption et la mise en œuvre d'une stratégie de type « Employeur de choix » basée sur les principes mis de l'avant dans le guide.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, Bureau régional pour l'Europe, 1986, 3 p.

En ligne : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

[2] Kickbusch I. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health* 2003, vol. 93, n° 3 : p. 383-388.

[3] Dedobbeleer N., Contandriopoulos A.-P., Lamothe L., Nguyen H., Rousseau L., Bilterys R. *La dernière réforme dans le système de santé et des services sociaux du Québec et la fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept de l'OMS « Hôpital promoteur de santé »* [Rapport final]. Montréal : université de Montréal, 2008 : 69 p.

[4] World Health Organization (WHO) – Regional Office for Europe. *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1991.

[5] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Déclaration de Vienne, principes fondamentaux*. Vienne : OMS, 1997 : 3 p.

[6] Whitehead D. The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, 2004, vol. 19, n° 2 : p. 259-267.

[7] Pelikan J. Health Promoting Hospitals: Assessing Developments in the Network. *Italian Journal of Public Health*, 2007, vol. 4, n° 4 : p. 261-270.

[8] Groene O., dir. *Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux. Manuel d'autoévaluation et formulaires*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006 : 96 p.

[9] Dedobbeleer N., Contandriopoulos A.-P., Lamothe L., Nguyen H., Rousseau L., Bilterys R., et al. *Le Centre de santé et de services sociaux promoteur de santé. Outil d'auto-évaluation*. Québec, Université de Montréal, Département d'administration de la santé, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007 : p. 18.

En ligne : <http://www.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/granby-region/sant%C3%A9%20publique/outil%20fr-promo%20sante-ssss-mars-2007.pdf>

[10] Vasquez C., Jolivet A. L'Hôpital promoteur de santé : le travail de déplacement par projet pour analyser les frontières en mouvances. In : *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : enjeux, défis et perspectives*. Montréal, Québec, 80^e congrès de l'ACFAS, 7 et 8 mai 2012. Montréal : ACFAS, 2012 : p. 239-256. En ligne : http://www.comsante.uqam.ca/upload/files/Actes_de_colloque/L_ACTE-15.pdf



© Jane Evelyn Atwood/Agence VU

« AUJOURD'HUI, LE MOUVEMENT HPS COMPTE PLUS DE QUARANTE RÉSEAUX NATIONAUX ET INTERNATIONAUX HÉBERGEANT PLUS DE NEUF CENTS HÔPITAUX DANS PLUS DE QUARANTE PAYS. »

et de Budapest [4, 5]. Le projet pilote du réseau européen des HPS (1993-1997) a permis de vérifier que l'implantation du concept HPS était « plausible, acceptable et faisable ». Le réseau HPS s'est ensuite développé aux niveaux national et international. De plus, des groupes de travail thématiques se sont développés (hôpitaux psychiatriques, hôpitaux pour enfants et adolescents, services de santé au bénéfice des migrants). Enfin, la stan-

dardisation du concept a conduit à l'établissement de cinq normes et de dix-huit stratégies d'implantation pour le bénéfice des patients, des employés et de la communauté.

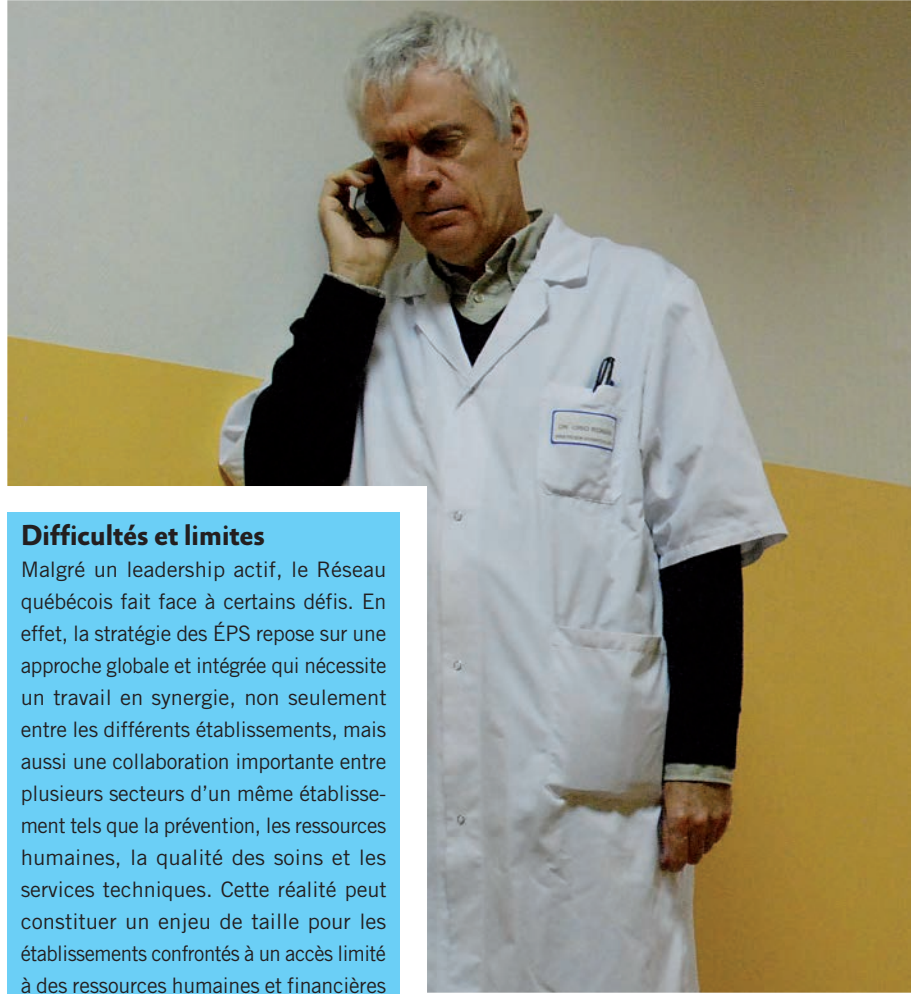
Lorsqu'un hôpital devient promoteur de santé, l'offre de soins de santé et de services sociaux devrait s'inscrire dans un continuum au bénéfice du patient et ce, de l'hôpital jusque dans sa communauté [6]. Dans le cas contraire, l'hôpital « s'insularisera », son influence et son envergure seront limitées. Selon Pelikan [7], « le concept HPS peut être représenté comme un « parapluie » ou « un concept intégrateur » concourant à l'autonomisation des patients, du personnel et de la population dans l'environnement local de l'hôpital. Le concept peut être combiné avec d'autres stratégies des hôpitaux, telles que l'éducation à la santé, les droits des patients, les stratégies d'empowerment, la santé au travail, l'hygiène hospitalière, le mouvement écologique, les stratégies de déve-

L'EXPÉRIENCE DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DES ÉTABLISSEMENTS PROMOTEURS DE SANTÉ

Dans le cadre de la réforme du dispositif de santé au Québec, depuis 2004, une préoccupation importante a émergé : celle de voir les soins curatifs l'emporter sur les services préventifs, fragilisant ainsi le secteur de la prévention et de la promotion de la santé. Afin de renforcer ce volet de la mission des établissements hospitaliers, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal¹ a opté pour une stratégie issue de la Charte d'Ottawa [1] et de l'Organisation mondiale de la santé. Ainsi, en 2005, le premier réseau montréalais des hôpitaux promoteurs de santé a été créé; il œuvre pour l'amélioration de la santé des usagers et du personnel, le développement de milieux sains et la coopération avec la communauté. En janvier 2012, il est devenu le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (ÉPS). Aujourd'hui, il compte trente-cinq établissements répartis dans cinq régions administratives du Québec.

Des outils pour aider les hôpitaux

Le réseau soutient les efforts des établissements dans leur processus de transformation pour devenir des ÉPS. Depuis 2005, des outils adaptés à la réalité québécoise pour accompagner l'implantation des normes de promotion de la santé ont été développés et validés. Ce même réseau a publié trois guides pratiques pour soutenir l'implantation du concept d'établissement promoteur de santé¹. Ces guides font d'ailleurs partie intégrante de la boîte à outils diffusée sur le site du Réseau international². Sans pouvoir ici citer l'ensemble du travail et de la production du réseau, il faut souligner qu'un outil de diagnostic organisationnel a été conçu pour aider les établissements à développer des plans d'intervention basés sur les besoins des employés, à évaluer les facteurs qui contribuent au développement d'un milieu de travail sain et à mesurer l'impact de leurs interventions. Outre la production d'outils visant l'intégration des normes de promotion de la santé, le Réseau québécois favorise le réseautage, le partage d'expertises et de pratiques entre établissements de la santé par le biais de rencontres thématiques et de conférences.



Difficultés et limites

Malgré un leadership actif, le Réseau québécois fait face à certains défis. En effet, la stratégie des ÉPS repose sur une approche globale et intégrée qui nécessite un travail en synergie, non seulement entre les différents établissements, mais aussi une collaboration importante entre plusieurs secteurs d'un même établissement tels que la prévention, les ressources humaines, la qualité des soins et les services techniques. Cette réalité peut constituer un enjeu de taille pour les établissements confrontés à un accès limité à des ressources humaines et financières permettant de réaliser l'intégration des normes de promotion de la santé, même si tous s'accordent à dire que la stratégie ÉPS est nécessaire et efficace. En partageant un objectif commun d'amélioration de la santé et du bien-être de la population dans son ensemble, les membres du Réseau québécois pourront surmonter certains de ces défis.

Pour en savoir plus

hps.santemontreal.qc.ca

1. Guide pour l'élaboration d'une politique de promotion de la santé, Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels, Guide pour la promotion des milieux de travail sains dans le réseau de la santé et des services sociaux.
2. hphnet.org

Références bibliographiques

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986 : 3 p.
En ligne : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

veloppement personnel et organisationnel, la gestion de la qualité, la gestion de projet et toute autre stratégie » (traduction libre). Le concept HPS offre aux hôpitaux l'occasion de s'ériger en véritables agents de changement.

Un défi de taille pour les hôpitaux

Toutefois, l'intégration du concept HPS dans les milieux de soins demeure un défi de taille pour les hôpitaux. Depuis vingt ans, l'OMS a développé des normes pour stimuler les pratiques promotrices de santé au sein des établissements. L'idée de base est que tout établissement qui développe ce concept maximisera les gains en santé pour le patient et son entourage, le personnel et la population en général.

Les normes HPS concernent non seulement les soins aux patients, mais aussi la santé du personnel, les liens de l'hôpital avec la communauté et le développement organisationnel. Elles caractérisent les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux et traitent



© CRIC/Univ./Agence VU

de la gestion de la qualité selon trois perspectives distinctes : la perspective clinique, celle du patient et celle de l'organisation. Ces cinq normes sont les suivantes : dotation d'une politique de promotion de la santé; évaluation des besoins en promotion de la santé des usagers en partenariat avec eux; apport aux usagers de l'information sur les facteurs significatifs concernant leur maladie ou leur état de santé; développement d'un milieu de travail sain; collaboration continue avec les autres établissements de santé et la communauté.

Un manuel d'autoévaluation de ces normes a été testé dans plusieurs hôpitaux. Tous les établissements sont encouragés à utiliser cet outil qui permet d'évaluer les activités de promotion de la santé dans les établissements, mais aussi de formuler des recommandations, de favoriser la participation des professionnels et des patients à l'amélioration de la qualité des soins, d'améliorer la coordination des soins avec les autres prestataires ainsi que

la santé et la sécurité des patients et du personnel, etc. [8].

Une mise en œuvre à géométrie variable

À ce jour, on sait encore peu de choses sur le processus d'implantation des normes HPS, même si la plupart des études publiées mettent en évidence des défis liés à l'adoption et l'application du concept dans les hôpitaux et les services de santé promoteurs de santé [9, 10]. En effet, il y a encore peu de données probantes relatives à l'implantation des normes HPS. Par ailleurs, on constate que dans les faits, le concept HPS a été interprété de façon variable, et que peu d'initiatives ont réellement intégré l'ensemble des stratégies suggérées par les documents de l'OMS en lien avec la Charte d'Ottawa. De nombreux hôpitaux ont tendance à introduire de façon sélective des activités de promotion de la santé dans leur organisation, mais l'intégration du concept HPS dans la culture organisationnelle et dans les

pratiques professionnelles semble plus difficile à réaliser. De plus, l'introduction du concept HPS dans sa globalité au sein des établissements hospitaliers requiert un temps d'adaptation considérable, surtout pour des établissements dont la culture est imprégnée par l'urgence.

Le concept HPS a fait du chemin depuis sa création à la fin des années 1980. Plusieurs expériences internationales dont celle du Québec (*voir article ci-après*) ont déjà démontré sa pertinence et sa capacité à répondre aux défis contemporains des systèmes de santé. Toutefois, beaucoup de travail reste à accomplir pour rendre effective son intégration dans la culture organisationnelle et dans les pratiques professionnelles des établissements et services de santé. Son caractère global et intégré requiert la mobilisation de tous les acteurs du réseau (ministères, établissements, patients, personnels et organismes communautaires) et de tous les secteurs concernés. ■

Le réseau français des hôpitaux promoteurs de santé

Andréa Limbourg, chargée de mission en éducation pour la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux (Dater), Inpes.

La France participe au développement de la promotion de la santé à l'hôpital depuis le début du mouvement des hôpitaux promoteurs de santé, lancé par l'Organisation mondiale de la santé suite à la publication de la Charte d'Ottawa. L'hôpital Vaugirard-Gabriel-Pallez (AP-HP) a participé à la phase expérimentale de vingt hôpitaux pilotes européens de 1993 à 1997.

Les débuts en France

À la suite de cette phase expérimentale, des réseaux nationaux ont été constitués en Europe et le réseau français Hôpitaux promoteurs de santé (HPS) a été fondé avec sept hôpitaux membres et une coordination assurée par l'AP-HP. Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), devenu en 2002 Institut national de prévention et éducation pour la santé (Inpes), a repris la coordination du réseau français en 2001 avec l'objectif de soutenir la démarche nationale et d'organiser des réunions d'échanges.

Le réseau français HPS s'est développé progressivement jusqu'en 2009 avec l'arrivée de nouveaux établissements, et notamment d'un réseau régional en Basse-Normandie, soutenu par l'agence régionale de l'hospitalisation puis par l'agence régionale de santé de la région. Les travaux du réseau national étaient axés sur le développement des concepts de la promotion de la santé à l'hôpital avec des réunions d'échanges, des colloques et des séminaires. En 2012, l'Inpes a souhaité donner une nouvelle dynamique au réseau français HPS, afin de promou-

voir le concept de la promotion de la santé et contribuer à son intégration dans la structure organisationnelle des hôpitaux et des établissements de santé.

Dynamiser et soutenir le réseau

Il s'agit de promouvoir des stratégies complémentaires d'actions spécifiques et de politiques globales des établissements pour améliorer la santé et le bien-être des patients et de leurs proches, du personnel de l'hôpital ainsi que la communauté et le territoire dans lequel l'hôpital est implanté.

Les objectifs du réseau sont :

- d'impulser une dynamique de promotion de la santé dans les établissements;
- de développer et partager les connaissances en promotion de la santé en établissements;
- d'inciter le développement d'une culture de promotion de la santé;
- de faciliter la coopération et l'échange d'expériences entre les hôpitaux;
- enfin, de valoriser et soutenir les établissements dans le développement de la promotion de la santé.

Une première réunion de relance du réseau français HPS a eu lieu en 2012 avec les anciens établissements membres et des nouveaux, intéressés par la démarche. À la suite de cette rencontre, l'Inpes a créé un comité national de coordination du réseau, incluant des institutionnels, des fédérations hospitalières, des ARS et des hôpitaux membres du réseau. L'objectif de ce comité est de donner un appui transversal au développement et à la valorisation de la promotion de la santé en milieu hospitalier en France et de soutenir la sensibilisation aux concepts des acteurs du secteur des soins.

Faire connaître les actions

Un groupe de travail composé de membres du comité de coordination et d'hôpitaux membres du réseau est lancé en 2013 pour concevoir de nouveaux documents cadres et mettre à jour les outils de communication. Ces outils auront pour objectif d'améliorer la sensibilisation et la communication autour des concepts et des avantages de l'intégration de la promotion de la santé dans les pratiques hospitalières.

La Charte d'Ottawa (1986), la Charte de Budapest (1992) et la Déclaration de Vienne (1997) sont les documents qui posent le cadre du développement de la promotion de la santé à l'hôpital et en milieu de soins et la loi hospitalière de 1991 en France mentionne la légitimité de développer ces démarches. Mais les actions de promotion de la santé dans nos établissements de santé semblent encore avoir du mal à se développer et, en tous les cas, elles sont peu visibles, valorisées et reconnues.

Échanger les pratiques

Le réseau français HPS développe une offre d'échanges de pratiques entre établissements en France et à l'international. Il contribue au développement de l'expertise en promotion de la santé dans les milieux de soins et soutien les hôpitaux français dans leurs démarches. Il est soutenu dans ces démarches par le réseau international « *Health Promoting Hospitals and Health Services* » et participe aux conférences annuelles de celui-ci, ce qui permet d'échanger avec d'autres réseaux nationaux ou régionaux. ■

Former les professionnels en promotion de la santé mentale selon des critères de qualité validés est un enjeu majeur. Le projet européen Promise a permis d'identifier dix critères réunis dans un guide.

Promotion de la santé mentale : des recommandations pour la formation des professionnels

Tim Greacen,

directeur du Laboratoire de recherche, Établissement public de santé (EPS) Maison-Blanche, Paris,

Emmanuelle Jouet,

docteur en sciences de l'éducation, chargée de recherche, Laboratoire de recherche,

EPS Maison-Blanche,

Muriel Dodero,

directrice et coordinatrice générale des soins, Centre hospitalier d'Auch,

Alain Fabre,

responsable de la formation continue, EPS Maison-Blanche,

Évelyne Salem,

directrice et coordinatrice générale des soins, EPS Maison-Blanche.

L'incidence des troubles mentaux serait en hausse avec cinquante millions de personnes en Europe vivant avec de tels troubles. Selon l'Organisation mondiale de la santé [1], c'est une maladie psychiatrique – la dépression – qui serait la principale cause d'années de vie perdues pour cause d'incapacité.

Le Pacte européen de la santé mentale et du bien-être de l'Union européenne (2008) rappelle en ces termes l'importance et la valeur de la santé mentale et du bien-être pour les citoyens européens [2, p. 1] : « La santé mentale est un droit de l'homme. Elle est indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie. Elle favorise l'apprentissage, le travail et la participation à la société. ». La promotion de la santé mentale devient donc un enjeu de santé publique, avec des implications majeures pour l'ensemble des acteurs du domaine de la

santé. Comment s'y prendre alors pour faire entrer la promotion de la santé dans les lieux de soins? Le Pacte recommande comme action prioritaire des États membres de « promouvoir la formation des professionnels impliqués dans la santé, l'éducation, la jeunesse et autres secteurs pertinents en santé mentale et bien-être » [2, p. 4].

Qui former dans les lieux de soins?

La question de qui doit être formé fait débat. L'Association européenne de psychiatrie, dans son *Guidance Paper* de 2012 sur la promotion de la santé mentale [3], souligne l'importance de la formation des professionnels de la psychiatrie en promotion de la santé mentale. Par contre, pour le Mental Health Action Plan for Europe de l'OMS, la priorité serait avant tout de former l'ensemble des professionnels de santé de première ligne à la promotion de la santé mentale; pour l'OMS, il est nécessaire :

– d'intégrer des professionnels de la psychiatrie formés spécifiquement en promotion de la santé mentale dans toute action de soin;

– d'intégrer des compétences de promotion de santé mentale dans les référentiels de métiers de toutes les professions de première ligne dans les domaines du sanitaire et du social [4].

Il est d'autant plus urgent de mettre en place ces formations à la promotion de la santé mentale pour les professionnels que, malgré un nombre important de programmes et de politiques dans ce domaine [5], ainsi que d'outils de transfert des bonnes pratiques en programmes

d'action efficaces [6, 7], les interventions étudiées dans les revues de la littérature montrent une grande variabilité quant à leur efficacité. En outre, la promotion de la santé mentale ne fait l'objet d'une spécialisation dans les programmes de formation initiale ou continue que dans très peu de pays européens, avec l'exception des Pays-Bas qui ont créé un métier spécifique d'intervenant en promotion de la santé [8].

LES DIX CRITÈRES DE QUALITÉ POUR LA FORMATION DES PROFESSIONNELS EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

1. Affirmer les principes de base de la promotion de la santé mentale;
2. permettre la participation effective et citoyenne de l'ensemble des parties prenantes;
3. adopter une approche interdisciplinaire et intersectorielle;
4. inclure des personnes vivant avec un trouble de santé mentale;
5. plaider;
6. prendre en compte les avancées scientifiques;
7. adapter les interventions aux contextes et aux besoins dans une approche globale, à la fois holistique et écologique;
8. identifier et évaluer les risques;
9. utiliser les médias;
10. évaluer la formation, la mise en œuvre des actions qui en résultent et l'impact de ces actions.

Critères de qualité

Afin de répondre à ces besoins, le projet *Promise (Promoting Mental Health, Minimising Mental Illness and Integrating Social Inclusion through Education)*, soutenu par Commission européenne (DG Sanco), a développé des critères de qualité consignés dans un guide pour la formation des professionnels du sanitaire et du social en promotion de la santé¹ [9].

Le projet s'est déroulé de 2009 à 2012 sur huit sites dans sept pays

européens, dont la France. Un comité scientifique a été mis en place, regroupant des professionnels du sanitaire et du social de métiers variés. Sa mission : élaborer – à partir de revues de la littérature sur les politiques de santé mentale en Europe – un guide de bonnes pratiques de formation dans ce domaine. Le projet intégrait des représentants des usagers à chaque phase de développement. En France, la recherche a eu lieu à Paris à l'établissement public de santé Maison-Blanche, avec la participation d'usagers et du personnel des secteurs psychiatriques, du service de formation continue, de la direction des soins et du comité de liaison alimentation et nutrition.

Le comité scientifique a identifié dix critères de qualité autour desquels a été construit le guide de formation en promotion de la santé mentale (*voir encadré ci-contre*). Pour chaque critère, un kit de ressources a été créé, traitant ainsi de thèmes spécifiques de promotion de la santé mentale ou à l'attention de différents acteurs clefs sanitaire et du social : psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.

Droit humain essentiel

Le critère de qualité n° 1, « *affirmer les principes de base de la promotion de la santé mentale* », souligne la distinc-

tion entre la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales ou les soins psychiatriques. La santé mentale positive est vue comme une ressource, une valeur en soi et un droit humain essentiel au développement économique et social. La promotion de la santé mentale cherche à œuvrer sur les déterminants de la santé mentale afin de promouvoir la santé mentale positive et d'optimiser le développement psychologique de l'ensemble de la population, y compris ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale ou qui sont à risque. Une approche de promotion de santé mentale inclut ainsi la prévention de la santé mentale vue comme un effet attendu, mais refuse de voir la santé mentale uniquement comme l'absence de maladie [10].

Les trois critères suivants identifient différents acteurs qui doivent être intégrés dans les démarches de promotion de la santé mentale.

En premier lieu, il s'agit de « *permettre la participation effective et citoyenne de l'ensemble des parties prenantes* » (critère 2), ce qui est essentiel afin que chacun joue un rôle signifiant et durable dans les programmes de promotion de la santé mentale.

Deuxièmement, « *adopter une approche interdisciplinaire et intersectorielle* » (critère 3) est au centre des politiques contemporaines de construction de capacités en termes de promotion de la santé mentale. La psychiatrie, le secteur sanitaire ne peuvent réussir à eux seuls dans ce domaine complexe. En effet, une promotion de la santé mentale efficace nécessite d'agir sur les différents déterminants sociaux, écologiques et économiques de la santé : faciliter le lien social, lutter contre la discrimination et la violence, améliorer l'environnement physique et les conditions de vie, les transports, les écoles, etc. Vu la diversité et la multiplicité des déterminants du bien-être humain, la promotion de la santé mentale est par essence intersectorielle. Une grande variété de professionnels doivent être impliqués dans les programmes, non seulement ceux venant de la santé, du social, du juridique et de l'éducation, mais également les collectivités locales

« LES USAGERS DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ONT UN RÔLE LÉGITIME À JOUER EN PARTICIPANT AU DÉVELOPPEMENT ET À L'ANIMATION DES FORMATIONS POUR LES PROFESSIONNELS MAIS AUSSI DANS LES ACTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE EN GÉNÉRAL. »

et les associations d'usagers et d'aidants [4-6]. Savoir travailler en équipe multidisciplinaire et intersectorielle doit être inclus dans la formation de tous les acteurs.

Place des usagers

Le critère 4, « *inclure des personnes vivant avec un trouble de santé mentale* », souligne le fait que les usagers des services de santé mentale ont un rôle légitime à jouer en participant au développement et à l'animation des formations pour les professionnels en promotion de la santé mentale et aussi dans les actions de promotion de la santé mentale en général. Une des causes principales d'échec des programmes de promotion de la santé mentale est le stigma associé aux questions de santé mentale. Impliquer les personnes vivant avec un trouble psychique dans la conception et la mise en œuvre de ces programmes est crucial pour éviter de créer de nouvelles raisons de stigmatiser ces questions [11]. Les expériences des usagers par rapport à la maladie et à la stigmatisation associée à la maladie doivent être valorisées. La formation en promotion de la santé mentale doit inclure une réflexion sur la formation des professionnels ayant une expérience d'usager pour devenir acteurs dans ce domaine [12].

Le critère 5 est de « *développer des compétences en matière de plaidoyer* », c'est-à-dire la capacité de mettre en valeur et de défendre le point de vue de ceux qui n'ont pas forcément les compétences ou le pouvoir social nécessaires pour défendre leurs intérêts

L'ESSENTIEL

Il est urgent de mettre en place, pour l'ensemble des professionnels de santé, des formations à la promotion de la santé mentale et des outils de transfert des bonnes pratiques d'action.

Pour répondre à ce besoin, le projet européen *Promise* a développé dix critères de qualité consignés dans un guide de formation.

Ces critères s'articulent autour des principes de base de la promotion de la santé mentale, des acteurs à intégrer dans la démarche, de la place des usagers et de la qualité de la formation des professionnels.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] World Health Organization (WHO). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva: WHO Press, 2008.

[2] Slovenian Presidency of the European Union. *European Pact for Mental Health and Well-Being*. Brussels, 12-13 June 2008.
En ligne : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

[3] Kalra G., Christodoulou G., Jenkins R., Tsipas V., Christodoulou N., Lecic-Tosevski D., et al. Mental health promotion: guidance and strategies. *European Psychiatry*, 2012, vol. 27, n° 2 : p. 81-86.
En ligne : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092493381100160X>

[4] World Health Organization (WHO). Report from the WHO European Ministerial Conference. *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. Helsinki, 2005 : 182 p.
En ligne : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

[5] World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. [Summary report]. Geneva, 2004 : 67 p.
En ligne : http://www.who.int/mental_health_evidence/en/promoting_mhh.pdf

[6] Netherlands Institute of Health Promotion and Disease Prevention. *Final Technical Implementation Report of the Action Getting Evidence Into Practice*. Woerden, 2005: 32 p. En ligne : <http://ws5.e-vision.nl/systeem3/images/FINAL%20REPORT%20EC%202003123-790841.pdf>

[7] Molleman G.R., Ploeg M.A., Hosman C.M., Peters L.H. Preffii 2.0 - a quality assessment tool. *Promotion & Education*, 2006, vol. 13, n° 1 : p. 9-14.

[8] Jané-Llopis E., Anderson P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: a Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen, 2005: 46 p.
En ligne : http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11711/a_policy_for_europe.pdf

[9] Greacen T., Jouet E., Ryan P., Cserhati Z., Grebenc V., Griffiths C., et al. Developing European guidelines for training care professionals in mental health promotion. *BMC Public Health*, 2012, vol. 27, n° 12 : p. 1114.
En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3553026/pdf/1471-2458-12-1114.pdf>

[10] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa*. Genève : OMS, 1986 : 3 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

[11] Jané-Llopis E., Anderson P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Across European Member States: a Collection of Country Stories*. Luxembourg: European Communities, 2006 : 195 p.
En ligne : http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf

[12] Pape B., Galipeault J.-P. *Mental Health Promotion for People with Mental Illness. A Discussion Paper*. Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2002 : 56 p.
En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/mhp02-psm02/pdf/mh_paper_02_e.pdf

[13] Kuhn K.L. *Promoting and Protecting Mental Health, Supporting Policy Through Integration of Research, Current Approaches and Practice (ProMenPol): Publishable Final Activity Report*. Dortmund: Federal Institute for Occupational Safety and Health, 2010.
En ligne : http://cordis.europa.eu/search/index.cfm?fuseaction=proj.document&PJ_RCN=9779445

ou pour faire évoluer de manière positive le système de soins sanitaires et sociaux.

Le critère 6 est de « prendre en compte les avancées scientifiques » et les connaissances fondées sur les preuves, des qualités cruciales pour construire des interventions efficaces.

Former les professionnels

Un point faible de nombreux programmes de formation dans le domaine de la promotion de la santé mentale est de négliger les questions de formation quant à la mise en œuvre des programmes. Trois critères de qualité du *Guide Promise* traitent de ces questions. « Adapter les interventions aux contextes et aux besoins dans une approche globale, à la fois holistique et écologique » (critère 7) et « identifier et évaluer les risques » (critère 8) sont essentiels pour renforcer les compétences d'individus et de communautés en matière d'évaluation du niveau de risque qu'ils sont prêts à prendre avec leur santé. Ceci est particulièrement

vrai par rapport à la stigmatisation vis-à-vis de la maladie mentale et des personnes vivant avec une maladie mentale, un obstacle majeur dans l'accès aux soins et à l'information sur la santé mentale en général.

Former des professionnels de la santé à « utiliser les médias » (critère 9), y compris Internet et les réseaux sociaux, a prouvé son efficacité dans la lutte contre la stigmatisation, l'augmentation du soutien par les pairs et la promotion d'attitudes positives à propos des questions de santé mentale en général [13]. Enfin, une formation de qualité sur comment « évaluer la formation, la mise en œuvre des actions qui en résultent et l'impact de ces actions » (critère 10) est un facteur de réussite essentiel. La promotion de la santé mentale implique d'avoir des compétences d'évaluation non seulement de la formation elle-même mais aussi de la mise en œuvre et de l'impact des actions de promotion de santé mentale ciblés dans la formation.

Le document final qui en résulte, le *Guide Promise*, est un ensemble de critères de qualité destinés à être utilisés dans la création de programmes de formation professionnelle (initiale ou continue) en matière de promotion de la santé mentale. Il s'adresse à tout concepteur de formation qui souhaite développer une formation sur la promotion de la santé mentale, que ce soit en général ou sur un thème particulier ciblant une population spécifique. Ces critères peuvent aussi être utilisés lors de formations sur des projets locaux, par exemple la formation d'une équipe de médecine de la santé au travail afin d'intervenir auprès des cadres d'une entreprise pour une action sur la promotion de la santé mentale et du bien-être au travail. En conclusion, on peut souhaiter que le *Guide Promise* contribue de façon significative à la mise en œuvre de nos politiques de santé dans ce domaine important. ■

1. Le *Guide Promise* sur la formation des professionnels du sanitaire et du social sur la promotion de la santé mentale est disponible en français à : <http://promise-mental-health.com/Le%20Guide%20PROMISE%20240912.pdf>

L'hôpital de Dreux expérimente la promotion de la santé

Francois Martin,
praticien hospitalier,
Centre hospitalier de Dreux.

Promouvoir la santé dans le temple de la maladie qu'est l'hôpital semble parfois frôler le surréaliste, surtout au temps d'un hôpital plateau technique tarifé à l'acte... C'est pourtant ce que fait l'Unité de prévention et d'éducation pour la santé du centre hospitalier de Dreux (Eure-et-Loir) depuis une quinzaine d'années.

Un territoire en difficulté d'offre de soins

En 1996, avec la formalisation par les établissements de santé d'un projet d'établissement, une unité de prévention et d'éducation avait été priorisée comme axe stratégique de développement du centre hospitalier de Dreux dans un contexte sociodémographique et sani-

taire particulier (moins d'un médecin généraliste pour mille habitants, peu d'offre de soins alternative à l'hôpital, précarité sociale importante). Quinze ans après, le diagnostic initial fait à l'époque par un cabinet conseil, reste malheureusement d'actualité comme en témoigne une récente étude de l'Observatoire régional de santé du Centre¹.

Cette unité hospitalière est inscrite dans le contexte de développement des volets santé des contrats de ville et des réseaux VIH ville-hôpital, c'est ainsi qu'elle a pu bénéficier de financements ayant permis d'amorcer la légitimation de l'hôpital dans des actions de promotion de la santé.

La direction hospitalière, concernée par les enjeux de santé publique locaux, a décidé de l'adhésion au Réseau des hôpitaux promoteurs de santé (HPH) en devenant un membre fondateur en France en 1998.

Trois grands types d'activités ont été regroupés dans une même entité organisationnelle : l'addictologie (alcoologie, tabacologie), les activités de prévention et de dépistage (infections sexuellement transmissibles, comité de lutte antituberculeux, centre de vaccination, permanence d'accès aux soins de santé, atelier santé ville-ASV, prévention surpoids obésité) ainsi que les activités d'éducation du patient.

Addictologie, prévention, dépistage, éducation du patient

L'opportunité de la mise en pôle expérimentale des centres hospitaliers en 2004, a permis de formaliser un pôle hospitalier de promotion de la santé. Rompant avec la logique de service, une quadruple logique de cohérence, de prestation, d'organisation, de gestion a présidé à la mise en œuvre opérationnelle de ce pôle. Logique de cohérence non centrée sur une pathologie ou un organe mais sur la personne dans sa globalité dans le cadre d'un modèle biopsychosocial de promotion de la santé avec une prise en charge par une équipe pluri-professionnelle incluant des participants de différents secteurs d'activité; logique de prestation ambulatoire fonctionnant en réseau intra- et extra-hospitalier avec une attention plus particulière aux populations les plus vulnérables du bassin de vie; logique organisationnelle souple dans une dynamique d'organisation apprenante avec un manage-

ment participatif dans le cadre d'une logique de gestion d'un pôle bénéficiant d'une délégation de gestion. Des objectifs généraux, spécifiques, avec des indicateurs de suivi par type d'activité, ont été formalisés dans un contrat d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé (ARS) Centre, des conventions établies avec le Département, la caisse primaire d'Assurance Maladie du département d'Eure-et-Loir et les communes de l'agglomération Dreux-Vernouillet.

Une organisation en adéquation avec des besoins de santé...

L'implication du centre hospitalier de Dreux dans la prise en compte des déterminants de santé de la population, le regroupement organisationnel d'activités de santé publique, la culture homogène de santé publique d'une équipe d'une vingtaine de professionnelles de santé, ont permis d'optimiser rapidement visibilité, accessibilité et efficacité de ces dispositifs en direction des populations.

L'approche intégrative par exemple, du dispositif d'aide à l'arrêt du tabac en quatre axes (patient, personnel, communauté, institution) typique de l'approche des hôpitaux promoteur de santé, a été récompensée par le prix MNH (mutuelle de la santé et du social) du réseau des Hôpitaux sans tabac en 2004; de manière analogue, le dispositif Pass (permanences d'accès aux soins de santé) en direction des populations précarisées obtenait le prix de l'innovation sociale délivré par l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (CCAS) en 2010, en extériorisant ce dispositif hospitalier dans une épicerie sociale d'un quartier en difficulté.

L'ESSENTIEL

- Depuis 2004, l'hôpital de Dreux est l'un des seuls en France doté d'un pôle de promotion de la santé.
- Des professionnels y travaillent d'une manière transversale et pluridisciplinaire pour une prise en charge globale du patient.
- Cette démarche a été primée à plusieurs reprises, mais les difficultés sont nombreuses pour pérenniser ce type de démarche.

UN BASSIN DE VIE DÉFAVORISÉ

Au cours des dernières années, l'activité du pôle hospitalier de promotion de la santé de l'hôpital de Dreux (addictions/prévention/éducation thérapeutique) a enregistré un développement important : la file active, c'est-à-dire le nombre de personnes suivies, est passée, entre 2007 et 2011, de 4 313 à 7 230. Le nombre de consultations est passé de 8 336 à 20 374. Le nombre de patients « vus en groupe », en addictologie surtout, est passé de 300 à 2 134.

À souligner aussi que l'hôpital de Dreux est implanté sur le territoire de Dreux-Vernouillet. Ce territoire est caractérisé par un taux important de précarité. Il affiche des indicateurs défavorables sur le plan de la santé, des conditions de vie, des ressources, donc de l'ensemble des déterminants socio-environnementaux, lesquels fondent les inégalités sociales de santé. Comme en témoignent les indicateurs, il y a donc un gradient territorial défavorable par rapport à l'ensemble du département d'Eure-et-Loir. Ainsi, le taux comparatif de mortalité générale 2002-2009 (pour 100 000 habitants) atteint 969,6 sur le territoire de Dreux-Vernouillet, contre 880,1 pour l'ensemble du département (source : Observatoire régional de la santé Centre). **F.M.**

Par sa position d'interface entre la ville et l'hôpital, le médical et le social, le curatif, le préventif, l'unité de prévention et d'éducation a rapidement acquis une légitimité pour être reconnue par les deux villes du contrat de Ville (Agglomération) comme lieu de coordination de l'ASV avec la confiance renouvelée des élus municipaux, des sous-préfets se succédant et des tutelles administratives, la coordinatrice de cette activité en devenant l'animatrice santé territoriale.

Promotion de la santé globale des patients

Concernant les activités du comité de lutte antituberculeux, la proximité du dispositif Pass, de l'ASV, du centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), du dispositif d'éducation thérapeutique a permis d'ajuster les modalités de prise en charge et de suivi des spécificités des populations vulnérables.

Concernant l'organisation de la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique, onze programmes sont autorisés par l'ARS Centre avec une dizaine de professionnels formés (DU éducation thérapeutique, master 2). Tout naturellement, une unité transversale d'éducation thérapeutique des patients a pu se mettre en œuvre sous la forme d'un dispositif mettant à la disposition des services de spécialités des professionnels formés et impliqués dans le déroulement, le suivi et l'évaluation de leur programme. Un double rattachement de ces professionnels – fonctionnel aux unités de soins et hiérarchique à l'unité transversale d'éducation thérapeutique (Utep) – permet une articulation entre les services de soins spécialisés et un lieu médiateur légitime dans la promotion de la santé globale des patients...

Le centre hospitalier a fait le choix de former une équipe de huit infirmières expérimentées dans leur domaine sur plusieurs années, permettant la constitution d'une équipe de professionnelles dédiée à cette activité. Chaque programme est contractualisé entre une infirmière dédiée et l'ARS, avec un référent médical par programme. Un staff mensuel réunit l'intégralité des coordinatrices de programme.

L'intérêt d'une telle structuration est multiple, de la participation aux actions de la promotion de la santé, aux journées mondiales thématiques permettant de sortir des murs de l'hôpital, aux stratégies organisationnelles de recrutement des patients par le biais d'actions de communication, d'aide à la mise en œuvre d'association d'usagers, etc.

Le cahier des charges de l'Utep de Dreux s'inspire très largement de celui qui avait été élaboré à l'initiative de l'Urcam Franche-Comté et qui avait regroupé en 2004, la demi-douzaine de praticiens et structures qui pratiquaient à l'époque l'éducation du patient... Une dizaine d'années après, force est de constater la légitimité et l'opérationnalité d'une telle structure ainsi qu'en témoigne l'importance des files actives des usagers.

Un rapide bilan...

Du côté positif, on peut reconnaître la validité du modèle proposé et ainsi formalisé, l'intérêt de la formation d'une équipe devenue autonome, compétente

BIBLIOGRAPHIE

- Martin F. Promouvoir la santé à l'hôpital : un facteur de qualité? *La Santé de l'homme*, 2002, n° 360 : p. 22-24.
- Aujoulat I., Martin F., Deccache A. Repères pratiques pour mettre en place un processus de promotion de la santé. *La Santé de l'homme*, 2002, n° 360 : p. 27-29.
- Buttet P. L'hôpital promoteur de santé. *Revue hospitalière de France*, 2004, n° 498 : p. 46-48.
- Bourgueil Y. L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal? *Revue hospitalière de France*, 2003, n° 492 : p. 17-22.
- Pelikan J. M., Krajic K., Dietscher C. The Health Promoting Hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 2001; vol. 45, n° 4 : p. 239-243.

et experte dans leurs domaines; la grande satisfaction des patients ayant bénéficié de ces prestations comme en témoigne l'inexorable accroissement des différentes activités développées par le pôle; la satisfaction des responsables communaux concernés par la politique de la ville d'avoir à leur écoute une entité organisationnelle hospitalière opérationnelle.

Du côté négatif, la rupture de l'année 2009 avec la mise en place d'une tarification médicale à 100% qui a marginalisé culturellement et organisationnellement les activités de promotion de la santé ne relevant plus de la valorisation d'un plateau technique... Pour rétablir les grands équilibres de l'hôpital, urgence/programmé, qualité/productivité, soins médico-techniques/qualité de vie du patient, plateau technique/besoins de santé d'une population, il est urgent d'intégrer la promotion de la santé et de ses outils comme fil à plomb de la nécessaire réorganisation hospitalière...

Ce rapide bilan ne pourrait avoir lieu sans un remerciement aux personnes à l'origine de cette aventure collective : Isabelle Aujoulat, Florence Da Silva, Maryse Fleury, Sylvain Decelle, Jean-Marie Dequois, Philippe Paris et aux équipes de professionnels dont l'implication a grandement contribué à la réussite de ce projet. ■

Correspondance : fmartin@ch-dreux

1. Taux comparatif de mortalité générale 2002-2009. <http://www.orscentre.org/publication/154>

Promotion de la santé en réadaptation cardiaque : l'expérience de l'hôpital Corentin-Celton

Irène Duquenne et Catherine Le Moguen, infirmières spécialistes en éducation thérapeutique du patient,
François Ledru, cardiologue,
Marie-Christine Iliou, chef de service de réadaptation cardiaque, Pôle cardio-vasculaire, métabolique et rénal, Hôpitaux universitaires Paris-Ouest (site Corentin-Celton), Issy-les-Moulineaux.

L'ESSENTIEL

- ▣ La maladie, notamment quand elle devient chronique, est une opportunité d'apprentissages plus larges touchant la santé.
- ▣ Le passage en réadaptation du patient « cardiaque » est un moment propice pour qu'il modifie progressivement ses comportements.
- ▣ Plusieurs actions sont proposées au patient à différents moments : entretien en début de séjour, ateliers libres, entretien de sortie. En 2012, 460 patients ont participé au programme.
- ▣ Le patient ayant acquis connaissances et expériences devient « promoteur » de santé auprès de son entourage.
- ▣ Les pratiques des soignants se trouvent également modifiées mais cela demande de la formation, de la motivation, de ménager du temps et d'être valorisé.

Au sein d'une structure très organisée comme l'hôpital aujourd'hui, la prise en charge d'un patient ne se contente plus d'une logique curative. La maladie, notamment quand elle devient chronique, est une opportunité d'apprentissages plus larges touchant la santé, au sens de la Charte d'Ottawa (1986), de la restauration ou de la préservation de ressources personnelles et sociales pour continuer à vivre. C'est particulièrement vrai des maladies cardio-vasculaires, notamment la maladie athéroscléreuse, dont la survenue et le devenir sont en grande partie liés au mode de vie, et dont la plupart des facteurs de risque peuvent être modifiés, pour peu que les soins offrent aux patients qui en sont atteints des occasions d'en prendre conscience et de trouver ou d'apprendre concrètement de nouvelles manières de vivre. À une démarche de prévention chez la personne cardiaque (prévention de nouvelles complications cardiaques, de l'extension de la maladie à d'autres

territoires artériels et d'autres organes, etc.) s'ajoute ainsi une démarche de promotion de la santé qui vise davantage à permettre à ces patients de vivre avec la maladie cardiaque et de s'engager dans un projet de santé. En termes de finalité comme de méthodes, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique tendent alors à s'entremêler.

Chez des patients « cardiaques », la réadaptation est l'ensemble des interventions – comprenant l'évaluation fonctionnelle, l'ajustement des thérapeutiques, le reconditionnement à l'effort adapté et l'éducation – ayant pour objectif la reprise de la plus grande autonomie possible après un événement clinique majeur. Elle concerne des patients en prévention secondaire voire tertiaire. En hospitalisation traditionnelle ou en hôpital de jour, notre service accueille ainsi des patients coronariens (après syndrome coronaire aigu ou des pontages), valvulaires (après chirurgie réparatrice ou de remplacement), opérés d'une dissection aortique ou bien insuffisants cardiaques chroniques après une décompensation aiguë, en attente ou après une transplantation. Les représentations des patients autour de la symbolique du cœur, associé à l'« organe de la vie », sont fortes. Ce passage en réadaptation cardiaque est souvent une période propice pour provoquer le « déclic » et l'engagement dans une démarche de santé; c'est même parfois le principal objectif recherché! Le sentiment d'« avoir survécu » à un événement de vie marquant nourrit la réflexion autour de la définition pour soi d'une nouvelle « norme de vie » et de l'élaboration

d'un nouveau projet de santé. Prendre conscience de sa capacité à agir sur l'évolution de sa maladie cardiaque et, plus généralement, de sa santé, construire ou s'approprier des objectifs de santé conduisent nombre de patients à modifier progressivement leurs comportements au quotidien.

Origine et historique de notre engagement dans la promotion de la santé

En 1998, alors que notre service est encore à l'hôpital Broussais à Paris, l'approche de promotion de la santé se résume à des initiatives isolées, ponctuelles et non formalisées, centrées sur la maladie et des conseils de vie : organisation de cours collectifs ou d'entretiens individuels sur les anticoagulants, conseils en diététique avec entretien individuel si nécessaire, et conseils médicaux et paramédicaux donnés sur la modification attendue des facteurs de risque et la reprise de la vie quotidienne. À cette époque, deux infirmières mettent en question l'efficacité des prescriptions médicales et des « bons conseils ». Elles sensibilisent alors l'équipe médicale et l'encadrement paramédical, se forment à l'éducation thérapeutique et, après un an de travail, font émerger un projet plus formalisé et pédagogique, mêlant éducation à la santé et éducation thérapeutique.

Cet embryon de programme est mis en place à partir de l'année 2000. En trois ans, une équipe multiprofessionnelle se constitue, associant médecins, diététicienne, infirmières et kinésithérapeutes, tandis que d'autres paramédicaux se forment

aux approches éducatives (Ipcem). Chacun de ces acteurs intervient dans la construction pédagogique d'une ou plusieurs séances et anime une séance collective d'une heure maximum, au rythme d'une fois par semaine. L'offre éducative devient ainsi quotidienne tandis qu'une salle dédiée est trouvée pour accueillir les groupes. Les infirmières à l'origine de la démarche assurent les entretiens individuels, négocient les objectifs personnalisés de santé, et revoient les patients avant leur sortie. Enfin, une étude pilote valide les composants de cette démarche, tandis que le projet est avalisé par la direction du groupe hospitalier HEGP-Broussais. Par la suite, les patients valvulaires sont intégrés au programme éducatif, avec la création d'une séance interactive sur les anticoagulants.

En 2003, un premier audit d'évaluation réalisé auprès d'une centaine de patients, six mois après leur sortie, montre un effet globalement positif sur le taux de sevrage pérenne de la consommation tabagique, l'équilibre alimentaire et la régularité d'une activité physique, ainsi que sur l'observance des traitements cardio-vasculaires. Il révèle aussi certaines difficultés vécues par les patients lors du retour à la vie professionnelle et sociale, comme le stress induit par la pression de l'entourage pour changer les comportements de santé « coûte que coûte » et le sentiment de ne plus être « comme avant » [1].

En 2004, le programme s'étend aux patients insuffisants cardiaques avec la création de nouveaux ateliers, notamment la gestion des apports en sel, l'autosurveillance des signes d'alerte et les conduites à tenir, etc. Une psychologue rejoint l'équipe pour organiser des activités éducatives autour de la notion de stress perçu. Une charte éthique du programme et une charte de confidentialité sont rédigées pour afficher et garantir les droits du patient.

La démarche de promotion de la santé aujourd'hui

Le service déménage en 2010 à l'hôpital Corentin-Celton, à Issy-les-Moulineaux, dans un bâtiment préfabriqué et transitoire, puis fin 2012 dans un nouveau bâtiment entièrement

dédié aux réadaptations. Les deux infirmières à l'origine du projet continuent de coordonner et faire vivre les activités éducatives malgré les réorganisations hospitalières et les contraintes économiques et réglementaires.

En tout début de séjour, chaque patient est vu en individuel par l'infirmière éducatrice qui établit un premier bilan et identifie avec lui un ou deux objectifs de santé prioritaires. À l'occasion de ce premier entretien se révèlent fréquemment des vulnérabilités psychologiques, sociales ou intellectuelles non exprimées jusque-là qui, souvent, conditionnent l'engagement dans la démarche d'apprentissage. Chaque patient est ensuite invité à une participation libre et active aux ateliers. Le programme mensuel de ces ateliers étant affiché dans chaque chambre et dans les lieux de passage des patients; chacun d'eux se compose son propre parcours et peut ainsi élargir ou approfondir connaissances et compétences en santé. Jusqu'à présent, les patients ne participent pas directement à la conception et à l'animation des séances éducatives. Mais l'animateur s'appuie sur leurs expériences, leur vécu, leur ressenti de la maladie pour enrichir les échanges au sein du groupe.

Les ateliers concernent la circulation et la maladie cardiaque (cœur et circulation, aorte et valves, coronaires, insuffisance cardiaque, diabète et cœur, etc.), la nutrition (équilibre alimentaire, sel), l'activité physique dans le quotidien, la gestion du stress et des séances de relaxation, et certaines conduites à tenir (gestion des anticoagulants, prévention de l'endocardite, reprise de la vie quotidienne à la sortie), etc. [2]. Les apprentissages se construisent le plus souvent *via* des « situations-problèmes » au cours desquelles chaque patient est invité à trouver sa ou ses solutions concrètes. Le premier temps d'un atelier fait émerger les représentations et les croyances en matière de santé, sur l'un ou l'autre des thèmes spécifiques. Dans un deuxième temps, l'animateur suscite les échanges entre participants et apporte si besoin des connaissances ou illustre la discussion. L'atelier se termine par un temps de reformulation et de synthèse. Peu avant la sortie, un dernier entretien individuel, par la même infirmière éducatrice que

« AVEC L'EXPÉRIENCE, NOUS CONSTATONS QUE DANS LE CONTEXTE D'UN ÉVÉNEMENT DE SANTÉ, PATIENTS ET ENTOURAGE S'AVÈRENT HABITUELLEMENT TRÈS RÉCEPTIFS À LA DÉMARCHE. »

lors de l'entretien initial, permet la réévaluation des objectifs de santé et des ressources du patient qu'il pourra mettre en œuvre de retour dans sa vie quotidienne. Les proches sont invités à participer à ces entretiens ainsi qu'aux ateliers.

Avec l'expérience, nous constatons que dans le contexte d'un événement de santé grave comme une complication cardiaque, patients et entourage s'avèrent habituellement très réceptifs à la démarche. Tel patient s'engagera ainsi dans un sevrage tabagique définitif alors que malgré les messages d'éducation pour la santé reçus auparavant, il n'y parvenait pas. *A contrario*, l'anxiété de l'entourage vis-à-vis de la maladie cardiaque peut conduire à des attitudes de « surprotection » trop rigides et contraignantes pour leur parent malade. Notre rôle est de dédramatiser la situation, d'apporter les connaissances nécessaires à l'entourage et au patient, ne serait-ce que pour apprendre à faire le tri dans les multiples informations anxiogènes véhiculées sans nuance par les médias. Nous constatons aujourd'hui que les patients sont aussi devenus plus curieux et moins intimidés pour questionner et faire valoir leur droit d'obtenir des réponses de la part des professionnels de santé. Le ressenti des patients vis-à-vis de cette prise en charge est positif. Cette approche du patient en tant que « sujet de santé », et pas seulement « objet de soins », a augmenté sensiblement la participation et l'adhésion des patients à la démarche éducative (audit interne réalisé auprès de cent patients en 2009)¹. À son tour, le patient ayant acquis connaissances et expériences devient parfois lui-même un « promoteur » de santé auprès de son entourage.

Cette pratique éducative pragmatique menée depuis 2000 continue de modifier notablement les attitudes des autres soignants. Elle a progressivement conduit à un aménagement du travail au sein du service ainsi qu'à un renforcement de l'identité professionnelle et du rôle propre de l'infirmière.

Points forts et difficultés

Les principaux points forts sont : l'obtention de l'agrément par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France en 2010, le taux élevé de participation des patients au programme qui a atteint 72,3% en 2012 (soit 460 patients), la diversification constante de la démarche éducative et le développement permanent de nouveaux outils pédagogiques et d'approches motivationnelles. La détermination et la motivation de l'équipe sont prometteuses d'une pérennité du programme, tandis que la formation en éducation des soignants se développe au niveau de l'institution. En 2012, un troisième audit d'évaluation des ateliers, cette fois plus qualitative, a été réalisé; les données sont en cours d'exploitation. Au sein du service, un club Cœur et Santé a été créé sous l'égide de la Fédération française de cardiologie. Ouvert aux patients cardiaques à leur sortie de leur hospitalisation, cette création prolonge la démarche de promotion de la santé offerte pendant l'hospitalisation et favorise, par la dynamique du groupe, la pérennité des actions entreprises par les patients qui y participent.

Les freins à la mise en œuvre de cette démarche restent toutefois nombreux. Certains patients ont des difficultés à participer aux ateliers en raison d'un âge avancé, d'une asthénie importante ou de difficultés cognitives ou linguistiques : ils sont alors rencontrés et accompagnés individuellement. À une période d'intense rationalisation et de recherche de productivité dans les hôpitaux, l'éducation est une activité chronophage et peu valorisée. La fonction de soignant-éducateur reste aléatoire, les soins techniques étant toujours prioritaires pour l'institution. Au quotidien, les soignants-éducateurs sont isolés dans leur activité. Les pratiques des divers professionnels qui s'activent autour des patients restent

« L'HÔPITAL NOUS SEMBLE ÊTRE UN LIEU PRIVILÉGIÉ DE RESSOURCES POUR FAVORISER LA PRISE DE CONSCIENCE, LA TRANSFORMATION DES VALEURS PERSONNELLES ET DE NOUVEAUX APPRENTISSAGES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ... »

compartimentées, tandis que la communication entre les acteurs du programme n'est pas toujours optimale faute de disponibilité pour se rencontrer et échanger. Un statut officiel, qui reconnaîtrait l'utilité des actions qu'ils mènent au regard des autres activités de soins, se fait attendre. Une transmission des savoir-faire à de nouveaux acteurs de soins, pour assurer le renouvellement des générations de soignants-éducateurs, est nécessaire mais mise en concurrence avec d'autres activités mieux valorisées par l'hôpital en quête de recettes pour équilibrer les budgets de fonctionnement ou bien tributaire du détachement « au compte-gouttes » de soignants des activités de soins pour aller se former...

« Nourrir une dynamique d'éducation »

Plusieurs pistes d'évolution sont en cours ou en projet pour les années à venir :

- créer une unité transversale d'éducation afin de mutualiser et d'optimiser les moyens, notamment les ressources humaines, et créer une « dynamique éducative et de promotion de la santé » dans l'institution, ainsi que de recherche dans ces domaines nouveaux;
- continuer à former les soignants et les médecins à l'éducation et à la promotion de la santé, de sorte que la posture éducative ne soit pas seulement celle de quelques soignants détachés pour ces activités; instituer un tutorat afin de permettre à d'autres soignants de prendre le relais;
- ménager des temps d'échanges entre les professionnels autour des dimensions de promotion de la santé, d'apprentissage et des démarches motiva-

tionnelles (staffs éducatifs ouverts à tous les soignants de l'équipe), aménager un environnement de soins plus cohérent avec les intentions éducatives pour favoriser l'autonomie des patients; – associer des patients-ressources à l'évolution de la démarche d'éducation et à l'animation de certaines séances; – structurer et partager un dossier éducatif patient qui l'accompagne au long de sa prise en charge, y compris après l'hospitalisation avec les autres intervenants de son parcours de soin; développer des collaborations et des liens avec les acteurs extra-hospitaliers du parcours de soin des patients (maisons de santé, réseaux de soins, etc.).

L'hôpital nous semble être un lieu privilégié de ressources pour favoriser la prise de conscience, la transformation des valeurs personnelles et de nouveaux apprentissages dans le domaine de la santé... pour autant qu'il y ait un peu d'espace et de temps spécifiques, et des soignants motivés et formés à l'écoute et aux approches pédagogiques en santé. Soignants et patients se transforment mutuellement avec le temps. Bien plus, certains patients deviennent, à leur tour, éducateurs et promoteurs de santé envers leur entourage proche, familial ou professionnel. Une dynamique d'éducation est créée. Mais, dans un environnement hospitalier encore majoritairement centré sur des aspects techniques, elle nécessite d'être nourrie, et ses promoteurs au plus près du soin de rester mobilisés et proactifs. ■

1. Programme multidisciplinaire d'éducation thérapeutique du patient en réadaptation cardiaque. Poster présenté à la 1^{re} Journée d'éducation thérapeutique des soignants et soignés à l'Assistance publique, octobre 2011.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Duquenne I., Le Moguen C., Iliou M.-C. L'éducation du patient cardiaque. *La Revue de l'infirmière*, 2002, n° 78 : p. 39-40.
- [2] Iliou M.-C., Duquenne I., Le Moguen C., Robic T., Boulis J. Éducation des patients dans un centre de réadaptation. *Cardiologie pratique*, 2004, n° 680 : p. 9.

Dans le département de la Loire, les patients relevant d'une opération en cardiologie se sont organisés pour créer des ateliers d'activité physique, avec le soutien des professionnels.

« Des clubs d'activité physique créés à l'initiative des patients cardiaques »

Entretien avec le Pr Frédéric Roche, médecin, physiologiste, responsable du Centre de prévention Visas au CHU de Saint-Étienne.

La Santé en action : Quel rôle les patients ont-ils joué dans la mise en place des clubs de pratique d'activité physique ?

F.R. : Les clubs Cœur et Santé que nous avons contribué à mettre en place à partir de 2002 dépendent de la Fédération française de cardiologie (FFC). Cette fédération promeut la connaissance et une meilleure prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires. Quand les patients que nous prenons en charge, relevant d'une intervention, ont fini leur rééducation cardiaque à l'hôpital ou au centre de rééducation, l'enjeu est pour eux de maintenir une activité physique régulière, ce qui contribue à réduire les risques, y compris de récurrence. Il y a cinq clubs cœur et santé dans notre département. Le démarrage des premiers clubs s'est fait à l'initiative des patients eux-mêmes, qui finissaient leur rééducation ici à l'hôpital et voulaient s'organiser pour poursuivre.

S.A. : **Comment ces clubs fonctionnent-ils ?**

F.R. : Avant de quitter l'hôpital, le patient choisit le club le plus proche de son domicile et/ou en fonction des horaires et des types d'activités à par-



© Gilles Larvor/Agence VU

tir de la liste des clubs que nous diffusons. Ces clubs proposent des activités adaptées : cardiotraining, entraînement sur vélo, tapis roulant, ergomètre à bras, gymnastique adaptée, marche, aquagym-natation, etc. Les intervenants sont des professionnels : moniteurs d'activité physique adaptée, kinésithérapeutes, infirmières, etc., qui ont été formés aux patients cardiaques,

connaissent les durées et intensités souhaitables afin qu'il n'y ait aucun danger. La force des clubs, c'est l'activité en groupe, qui déclenche soutien et émulation. Nous avons des patients cardiaques qui peuvent se remettre à nager à 60 ans alors qu'ils ne l'avaient plus fait depuis des décennies et avaient même oublié les gestes ! Dans certains clubs, la palette d'activités est très

large, on peut pratiquer la sophrologie, l'aviron, le golf. Nous avons organisé un tour à pied du mont Blanc, en moyenne montagne, sur plusieurs jours, avec un suivi médical adapté sur le terrain, ce qui leur a permis de sortir un peu de la routine.

Nous constatons que les patients isolés auxquels nous conseillons d'acheter un vélo d'appartement pour pratiquer l'activité à domicile décrochent souvent, faute de motivation et d'encadrement. Tandis que la dimension collective des clubs favorise l'activité. Il y a un incontestable effet de groupe, une bonne partie de ces patients cardiaques pratique toujours dans ces clubs deux à trois ans plus tard, nous en faisons le constat lorsque nous les revoyons pour une visite de routine ou une évaluation. Nous avons proposé à nombre de ces patients cardiaques qui sont dans ces clubs, une formation aux gestes qui sauvent, aux premiers secours, d'acquérir des connaissances sur les pathologies, au-delà de l'activité physique. Ces patients sont devenus des « émissaires » d'information sur la prévention des risques cardio-vasculaires. Ces clubs Cœur et Santé connaissent un développement important.

S.A. : Ces personnes reprennent en main leur propre santé : cela a-t-il pour effet d'améliorer l'estime de soi ?

ER. : C'est incontestable. Pour beaucoup de patients cardiaques, la pratique d'activité physique améliore leur qualité de vie de façon importante et permet aussi de restaurer la propre image qu'ils ont de leur corps, mais aussi leur place dans le groupe, dans la société, c'est un point fondamental. Nous observons que ces patients sont très volontaires, qu'ils se portent mieux sur les plans social et personnel.

Par ailleurs, la dépression est un élément majeur parmi les facteurs de

L'ESSENTIEL

- **En lien avec le CHU de Saint-Étienne, les centres de rééducation cardiaque de la Loire et la Fédération française de cardiologie, des clubs Cœur et Santé ont été créés dans le département.**
- **Ce sont les patients eux-mêmes qui ont proposé de créer ces clubs, dans une démarche d'empowerment chère à la promotion de la santé.**
- **Pratiquer l'activité physique après un accident cardiaque est un facteur favorable pour la qualité de vie du patient.**

risque de récurrence et de mortalité après un infarctus par exemple, un élément qui pèse pratiquement autant que la dysfonction cardiaque séquentielle de l'infarctus. Ceci est méconnu. Depuis une dizaine d'années seulement les études scientifiques attestent de l'importance des facteurs psychosociaux après un événement cardiaque (infarctus, pontage, etc.) : un contexte favorable minore les risques de récurrence, ceci a été constaté sur les populations importantes de patients qui ont eu un infarctus. L'isolement social est également un élément de mauvais pronostic. Désormais, nous prenons en compte ces facteurs psychosociaux, nous les évaluons correctement, nous savons qu'ils ont un poids spécifique important. Bien sûr, le rétablissement dépend de l'ampleur de l'infarctus, mais une reprise difficile ou impossible de l'activité professionnelle est un facteur défavorable important.

S.A. : Quels sont les points faibles de ce dispositif de rééducation par l'activité physique ?

ER. : Le grand défi à relever est le maillage du territoire, très insuffisant et inégal, avec une absence de structures dans les zones les plus rurales des départements. Ainsi, dans notre région, si le département de la Loire compte cinq clubs Cœur et Santé, la Haute-Loire n'en a pas, l'Ardèche et le Puy-de-Dôme n'en ont qu'un. Il faut parfois parcourir cinquante kilomètres pour trouver un club. Il faut travailler aussi sur un autre facteur d'inégalité : les patients cardiaques les moins

mobiles sont les plus pénalisés puisque ce type de transport n'est pas pris en charge. Il faut donc mobiliser les communes, trouver des salles de gym libres après dix-huit heures deux fois par semaine. Une autre limite est le coût : il faut installer des structures légères qui reviennent le moins cher possible aux patients cardiaques, le principal coût étant l'encadrement par les professionnels mais ces derniers sont totalement indispensables. Troisième piste d'amélioration : proposer des activités suffisamment diversifiées.

S.A. : Combien cela coûte-t-il au patient cardiaque et en quoi cela promeut-il sa santé ?

ER. : La plupart de ces patients sont en affection longue durée (ALD), donc pris en charge à 100 %, alors c'est toujours pour eux une étrangeté que de s'entendre dire : « C'est pour votre santé, mais cela va quand même vous coûter quelque chose. » Ceci étant, l'inscription à un club est de l'ordre d'une vingtaine d'euros, puis les activités coûtent environ 15-20 euros par mois. Dans tous les cas, cette formule associative reposant sur l'entraide et à l'initiative des patients eux-mêmes, est plus accessible que les clubs sportifs habituels et d'autres structures privées. Pour le financement, nous avons bénéficié d'une subvention de l'agence régionale de santé dans un premier temps et des subsides sur les fonds concernant l'éducation thérapeutique. Soulignons, enfin, que ces clubs Cœur et Santé de la FFC ont été mis en place à l'initiative des patients et il faut se souvenir qu'il y a dix ans, il n'y en avait aucun. Et pour boucler la boucle sur la promotion de la santé, l'activité physique améliore de manière considérable la qualité de vie au quotidien des patients cardiaques. ■

Propos recueillis par Yves Géry

« LE GRAND DÉFI À RELEVER EST LE MAILLAGE DU TERRITOIRE, INSUFFISANT ET INÉGAL, AVEC UNE ABSENCE DE STRUCTURES DANS LES ZONES LES PLUS RURALES DU DÉPARTEMENT. »

Pôle mère-enfant Laennec : « Un lieu conçu pour le bien-être des enfants hospitalisés »

Entretien avec le professeur Yann Révillon, chirurgien-pédiatre, en charge du dispositif Pôle mère-enfant Laennec de l'hôpital Necker.

La Santé en action : Comment ce nouveau bâtiment au cœur de Paris a-t-il été conçu ?

Yann Révillon : Le Pôle mère-enfant Laennec comporte 400 lits et berceaux, 20 salles d'opération, 70 postes de consultation. Chaque jour ouvrable, il y aura environ 1 000 enfants (0 à 18 ans) qui consulteront dans ce bâtiment, donc potentiellement 2 000 à 3 000 personnes. Nous avons essayé de concevoir au mieux la gestion des flux, de l'accueil et, après l'administration, l'enfant et sa famille seront orientés vers une salle d'attente dans laquelle le médecin correspondant viendra les chercher.

En ce qui concerne le confort et le bien-être des enfants hospitalisés, nous avons voulu que chaque chambre d'enfant puisse accueillir un parent. Quand vous proposez une hospitalisation à une famille, sa première demande est : « Pourrai-je rester avec mon enfant ? » Chaque chambre comporte trois espaces : pour l'enfant, bien sûr, pour l'infirmière et son intervention, pour le parent, avec un gros fauteuil suffisamment confortable et qui se déplie pour en faire un lit la nuit. Toutes les chambres sont équipées en Wi-Fi afin que le parent, mère ou père ou personne de l'entourage, puisse rester

en communication avec le reste de la famille, son lieu de travail. Je suis chirurgien-pédiatre depuis plus de trente ans ; l'hôpital a évolué, il est désormais impossible que les parents ne soient pas en permanence aux côtés de leur enfant. La progression a été importante ces dernières décennies, on a d'abord étendu les heures de visite, puis permis aux familles de rester la nuit. Lorsque, dans les années 2000, nous avons réfléchi au projet médical de ce bâtiment, mon obsession était déjà que les parents puissent rester le plus longtemps possible auprès de leur enfant. De plus,

quand les parents sont présents, ils sont d'une grande utilité : ils donnent à manger à leur enfant, le changent et soulagent le personnel paramédical de tâches qu'ils effectuent habituellement à la maison.

S.A. : Dispose-t-on de preuves scientifiques sur les bienfaits de la présence des parents auprès de l'enfant hospitalisé ?

Y.R. : De manière empirique, il est certain que la présence des parents rassure énormément les enfants ! Un enfant de 2 ans que vous coupez de



© Michael Zumstein/Agence VU'

Dossier

Promouvoir la santé à l'hôpital

son milieu familial est complètement perdu. Si sa mère ou son père est là en permanence au moment des soins, ou lors d'interventions parfois agressives que nous sommes tenus de réaliser pour la santé même de l'enfant, alors ce dernier sera beaucoup plus tranquille. C'est une qualité de soins particulière qu'on leur donne en permettant la présence des parents à leurs côtés. D'ailleurs, le comportement de l'enfant l'atteste : en consultation, pour un prélèvement, une prise de sang, il sera beaucoup plus apaisé si ses parents sont avec lui. Ceci change considérablement la donne. Depuis très longtemps, par exemple, nous savons qu'il est très important pour les nouveau-nés qu'ils soient au contact peau à peau avec leur mère, et quand nous pratiquons la chirurgie néonatale, nous sommes très attentifs à ce que, le plus vite possible, les mamans puissent reprendre leur nouveau-né tout près d'elles car ce contact charnel est capital. Dans notre service de néonatalité de soixante lits, ce sont les médecins qui se déplacent vers les nouveau-nés, on sait qu'un nouveau-né prend ses habitudes dans son environnement, donc changer de lieu d'hospitalisation est déjà délétère. Tout mouvement et transport est pour lui source d'inconfort. Compte tenu de l'architecture du nouvel hôpital, c'est nous qui nous déplaçons vers le patient.

S. A. : Comment le bâtiment a-t-il été imaginé pour le confort des enfants hospitalisés ?

Y.R. : Avec l'architecte nous avons imaginé un univers très coloré pour les chambres des enfants. Les plafonds sont de couleur vive parce que nous avons pris en compte le fait que l'enfant sera souvent allongé et qu'il regardera vers le haut. *Idem* pour les couloirs, où les plafonds sont aussi extrêmement colorés. À chaque étage, une salle est réservée à l'école à l'hôpital, il y a des salles de jeux pour les petits et les plus grands, des tablettes informatiques sont prêtées aux plus grands. Ces espaces de

« DANS NOTRE SERVICE DE NÉONATALITÉ, CE SONT LES MÉDECINS QUI SE DÉPLACENT VERS LES NOUVEAU-NÉS, ON SAIT QU'UN NOUVEAU-NÉ PREND SES HABITUDES. »

jeu étaient prévus dans la conception même du bâtiment. Bien entendu, ces mètres carrés étant extrêmement convoités, certains médecins voulaient en faire des salles dédiées à d'autres activités plus médicales. Nous avons donc interdit toute transformation des pièces à tous les étages, qu'il s'agisse des espaces de jeux ou des salles pour l'école.

S. A. : La pression était forte ?

Y.R. : Oui mais nous avons tenu bon ! Il y a quelques semaines, je suis intervenu pour demander le maintien des effectifs pour les professeurs de musique et de dessin officiant à l'hôpital car la Mairie de Paris souhaitait réduire le nombre de leurs heures d'intervention. Il est en effet très important, pour un enfant hospitalisé, de se retrouver au contact d'un enseignant, c'est la vie de tous les jours. Un professeur qui vient au pied de son lit pour enseigner, c'est – pour l'enfant qui ne peut se déplacer – comme s'il revenait à la vie normale. Certes, les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes, on pourrait imaginer que les enfants ont de moins en moins besoin d'avoir une école à l'hôpital. Ce n'est pas le cas et tout ceci doit être modulé compte tenu de la réalité que vivent les enfants en milieu hospitalier. N'oublions pas que, par définition, l'hôpital est un milieu extrêmement agressif et inattendu pour un enfant.

S. A. : Comment le projet architectural a-t-il été conçu ?

Y.R. : La phase projet a duré trois ans. Nous, personnel médical (médecins, infirmières, cadres infirmiers, etc.), avons réfléchi à nos besoins pour soigner au

mieux les enfants, dans les meilleures conditions possibles. À partir de cette réflexion commune, nous avons rédigé un cahier des charges et choisi l'architecte sur la base de ces exigences, donc sur le plan médical, de l'organisation, du rapprochement fonctionnel et par-dessus tout sur le confort offert aux enfants. Le bâtiment vient d'ouvrir, tous les services ont emménagé – les derniers courant mai 2013.

S. A. : Pourquoi avoir ouvert des « salons pour les parents » ?

Y.R. : C'est un lieu où ils peuvent s'asseoir et discuter. Il est important que les parents puissent parler, y compris entre eux, ce peut être rassurant de faire part de son expérience ; nous avons donc plusieurs espaces dédiés dans l'hôpital pour que les parents puissent se poser quelque part, parce que c'est le moment où l'on fait un soin à leur enfant et qu'on leur demande de sortir de la chambre, parce que l'enfant est descendu en salle d'opération et que les parents ont aussi besoin de quitter la chambre pour souffler. Ceci est positivement ressenti.

S. A. : L'expérience de Laennec servira-t-elle d'exemple à d'autres hôpitaux ?

Y.R. : Notre chance a été qu'un nouvel hôpital soit construit, ce qui permet de concevoir dès l'origine un hôpital au service des patients, avec une fonctionnalité adaptée. Nous constatons que nous avons des visiteurs du monde entier ; nous avons récemment reçu des délégations de Chine et du Brésil, de la Banque mondiale, les professionnels d'autres pays viennent voir comment nous avons conçu ce lieu. Dans tous les cas, une architecture adaptée est centrale. Un dernier exemple : l'architecte a conçu le bâtiment afin que tous les lieux fréquentés par des personnes soient éclairés par la lumière naturelle. Il a joué sur les puits de lumière, les seules pièces sans éclairage naturel sont « inhabitées » comme les locaux techniques ; cet élément fondamental a fortement joué dans le choix de l'architecte. Chirurgien, j'opérais depuis plus de vingt ans au premier sous-sol à Laennec, désormais nous opérons à la lumière du jour. ■

Propos recueillis par Yves Géry

L'ESSENTIEL

- **▶ Au cœur de Paris, le nouveau bâtiment Laennec a été conçu pour le confort des jeunes patients.**
- **▶ École, salles de jeux, salons pour les parents, le bâtiment est agencé pour que l'enfant et sa famille y trouvent des repères.**
- **▶ Dans chaque chambre, un fauteuil-lit permet à l'un des deux parents de rester en permanence auprès de son enfant s'il le souhaite.**

Le sport en psychiatrie : bon pour la santé, bon pour le vivre ensemble

Emmanuelle Jouet,
docteur en sciences de l'éducation,
Sébastien Favriel,
assistant de recherche,
Tim Greacen,
docteur en psychologie, directeur,
Danièle Martin,
diététicienne, vice-présidente
du Comité de liaison alimentation
nutrition (Clan),
Amel Nasfi,
médecin généraliste, présidente
du Clan, Laboratoire de recherche,
Établissement public de santé
Maison-Blanche, Paris.

Les personnes vivant avec un trouble psychique (et son traitement) ont un risque augmenté de morbidité et mortalité associée à de multiples problèmes physiques, dont notamment les troubles métaboliques [1]. Des recommandations ont été émises au niveau international et national afin de promouvoir la santé physique chez ces personnes [2, 4]. Toutefois, la prévention des troubles métaboliques n'est pas le seul intérêt de l'activité physique en psychiatrie.

En effet, le *bien bouger* contribue de manière significative au *bien-être* en général. Promouvoir le bien bouger, c'est aussi promouvoir l'estime de soi, les relations interpersonnelles, l'inclusion sociale et la santé mentale en général. En outre, faire pratiquer un sport ensemble – à des usagers et à des professionnels – contribue à changer les croyances de chacun sur les capacités de l'autre. L'utilisateur peut notamment percevoir qu'il peut apprendre et se développer au-delà des



©Sophie Chivet/Agence VU'

limites imposées par la maladie et la souffrance psychique. Et à partir de là, commencer à être aux commandes de sa propre vie [5].

L'activité physique reconnue

Promouvoir l'activité physique fait partie des missions des comités de liaison alimentation nutrition (Clan) des établissements publics de santé mentale. Il s'agit de sensibiliser et d'accompagner les professionnels pour faciliter l'accès de tous les patients aux activités physiques et sportives. Dans ce cadre, le Clan de l'Établissement public de santé Maison-Blanche à Paris promeut l'activité physique dans le cadre des actions éducatives et thérapeutiques mises en place par les professionnels de l'extra-hospitalier et de l'intra-hospitalier. Le 6 octobre 2012, en partenariat avec la Fédération française du sport adapté (FFSA)¹, une journée de partage et de découverte autour du sport a été organisée pour les usagers et le personnel de l'établissement. Objectif : favoriser la découverte de la pratique du sport et du plaisir de jouer ensemble, en impliquant tous les acteurs de la psychiatrie, qu'ils soient usagers, soignants ou personnel administratif. Les éducateurs de la FFSA ont proposé cinq ateliers avec des activités accessibles : *zumba*, *kinball*, *bumball*, badminton et pétanque molle². En tout, 41 personnes (23 hommes et 18 femmes, âgés de 18 à 84 ans), moitié usagers, moitié professionnels, y ont participé.

Un niveau élevé de satisfaction

Tous les participants ont accepté de remplir des questionnaires sur la place du sport et de l'activité physique dans leur vie. Leurs réponses montrent que, pour la majorité, le sport est « important » dans leur vie, en particulier pour « le bénéfice pour la santé », « le plaisir », « la communication et le partage » et « l'augmentation de l'estime de soi ». En termes de satisfaction globale avec la journée proposée, trente-cinq répondants sur les quarante et un se sont déclarés très satisfaits [6].

Les répondants décrivent cependant plusieurs obstacles à la pratique du sport lorsque l'on vit avec un trouble

psychique : les symptômes de la maladie, les effets des traitements, le manque de motivation et de confiance en soi. La stigmatisation et la discrimination sont également citées, ainsi que la précarité sociale et financière dans laquelle vivent la majorité des usagers. Les difficultés d'accès aux structures sportives et de loisirs et leur inadéquation sont soulignées, ainsi que le manque d'information. Enfin, l'institution hospitalière ne favorise pas forcément la mise en œuvre de l'activité sportive en son sein.

Atouts et difficultés

À travers ce type d'initiative, le fait de mettre en valeur le plaisir et le jeu permet d'investir autrement les problématiques causées par la maladie psychique : manque de motivation, peur de la stigmatisation, réticence à créer du lien social, etc. La collaboration avec un partenaire extérieur, dans un lieu extérieur, concourt à lutter contre la stigmatisation et la discrimination et à promouvoir l'inclusion sociale.

L'initiative s'est toutefois heurtée à plusieurs obstacles. L'organisation du travail dans les services hospitaliers reste délicate. Mobiliser le personnel sur un jour de week-end a repoussé nombre de soignants. Les représentations négatives sur le sport peuvent aussi être un obstacle, car il est difficile de mobiliser des personnes qui ne pratiquent pas de sport ou qui sont peu sensibilisées aux bienfaits du sport dans leur vie personnelle.

Suite à ce projet initial, l'établissement a pris la décision de s'engager plus loin dans la promotion de la santé physique. Plusieurs projets sont à l'étude, impliquant la création de liens au niveau local entre les centres médico-psychologiques et les comités sportifs de chaque quartier. La pérennisation des journées « sport » au niveau de la ville est dorénavant acquise, compte tenu de l'impact en termes d'inclusion sociale et de lutte contre la stigmatisation associée à la maladie mentale : la prochaine journée aura lieu le 24 juin 2013 avec la FFSA en association avec la ville de Paris.

En conclusion, cette initiative souligne l'importance des actions favorisant non seulement l'activité physique pour

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Wheeler J.A., Harrison J., Mohini P., Nardan J., Tsai A., Tsai E. Cardiovascular risk assessment and management in mental health clients: Whose role is it anyway? *Community Mental Health Journal*, 2010, vol. 46, n° 6 : p. 531-539.
- [2] American Diabetes Association. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care*, 2004, vol. 27, n° 2 : p. 596-601.
En ligne : <http://care.diabetesjournals.org/content/27/2/596.full.pdf+html>
- [3] Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : 63 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
- [4] Plan obésité 2010-2013. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : 42 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
- [5] Glover H. Un nouveau paradigme se fait-il jour ? In : Greacen T., Jouet E., dir. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Toulouse : Érès, coll. Actualité de la psychiatrie, 2012 : p. 42.
En ligne : <http://www.cairn.info/pour-des-usagers-de-la-psychiatrie-acteurs-de-leur--9782749216089.htm>
- [6] Jouet E., Nasfi A., Favriel S., Martin D., Greacen T. Découvrir le sport en institution. *Soins psychiatrie*, 2013, vol. 34, n° 285 : p. 36-38.

la personne vivant avec un trouble psychique mais également son inclusion sociale, en facilitant l'accès aux équipements sportifs implantés dans la ville et au niveau de chaque quartier. ■

1. La Fédération française du sport adapté (FFSA) a reçu délégation du ministère des Sports pour « organiser, développer, coordonner et contrôler la pratique des activités physiques et sportives des personnes en situation de handicap mental, intellectuel ou psychique ». <http://www.ffsa.asso.fr/>

2. *Zumba* : programme de fitness s'appuyant sur des rythmes et des chorégraphies inspirés des danses latines. *Kinball* : sport collectif qui se joue avec un ballon de 1,22 mètre de diamètre pesant un kilogramme; une des équipes le lance à l'autre équipe qui doit le récupérer avant qu'il ne touche le sol. *Bumball* : sport collectif qui se joue avec une balle en tissu, le but étant de la réceptionner avec la poitrine ou le bas du dos sur des zones d'attache velcro. *Pétanque molle* : pétanque avec des boules légères.

Maison des usagers de Perpignan : « Remettre les patients au centre du dispositif de santé »

Entretien avec Aude Marin-Colombe, coordinatrice de la Maison des usagers de l'hôpital de Perpignan, **et Alain Bobo,** président du Collectif interassociatif hospitalier-Maison des usagers.

La Santé en action : Comment avez-vous créé une Maison des usagers au Centre hospitalier de Perpignan ?

Alain Bobo : Collectif d'associations, nous avons commencé, en 2005, à recenser dans l'hôpital de Perpignan tous les bénévoles qui intervenaient. En juin 2006, nous avons créé un Bureau des associations et des bénévoles, puis, en 2007, nous avons créé un Collectif interassociatif hospitalier (CIAH). Très rapidement nous avons ainsi fédéré une trentaine d'associations qui œuvraient historiquement dans cet établissement.

Aude Marin-Colombe : Depuis longtemps, il y a ici des bénévoles qui participent à l'accueil et à la prise en charge des patients. Les associations ainsi rassemblées sont très variées, centrées sur une pathologie ou s'intéressant au bien-être de l'utilisateur. Cela va de l'Association française des diabétiques 66 à l'association Sésame Autisme Roussillon, en passant par les Visiteurs de malades en établissements hospitaliers (association VMEH). L'intérêt est que nous sommes dans une démarche de promotion de la santé, qui replace les individus dans leur milieu de vie. Aux côtés des associations centrées sur une pathologie, d'autres travaillent avec une approche globale sur les détermi-

nants socio-environnementaux de la santé : les Restaurants du cœur, la Croix-Rouge française font partie du collectif. L'une des associations effectue des visites auprès des malades hospitalisés, d'autres travaillent sur l'animation et le divertissement comme les Blouses roses¹ qui interviennent dans le service de pédiatrie. Nous avons voulu aller plus loin dans cette dynamique en créant une Maison des usagers. Depuis le 1^{er} juin 2013, cette maison s'est installée au cœur de l'hôpital, dans le hall d'entrée, près des ascenseurs, donc sur le passage des usagers.

S.A. : Comment la Maison des usagers fonctionne-t-elle ?

A.M.-C. : La Maison est un local de 40 mètres carrés, un espace où les patients, leur famille, le grand public mais aussi les professionnels de santé peuvent se rendre. Elle met à leur disposition de la documentation en éducation pour la santé et sur les associations ; pour ce faire, nous travaillons en partenariat avec le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes 66). La coordinatrice et les associations tiennent des permanences d'accueil : à ce jour, une dizaine d'associations assurent une présence régulière. La Maison assure une mission d'accueil, d'information, d'écoute et d'orientation. Ces locaux nous permettent d'assurer désormais des permanences régulières d'associations. Nous avons profité de la construction du nouvel hôpital, et surtout la direction de l'hôpital a su écouter nos besoins et nous a ainsi proposé un local répondant à nos attentes. Par ailleurs, la Maison des usa-

gers étant un lieu de prise en compte de la parole de l'utilisateur, nous travaillons en étroite collaboration avec le service Qualité et Gestion des risques, la direction des Affaires juridiques et de la Clientèle de l'hôpital, en lien avec les représentants des usagers. Nous envisageons d'autres partenariats : il est ainsi prévu de rencontrer prochainement l'équipe du Service social ou encore celle des Urgences, toujours dans l'objectif de mieux recueillir les attentes et les besoins des usagers afin de pouvoir y répondre.

S.A. : Quelles sont les principales demandes formulées par les patients et leur famille ?

A.M.-C. : Obtenir concrètement des informations sur les différentes pathologies et les services des associations. Par exemple, des personnes atteintes d'un cancer ressentent la nécessité de rencontrer d'autres patients qui sont dans leur cas. Les patients et leur famille viennent chercher du soutien et de l'accompagnement. À titre d'exemple, une association comme Équilibre 66 organise des ateliers de pratique d'activité physique adaptée, le club Cœur et Santé organise des séances d'activité adaptée pour les patients qui ont eu un problème cardiaque, donc de la réadaptation physique. Ces ateliers permettent à ces patients de rencontrer d'autres personnes qui ont fait face aux mêmes problèmes de santé.

L'ESSENTIEL

- **▣ Au cœur de l'hôpital, cet espace ouvert accueille, informe, écoute, et permet la transmission du savoir entre patients.**
- **▣ Le soutien de l'hôpital à cette initiative est une condition indispensable pour réussir.**

Dossier

Promouvoir la santé à l'hôpital

S. A. : *Comment analysez-vous cette nécessité de rencontrer d'autres patients ayant fait face à la même pathologie?*

A. B. : Je suis moi-même transplanté cardiaque et j'ai ressenti cette nécessité impérieuse. Les patients expérimentés au contact de leur pathologie sont devenus des « profanes éclairés ». Ils connaissent les réactions qu'il faut avoir, ils ont des notions avancées d'éducation sur cette pathologie. Il y a donc transmission du savoir vécu, du patient éclairé vers l'autre patient, celui qui découvre. Cet autre est perdu face à sa maladie, il cherche désespérément des avis. Via une association, il va donc trouver un « pair » qui l'éclairera.

A. M.-C. : Nous sommes là dans une éducation par les pairs (*peer support*), le groupe de pairs soutient et accompagne, bien entendu en complément de l'aspect médical; il y a complémentarité des actions. Comme souvent il s'agit de maladies chroniques, le patient va apprendre à vivre avec, il doit s'approprier sa maladie et surtout parvenir à être le plus autonome possible. Nous sommes donc dans l'*empowerment* [renforcement du pouvoir d'agir d'un individu, ndlr] et le patient va progresser grâce à ses ressources individuelles mais aussi sociales, collectives, c'est tout l'intérêt d'appartenir à un groupe.

S. A. : *Aider le patient à vivre au mieux avec sa maladie, c'est de la promotion de la santé?*

A. B. : Absolument, nous sommes au cœur des stratégies de la promotion de la santé, comme définies par l'Organisation mondiale de la santé : des politiques favorisant la santé, créer des environnements favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, etc. Parmi les trente-trois associations du Collectif, certaines sont orientées vers le bien-être de la personne malade mais aussi des familles. Nombre d'associations organisent des forums sur des pathologies précises, ce sont des espaces d'échange; cela permet aux patients de devenir davantage acteurs de leur santé.

A. M.-C. : Certaines associations organisent des goûters, des après-midi conviviales, des cafés-discussion. Ainsi, par exemple, en matière de soins palliatifs, une association, l'Asppo, organise des

cafés-deuil où les personnes peuvent se retrouver pour échanger et parler. Les forums et les portes ouvertes permettent de démontrer que l'hôpital n'est pas qu'un lieu de maladie et de prise en charge au sens strictement curatif. Derrière tout cela, l'objectif majeur est de remettre l'utilisateur au centre du dispositif de santé, d'être dans une logique dans laquelle on l'écoute et on le considère. Ainsi quitte-t-on la dimension curative de la santé, de la maladie, pour se placer dans une démarche plus préventive et participative.

S. A. : *Quel rôle la direction de l'hôpital a-t-elle joué dans la création de ce dispositif?*

A. M.-C. : Un rôle majeur : en acceptant que la Maison soit au cœur de l'hôpital, trois cent mille personnes qui entrent chaque année dans l'établissement vont découvrir cette ressource. La direction a été très coopérative et a rapidement pris conscience que nous n'étions pas là pour mettre des bâtons dans les roues, mais pour travailler ensemble! L'engagement de l'hôpital est d'autant plus intéressant que le mouvement de création de la Maison des usagers est parti des associations. La direction a vu l'intérêt pour les patients, s'est engagée et nous a accompagnés. Trois conditions sont à réunir pour créer une Maison des usagers :
– des associations volontaires, engagées dans la démarche;
– un engagement fort de l'établissement de santé, sans lequel cela ne peut fonctionner. J'ai ainsi été embauchée comme coordinatrice de la Maison des usagers sur des fonds associatifs, puis l'hôpital a pris le relais financièrement.

L'engagement de l'hôpital sur le volet financier fait partie des recommandations de la circulaire ministérielle de 2006. Encore fallait-il la mettre en application, ce qui a été fait à Perpignan.

S. A. : *Alain Bobo, vous-même êtes transplanté cardiaque, comment avez-vous ressenti la nécessité d'un soutien par les pairs?*

A. B. : Lorsque l'on vous annonce un jour que vous n'avez pas d'autre solution pour pouvoir vivre que de changer de cœur, on cherche autour de soi des personnes capables de vous informer sur ce qui se passe après la greffe. Ce sont des moments très difficiles. Cette

méconnaissance totale de ma maladie m'affolait et la grande chance que j'ai eue a été de rencontrer des greffés et de constater qu'ils continuaient de mener une vie presque normale, qu'ils allaient, pour certains, au bout du monde, ce que j'ai moi-même réalisé après ma greffe². Avec les autres membres de l'Équipe de France des transplantés, nous démontrons que malgré une pathologie sévère, on peut vivre normalement. Un patient peut démontrer à un autre qu'il a retrouvé une pleine et entière autonomie. Cette « transmission » m'a semblé absolument indispensable et, à mon tour, c'est moi qui transmets.

A. M.-C. : Dans le milieu des bénévoles associatifs qui s'articule autour de la solidarité, de l'entraide et du soutien, on rencontre des personnes qui donnent de leur temps... pour que d'autres personnes aillent mieux!

S. A. : *À quels défis la Maison des usagers de l'hôpital de Perpignan est-elle confrontée?*

A. M.-C. : Il nous faut impérativement travailler en partenariat avec tous les acteurs de la santé publique. Nous travaillons avec la mairie de Perpignan, les ateliers Santé-ville, le Codes des Pyrénées-Orientales, l'agence régionale de santé, etc., sans oublier les professionnels de l'hôpital. L'objectif est d'essayer de créer des milieux favorables à la santé, et l'on ne peut rien faire seuls.

A. B. : L'essentiel pour l'avenir est de mutualiser nos connaissances et notre travail, c'est la raison pour laquelle nous avons accepté la sollicitation de la Maison des usagers de l'hôpital Sainte-Anne, à Paris; ensemble et avec d'autres, nous travaillons à l'émergence d'une Fédération nationale des Maisons des usagers. ■

Propos recueillis par Yves Géry

Pour en savoir plus

www.maisondesusagers66-ciah.org
ciah66@orange.fr

1. Les Blouses roses de Perpignan : association destinée à distraire et détendre les malades de tout âge par des activités ludiques, créatives ou artistiques. <http://www.lesblousesroses.asso.fr/>

2. Alain Bobo fait partie de l'équipe de France des transplantés et participe à ce titre aux Jeux nationaux et mondiaux (Courbevoie et en Afrique du Sud pour 2013). Il a fait un tour du monde depuis sa greffe.

Dans un univers anxiogène comme l'hôpital, l'enfant est déstabilisé. Stress, douleur, actes invasifs : le quotidien est lourd. Les clowns à l'hôpital permettent aux enfants de se détendre par l'échange personnalisé et le jeu.

« Avec les clowns, l'enfant retrouve sa nature, l'imaginaire, le jeu »

Entretien avec Marc Avelot,
codirecteur de l'association
Le Rire médecin.

La Santé en action : À l'hôpital, quelle est la fonction du clown ?

Marc Avelot : Une étude du Crédoc sur la perception de la santé par les Français montre qu'une large majorité d'entre eux associe la santé au bonheur. En effet, pas moins de 88% des personnes interrogées jugent que la bonne santé c'est d'abord « prendre du plaisir à vivre » et 79% précisent que la bonne santé c'est « pouvoir faire ce que l'on veut ». Or nul doute que pour des enfants, faire ce que l'on veut, c'est essentiellement pouvoir jouer, rire et « faire des bêtises ». C'est cela le rôle principal des clowns à l'hôpital : permettre aux enfants d'être des enfants. C'est la raison pour laquelle ce que nous faisons dans les hôpitaux me semble relever de la promotion de la santé.

Aussi bien, contrairement à une idée reçue, le rire n'est pas central dans notre action, c'est une cerise sur le gâteau. L'action des clowns auprès des enfants, c'est plutôt le jeu que le rire : permettre aux enfants de retrouver ce qui est sain en eux – quelles que soient la maladie et sa gravité –, à savoir leur capacité à être des enfants. L'enfant est fait pour le jeu. Quand on voit par exemple la capacité des enfants réfugiés – après avoir vécu au milieu de nulle part, au milieu des pires horreurs pour certains – à trouver une pierre, un bout de chiffon, et comme cela de changer de monde en quelques se-

condes en rentrant dans le jeu, c'est cette capacité-là que nous leur permettons de retrouver avec les clowns. Alors, évidemment, il y a des sacrées rigolades, mais notre objet, c'est plutôt l'imaginaire, l'évasion, le jeu ; c'est comment un enfant d'un seul coup va sortir de sa chambre d'hôpital à travers un monde imaginaire fait de facéties et de drôlerie. On est plutôt en retrait de la blague, du clown de cirque.

S.A. : Le jeu et l'imaginaire sont-ils des moyens de réactiver les compétences de l'enfant, ses propres capacités et ressources propres bousculées par la maladie ?

M.A. : C'est exactement cela : nous leur permettons de recharger leurs batteries sur ce qui va bien en eux. Nous ne savons pas si nous avons des vertus thérapeutiques, même si les médecins, infirmières et parents nous le disent. Nous n'avons pas de visée thérapeutique. Quand nous entrons dans la chambre de l'enfant, nous n'avons pas un cahier des charges orienté du côté de la santé. Nous sommes là pour être avec les enfants, je le redis, leur permettre d'être des enfants. Mais on se rend bien compte combien cela les recharge. Face à des enfants fiévreux, douloureux, quand vous voyez leurs petits pieds s'agiter sous les draps, ils retrouvent de l'énergie ! Quand un enfant entre à l'hôpital, la première chose qu'il perd, c'est le droit d'être un enfant. Ses parents lui disent qu'il va falloir qu'il soit un grand, qu'il ne pleure pas, il perd sa fratrie, ses repères, ses jouets, sa chambre, tout ce qui fait qu'il était un enfant.

Avec les clowns, pendant ces séances, il retrouve pleinement ce droit.

S.A. : Comment intervenez-vous ?

M.A. : Un programme du Rire Médecin, c'est deux clowns deux fois par semaine dans un service pédiatrique pendant toute l'année. C'est un duo, aussi pour des raisons profondes, ce n'est pas seulement parce que l'unité de base du clown est le duo, c'est surtout une question éthique face à l'enfant, cela lui permet d'adopter la place qu'il veut dans le dispositif. S'il a envie de seulement regarder, ou de devenir metteur en scène, ou l'un des acteurs, on lui laisse prendre la place dont il a envie. Nous sommes présents dans quatorze hôpitaux à travers toute la France, dans une quarantaine de services pédiatriques, à Paris, Orléans, Tours, Nantes, Marseille, Nancy et nous ouvrons l'année prochaine à Angers. Nous continuons à nous développer au rythme d'une ouverture par an environ.

S.A. : Quelle est la place du clown dans le personnel de l'hôpital ?

M.A. : Les clowns sont intégrés à l'équipe soignante, soumis au secret professionnel. Quand ils arrivent le matin dans le service, la première chose qu'ils font – avant de s'habiller en clowns, de se maquiller – est de participer à une transmission des informations, comme tout le reste de l'équipe. On leur dit pour chaque enfant présent dans le service quelle est sa pathologie, ce qui s'est passé dans la nuit et ce qui va se passer dans la journée. L'équipe leur dresse un état détaillé

et descriptif de leur environnement psycho-familial : parents divorcés ou pas, visites ou pas, fratrie ou pas, etc. Ils sont donc munis de toutes les informations utiles. Cela leur permet de pouvoir complètement ajuster leur jeu, car ensuite, les clowns travaillent uniquement sur l'improvisation, enfant par enfant, chambre par chambre. Nous ne venons pas dans la salle de jeux faire un numéro de clown devant les enfants. Nous travaillons à partir de la spécificité de la situation de chacun des enfants. Nous faisons quelque chose pour lui, personnellement. Si nous n'avons pas d'intention vis-à-vis de l'enfant sur le plan thérapeutique, nous avons de l'attention pour l'enfant. Et il le ressent. Il dit très souvent : « Ah! des vrais clowns pour moi tout seul! »

S.A. : Comment s'articulent les relations entre les clowns et les soignants?

M.A. : Nous avons initié ce que nous appelons les accompagnements de soins : nous accompagnons les soignants auprès de l'enfant dans des moments difficiles où il y a de la douleur, pour justement casser tout schéma qui se mettrait en place avec d'un côté les méchants, les soignants, et de l'autre,

les gentils, les clowns. On se rend compte d'ailleurs combien ces enfants adorent leurs soignants. Une fois par an au moins, nous organisons des « journées soignants » : nous inversons le processus, les clowns sont là pour les soignants et s'appuient sur les enfants pour prendre soin... des soignants! Ce sont des séquences extraordinaires, les enfants font des petits massages aux infirmières, leur donnent des bonbons, c'est un moment extrêmement fort dans le service, c'est l'enfant qui, avec les clowns, s'occupe

des soignants. Par ailleurs, nous avons toujours dans notre champ d'activité – et que nous surveillons comme le lait sur le feu – le soignant, d'une part, et le parent, d'autre part, parce qu'on



© Jacques Grison/Le Rire Médecin

parle de communauté thérapeutique : si l'enfant peut guérir, c'est aussi parce que tout le monde va bien, il ne suffit pas qu'il soit bien soigné. Nous constatons que nous pouvons soulager l'enfant en gérant l'agressivité de ses parents contre les soignants, ou d'un soignant contre les parents, ou les parents entre eux. Les clowns entrent à l'intérieur de tout cela, ils travaillent aussi avec cette matière.

S.A. : Comment les clowns sont-ils recrutés? Sur la base des arts et spectacles? Avec un corpus minimal de connaissances pédiatriques?

M.A. : Au moment du casting, nous ne leur demandons rien d'autre que d'être les meilleurs comédiens clowns. D'avoir aussi les qualités intrinsèques qui font un bon clown hospitalier : de l'empathie, de l'énergie, de la capacité à observer, etc. Nous testons ces qualités, leur capacité à travailler ensemble, de manière très fine par des mises en situation très spécifiques. Une fois recrutés, ils ont une formation de trois mois, on leur apprend l'hôpital, les hiérarchies, les différents métiers et comment ces professionnels – médecins, internes, infirmières, etc. – sont formés. Comme ils vont jouer dans cet univers avec ses systèmes de pouvoir, il est très important qu'ils en aient une très bonne connaissance.

Nous leur apprenons aussi les fondamentaux qu'ils doivent impérativement maîtriser : les protocoles de douleur, d'hygiène, les grandes pathologies pédiatriques, les traitements, les psychologies de base, et ensuite, tout au long de leur exercice professionnel au Rire médecin – le turn-over est très faible dans nos effectifs –, ils ont une formation continue qui alterne apport théâtral spécifique à l'hôpital (théâtre d'objet, comment jouer en milieu contraint avec une charlotte, un masque) et formation psycho-socio-médicale (mise à niveau sur les traite-

FORMÉS AU MÉTIER DE CLOWN À L'HÔPITAL

Le Rire médecin fait intervenir 97 comédiens clowns professionnels, tous spécifiquement formés au métier de clown à l'hôpital. Quelque 71 000 spectacles personnalisés sont offerts chaque année par les clowns aux enfants et à leurs parents. Le Rire médecin est une association loi 1901. Tous les comédiens clowns sont des professionnels du spectacle, rémunérés en cachets d'intermittent du spectacle. En 2012, la répartition des ressources du Rire médecin était de 54 % par la générosité du public, 28 % mécénat et autres concours privés, 9 % autres produits, 5 % subventions et autres concours publics et 4 % activités de formation.

L'ESSENTIEL

▣ L'association Le Rire médecin fait intervenir des clowns à l'hôpital.

▣ Un duo de clowns intervient auprès de chaque enfant, de manière personnalisée.

▣ Les clowns du Rire médecin sont des artistes et non des thérapeutes. Leur objectif est d'accompagner les enfants malades lors de leur hospitalisation et de les aider à mieux la vivre.

▣ Quarante services pédiatriques sont concernés partout en France, avec des interventions au moins deux fois par semaine.

ments de la douleur, rites funéraires selon les cultures pour éviter les erreurs par méconnaissance). Nous leur apprenons le maximum pour qu'ils puissent oublier ensuite ces cadres rigides afin d'être naturels et imaginatifs, qu'ils ne restent pas dans la contenance qui désamorce la créativité. Ils peuvent transgresser les règles mais il faut qu'ils les connaissent.

S.A. : Évaluez-vous le travail que vous faites et l'impact que cela a sur les enfants?

M.A. : Nous avons toute une batterie d'outils d'appréciation – je ne pense pas que l'on puisse parler ici d'évaluation – du bon fonctionnement de notre programme et de nos clowns. Les comédiens sont dans l'obligation de nous faire un rapport trimestriel sur la façon dont cela se passe dans leur service. Puis nous avons une observation annuelle, menée par deux personnes extérieures, qui vont au-devant des soignants et les interrogent. De surcroît, les clowns font plusieurs « cafés clowns » par an dans le service dans lequel ils officient, où ils prennent la température et peuvent surtout parler avec les soignants hors quotidien, revenir sur tel épisode. Ce qui nous manque, mais nous ne savons pas très bien comment faire, serait de l'évaluation de type objectif au sens où les médecins l'entendent, c'est-à-dire des études randomisées. Nous en lançons une, nous venons de déposer un dossier à la Fondation de France dans le cadre de leur appel d'offres sur la douleur. Dirigée par le professeur Baruchel, chef du service d'immunologie de l'hôpital Robert-Debré, l'étude s'intitule « Doloclowns » et va essayer de mesurer l'efficacité analgésique des clowns dans l'accompagnement des soins douloureux : ponctions lombaires, myélogrammes. Nous allons véritablement nous inscrire dans une étude de type scientifique. ■

Propos recueillis par Yves Géry

Le CHU mère-enfant Sainte-Justine, au Canada, a créé un centre de promotion de la santé.

43

À Montréal, la promotion de la santé, un axe prioritaire du Centre hospitalier universitaire pour enfants

Christine Colin, médecin spécialiste de santé publique et de médecine préventive, directrice du centre de Promotion de la santé du CHU Sainte-Justine et professeur titulaire à l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

Le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine est le plus grand centre mère-enfant du Canada. Associé à l'Université de Montréal, il compte 5 000 employés et 500 médecins, dentistes et pharmaciens, ainsi que 4 000 étudiants et stagiaires. Devant la persistance de facteurs de risque tels que

l'embonpoint, l'obésité et le tabagisme associés aux maladies chroniques et aux troubles de développement des enfants [1, 2], l'établissement a fait le constat que viser l'excellence pour les soins des enfants malades ne suffisait plus. C'est dans cette perspective qu'il a ajouté la promotion de la santé à ses cinq autres missions (soins, enseignement, recherche, réadaptation et évaluation des technologies) et qu'il a créé une direction de la promotion de la santé, en 2007, et un centre de promotion de la santé en 2010.

Importance des milieux de vie et de l'environnement

La littérature scientifique a maintenant bien établi que les facteurs de risque pour la santé des individus sont liés à la biologie, aux habitudes de vie, au milieu de vie, à l'environnement physique et socio-économique. Quant aux déterminants globaux de la santé, ils dépassent ces caractéristiques individuelles pour inclure les milieux de vie (familial, scolaire, de travail, etc.), les systèmes (d'éducation, de travail, de santé, etc.) et le contexte global (politique, économique, social, etc.) [3]. Ainsi, les services de santé, à eux seuls, n'ont que peu d'influence sur la santé et le bien-être des individus et des communautés.

C'est pourquoi, dans un premier temps, des programmes de *prévention* ont été développés auprès des individus pour diminuer les facteurs de risque déjà présents, et ainsi éviter ou retarder l'apparition des problèmes de santé, de développement ou psychosociaux. Cependant, on s'est

Dossier

Promouvoir la santé à l'hôpital

aperçu que l'efficacité des interventions de prévention axées uniquement sur les comportements individuels de santé, bien que réelle, reste toutefois limitée. Il faut donc y ajouter d'autres interventions, qui ne visent plus seulement les individus mais qui agissent en amont, sur les déterminants, dans les différents secteurs qui influencent la santé : ce sont les programmes de *promotion de la santé*, développés pour créer des environnements et des conditions favorables à la santé et réduire les inégalités de santé entre les groupes sociaux. La promotion de la santé, selon la Charte d'Ottawa et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [4], cible le développement de politiques publiques et de milieux de vie favorables à la santé (à la garderie, à l'école, au travail, à l'hôpital, dans la ville ou ailleurs), le développement des aptitudes personnelles à la santé et la participation des individus et des communautés [5]. Dans cette perspective, le Centre de promotion de la santé du CHU Sainte-Justine planifie, met en œuvre et évalue des interventions et des programmes de prévention et de promotion de la santé, dans un contexte d'enseignement,

de recherche et de valorisation des connaissances, en partenariat avec tous les intervenants et les institutions concernés. L'objectif : agir sur les déterminants de la santé pour réduire les facteurs de risque individuels et collectifs. Les programmes du Centre dépassent la clientèle du CHU et s'adressent à la fois à la population générale et aux populations vulnérables, telles les familles de milieu socio-économique défavorisé ou issues des communautés culturelles, dans la perspective de réduire les inégalités sociales de santé et de défendre le droit à la santé pour tous les enfants et leurs familles.

Les programmes et projets du Centre

Concrètement, la programmation du Centre touche divers domaines, notamment la promotion de l'allaitement maternel, des bonnes habitudes alimentaires, de l'activité physique, du développement physique et mental de l'enfant, et la prévention du tabagisme, des maladies cardio-vasculaires, du syndrome du bébé secoué ou des traumatismes, etc. Le Centre développe aussi le programme Mieux-être, destiné à améliorer la santé et le bien-être des employés du CHU Sainte-Justine.

DES DIAPORAMAS ANIMÉS D'INFORMATION POUR LES SALLES D'ATTENTE

La salle d'attente est un lieu propice pour la prévention et la promotion de la santé. Le Centre de promotion de la santé développe des diaporamas informatifs, visuels et animés, pour les salles d'attente des établissements de santé québécois, chacun d'une durée d'environ trois minutes et visant un niveau de langage compris par le plus grand nombre. Les sujets traités : la grossesse, l'allaitement, les pleurs du nourrisson, la prévention du syndrome du bébé secoué, le développement de l'enfant, la prévention des traumatismes non intentionnels, l'alimentation, la fumée secondaire (tabagisme passif), la vaccination, le « maintien-câlin¹ » et la trousse de réconfort pour faciliter les visites et les examens médicaux, etc. Ces diaporamas, dont le contenu fait l'objet de validation rigoureuse et qui ont été testés auprès d'usagers, donnent des conseils sur comment agir dans la vie quotidienne pour protéger ou promouvoir la santé des enfants. Un guide complémentaire s'adressant aux professionnels est prévu.

1. Le terme « maintien-câlin » fait référence au fait de tenir l'enfant de façon sécuritaire, rassurante et affectueuse, pendant l'examen ou l'intervention médicale.

Cinq grands thèmes ont été choisis :
 – le développement et la diffusion des connaissances dans le domaine de la santé des femmes enceintes, des enfants et des jeunes;
 – la promotion et le soutien de l'allaitement maternel;
 – les programmes de prévention et de promotion de la santé;
 – l'hôpital promoteur de la santé;
 – le mieux-être de la communauté du CHU Sainte-Justine.

● Sur le premier thème (diffusion des connaissances), le Centre entend contribuer, par des recherches, à identifier les enjeux de santé prioritaires et les interventions les plus prometteuses en prévention et en promotion de la santé des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans, pour mettre sur pied les projets les plus pertinents au cours des prochaines années. Parmi celles-ci, l'étude 3D (Découvrir, Développer, Devenir) est menée auprès de 2 500 familles pour mieux comprendre les effets des événements et des environnements périnataux sur l'épigénétique¹ et le développement de l'enfant. Cette recherche apportera de nouvelles connaissances sur l'influence – de l'alimentation et des autres habitudes de vie, de l'hérédité, de l'emploi et de la situation familiale – sur la grossesse et le développement de l'enfant. Autre réalisation marquante, l'édition de diaporamas animés d'information pour les parents destinés à être diffusés dans les salles d'attente des institutions de santé (*voir encadré*).

● Deuxième thème : promotion et soutien de l'allaitement maternel. Les données scientifiques confirment que le lait maternel constitue le meilleur aliment pour le nouveau-né et le nourrisson, qu'ils soient bien portants ou malades². Le Centre de promotion de la santé par des recherches et des projets, intervient pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel, que ce soit par la promotion des pratiques hospitalières exemplaires et la mise en œuvre de la certification « Hôpital Ami des bébés », l'analyse des besoins et la promotion d'interventions auprès des mères dans une continuité pré-, intra- ou postnatale ou encore par le développement d'interventions en milieu défavorisé.

● Troisième thème : les programmes de prévention et de promotion de la santé. Les principaux projets visent la nutrition, la prévention des maladies cardio-vasculaires et celle du bébé secoué. Sur le plan nutritionnel, de nouvelles Machines distributrices Santé ont été installées dans l'hôpital. Elles proposent des produits conformes aux recom-

L'ESSENTIEL

■ **Le Centre hospitalier pédiatrique Sainte-Justine, à Montréal a, depuis 2007, ajouté la promotion de la santé à sa mission traditionnelle de soins, d'enseignement et de recherche.**
 ■ **Information des patients et de leur famille, promotion de l'allaitement maternel et de saines habitudes de vie, prévention des traumatismes, travaux de recherche, amélioration des conditions de santé du personnel et incitation à l'activité physique figurent au programme.**



LE PROGRAMME MIEUX-ÊTRE DU PERSONNEL : DES ACTIVITÉS ADAPTÉES

Les activités proposées, avec les Clubs de marche (en été), escaliers (l'hiver) et le tout nouveau Club podomètre, sont conçues de manière à favoriser une augmentation de l'activité physique, en groupe ou individuellement. Élaborés par des kinésiologues du Centre de promotion de la santé, ces programmes sont adaptés aux disponibilités et aux besoins, notamment pour les horaires et la durée de l'activité de marche. Environ 150 personnes fréquentent le Club de marche et autant le Club escaliers. Les participants apprécient pouvoir avoir des conseils et suivre leur activité physique à travers des outils adaptés dont les très prisés *Carnet d'information* et *Carnet du participant*.

mandations nutritionnelles et adaptés aux enfants. L'évaluation a démontré la faisabilité de sa mise en œuvre et mis en évidence l'accueil favorable des consommateurs [13].

Le programme *Circuit* (Centre d'intervention en prévention et en réadaptation cardio-vasculaires pour toute la famille) s'adresse à une population d'enfants et d'adolescents à risques cardio-vasculaires. Il leur offre ainsi qu'à leurs familles, des stratégies d'intervention et d'encadrement personnalisés en lien avec les ressources et infrastructures de leur communauté et de leur milieu de vie. L'évaluation permettra d'en connaître l'efficacité.

Secouer violemment un nourrisson peut entraîner des conséquences graves pouvant aller jusqu'à un traumatisme crânien sévère ou même le décès. Une équipe de spécialistes de Sainte-Justine a développé une intervention efficace pour prévenir le syndrome du bébé secoué en aidant les parents à en comprendre la gravité et à répondre de façon appropriée aux pleurs de leur bébé. Cette équipe assure la formation des infirmières des départements d'obstétrique des hôpitaux et des Centres de santé et de services sociaux du Québec, pour que les professionnels puissent informer tous les nouveaux parents des façons de prévenir ces gestes.

Dans le cadre de cette intervention éducative, des outils d'information développés au CHU Sainte-Justine, dont le *Thermomètre de la colère*, sont remis aux parents.

- Quatrième thème : l'Hôpital promoteur de la santé. Le CHU Sainte-Justine est accrédité, depuis 2007, Hôpital promoteur de la santé par l'OMS et est membre du Réseau québécois des établissements promoteurs de la santé. L'établissement travaille à mettre en place les normes et politiques correspondantes. Ainsi, par exemple, un travail est en cours pour mieux identifier les besoins des patients et du personnel, déterminer les meilleures stratégies pour répondre à ces besoins et rédiger une politique de promotion de la santé pour le CHU, concertée avec les interventions des autres programmes de promotion de la santé disponibles dans l'environnement.

- Cinquième thème : le mieux-être de la communauté du CHU Sainte-Justine. L'une des normes à atteindre pour

être un Hôpital promoteur de la santé est de faire en sorte que l'environnement de travail soit sain et qu'il favorise la santé du personnel [14]. Un Programme Mieux-Être destiné au personnel de l'établissement est en cours de mise en place et couvre plusieurs aspects : habitudes de vie, santé physique, santé mentale et qualité de vie au travail. De tels programmes ont des effets positifs pour le personnel et sur la productivité [15, 16]. Dans le cadre de ce programme, un projet pilote mené auprès de cent cinquante-huit personnes a permis de mieux connaître la condition physique, les besoins et les attentes du personnel. D'ores et déjà, plusieurs activités sont offertes, notamment les clubs de marche, escalier et podomètre (voir encadré 2). D'autres activités sont également proposées en nutrition, en activité physique ou pour l'accompagnement et l'information des employées du CHU Sainte-Justine en congé de maternité (programme *La famille s'agrandit*).

En conclusion, le Centre de promotion de la santé du CHU Sainte-Justine est encore tout jeune mais, encouragé par le soutien de la direction générale. Fort de l'intérêt qu'il provoque au sein de l'établissement, fondé sur des valeurs qui y sont largement partagées, il entend poursuivre ses objectifs dans un contexte de recherche, d'enseignement et de diffusion des connaissances et en collaboration avec tous ses partenaires. Des nouvelles recherches et de nouveaux programmes sont en développement. Une meilleure compréhension des problèmes prioritaires et des interventions les plus prometteuses en prévention et en promotion permettra de préciser les orientations et les projets d'envergure des prochaines années. ■

1. L'épigénétique a trait à la façon dont l'environnement et l'histoire individuelle influent sur l'expression des gènes et concerne l'ensemble des modifications de l'expression génétique transmissibles d'une génération à l'autre.

2. Les données scientifiques confirment que le lait maternel est associé à une diminution du risque de gastro-entérite, d'otite moyenne aiguë, d'infections respiratoires, de diabète et possiblement de l'obésité de l'enfant [6-9]. Il peut aussi avoir un effet positif sur le développement cognitif de l'enfant [10]. Pour les femmes qui allaitent suffisamment longtemps, l'allaitement diminue le risque de dépression *post-partum*, de maladie coronarienne, de cancer du sein et de cancer de l'ovaire [11, 12]. C'est pour ces raisons que l'OMS et de nombreux autres organismes recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et, après l'introduction des aliments solides, la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans.

Remerciements à l'équipe du Centre de promotion de la santé du CHU Sainte-Justine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Pica L. A., Traoré I., Bernèche F., Laprise P., Cazale L., Camirand H., et al. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*. Tome 1. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2012 : 258 p. En ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2012/EQSJS_tome1.pdf
- [2] Pica L. A., Traoré I., Camirand H., Laprise P., Bernèche F., Berthelot M., et al. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*. Tome 2. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2013 : 141 p. En ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2013/EQSJS_tome2.pdf
- [3] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune*. Gouvernement du Québec, 2010 : 35 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat4/documentation/2010/10-202-02.pdf>
- [4] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986 : 3 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- [5] Lannes L., Lannes Y., dir. *25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Montréal : Réfips, 2012 : 97 p. En ligne : http://www.refips.org/files/international/Retombeescharteottawa_vf.pdf
- [6] Kramer M. S., Guo T., Platt R.W., Sevkovskaya Z., Dzikovich I., Collet J.-P., et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months of exclusive breastfeeding. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, vol. 78, n° 2 : p. 291-295. En ligne : <http://ajcn.nutrition.org/content/78/2/291.full.pdf+html>

[7] Oddy W.H., Sly P.D., De Klerk N.H., Landau L.I., Kendall G.E., Holt P.G., et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, 2003, vol. 88, n° 3 : p. 224-228.

En ligne : <http://adc.bmj.com/content/88/3/224.full.pdf+html>

[8] Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D., et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. *Evidence Report/Technology Assessment*, 2007, No. 153 : p. 1-186. (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007.

[9] Dieterich C.M., Felice J.P., O'Sullivan E., Rasmussen K. M. Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother-Infant Dyad. *Pediatric Clinics of North America*, 2013, vol. 60, n° 1 : p. 31-48.

[10] Kramer M.S., Aboud F., Mironova E., Vanilovich I., Platt R.W., Matush L., et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 2008, vol. 65, n° 5 : p. 578-584.

[11] Jernström H., Lubinski J., Lynch H.T., Ghadirian P., Neuhausen S., Isaacs C., et al. Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2004, vol. 96, n° 14 : p. 1094-1108. En ligne : <http://jnci.oxfordjournals.org/content/96/14/1094.full.pdf+html>

[12] Su D., Pasalich M., Lee A.H., Binns C.W. Ovarian cancer risk is reduced by prolonged lactation: a case-control study in southern China. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013, vol. 97, n° 2 : p. 354-359.

[13] Van Hulst A., Barnett T.A., Déry V., Côté G., Colin C. Health-promoting vending machines: Evaluation of a pediatric hospital intervention. *Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique*, 2013, vol. 74, n° 1 : p. 28-34.

[14] Côté L., Alarie F., coord. *Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans les établissements de santé*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011 : 243 p. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89510-781-1.pdf

[15] Kishchuk N., Renaud L. *La prévention et la promotion de la santé des employés des organisations de santé. Recension des pratiques exemplaires*, 2008 : 32 p. En ligne : http://hps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/recension_pratiques_exemplaires.pdf

[16] Goetzel, R.Z., Ozminkowski R.J. The Health and Cost Benefits of work Site Health-Promotion Programs. *Annual Review of Public Health*, 2008, vol. 29 : p. 303-323.

La littérature sur la promotion de la santé à l'hôpital est peu abondante. Peu de documents sont venus s'ajouter à ceux que nous avons repérés, en 2002, dans le dernier dossier de *La Santé de l'homme* consacré à ce thème (n° 360 juillet-août 2002 : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/360.asp>). Nous proposons ici une liste de documents fondateurs de la promotion de la santé en milieu hospitalier, quelques références de réflexion et des retours d'expériences, une liste de manuels, guides et outils et quelques éléments sur la promotion de la santé auprès des professionnels des milieux de soin. Une liste d'organismes, de revues et d'événements liés au sujet complète cette bibliographie.

OUVRAGES, RAPPORTS ET ARTICLES

TEXTES FONDATEURS, CHARTES ET DÉCLARATIONS

● **Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.** Genève : OMS, 1986 : 3 p.

EN LIGNE : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

● **Organisation mondiale de la santé (OMS). The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals.** Budapest : OMS, 1991 : 3 p.

EN LIGNE : http://www.klinika-golnik.si/strokovna-javnost/promocija-zdravja-v-bolniscinah/datoteke/budapest_declaration_on_health_promoting_hospitals.pdf

● **Organisation mondiale de la santé (OMS). Déclaration de Vienne.** Vienne : OMS, 1997 : 3 p.

EN LIGNE : <http://www.ocpm.qc.ca/sites/default/files/pdf/P45/4c9.pdf>

● **Organisation mondiale de la santé (OMS). Standards for Health Promotion in Hospitals.** Copenhague : OMS, 2004 : 16 p.

EN LIGNE : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf

RÉFLEXIONS ET EXPÉRIENCES

● **Bureau P.-Y., Castet J.-B. Promotion de la santé : nouveaux services, nouveaux partenariats, nouveaux enjeux.** *Revue hospitalière de France*, 2009, n° 529 : p. 57-59.

EN LIGNE : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2009/529/57_59.pdf

● **Bourgueil Y. L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal?** *Revue hospitalière de France*, 2003, n° 492 : p. 17-22.

EN LIGNE : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2003/492/17-22.pdf>

● **Buttet P. Promotion de la santé : les patients d'abord?** *Revue hospitalière de France*, 2003, n° 492 : p. 23-25.

EN LIGNE : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/284950/>

● **Buttet P., coord. La promotion de la santé à l'hôpital [Dossier].** *La Santé de l'homme*, 2002, n° 360 : p. 15-44.

EN LIGNE : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-360.pdf>

● **Déraps S., Alarie F., Côté L. Regard croisé sur le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS) et Planetree inc.** Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009 : 52 p.

EN LIGNE : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1944728>

● **Deveau A., Garros B., Krajik K., Martin F., Gouget B., Grenier J. L., et al. Promouvoir la santé à l'hôpital. Hôpital expo-Intermédiaca : Forum de l'hôpital public, Assises du secteur social et médico-social.** Paris, 21-24/05/2002. *Revue hospitalière de France*, 2002, n° 485 : p. 54-57.

EN LIGNE : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2002/485/54-57.pdf>

● **Gagnayre R., d'Ivernois J.-F. L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé.** *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, n° 43 : p. 12-17.

EN LIGNE : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi?Telecharger?NomFichier=ad431217.pdf>

● **Lannes L., Lannes Y., dir. 25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones.** Montréal : Réfips, 2012 : 97 p.

En ligne : http://www.refips.org/files/international/Retombeescharteottawa_vf.pdf

Olivier Delmer, documentaliste,
Céline Deroche, chef du département Veille et Documentation, Inpes.

● **Le Faou A.-L.** Les hôpitaux promoteurs de santé : historique et philosophie du projet. *Bulletin d'éducation du patient*, 1999, vol. 18, n° 2 : p. 42-44.

EN LIGNE : http://hps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/OMS_manuel__16janvier07.pdf

● **Mchugh C., Robinson A., Chesters J.** Health promoting health services: a review of the evidence. *Health Promotion International*, 2010, vol. 25, n° 2 : p. 230-237.

EN LIGNE : <http://heapro.oxfordjournals.org/content/25/2/230.full.pdf+html>

● **Pelikan J.M., Krajic K., Dietscher C.** The Health Promoting Hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 2001, vol. 45, n° 4 : p. 239-243.

● Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé. Intégrer la promotion de la santé dans les hôpitaux et les services de santé. Concept, cadre théorique et organisation.* Copenhague : OMS, 2008 : 24 p.

EN LIGNE : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1568563>

● **Vasquez C., Jolivet A.** L'hôpital promoteur de santé : le travail de déplacement par projet pour analyser les frontières en mouvance. In : *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : enjeux, défis et perspectives, 80^e congrès de l'ACFAS, Montréal, Québec, 7 et 8 mai 2012.* Montréal : ACFAS, 2012 : p. 239-256.

EN LIGNE : http://www.comsante.uqam.ca/upload/files/Actes_de_colloque/L_ACTE-15.pdf

GUIDES ET OUTILS

● **Dedobbeleer N., Contandriopoulos A.-P., Lamothe L., Nguyen H., Rousseau L., Bilterys R., et al.** *Le Centre de santé et de services sociaux promoteur de santé : Outil d'auto-évaluation.* Montréal : Université de Montréal, 2007 : 40 p.

EN LIGNE : <http://www.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/granby-region/sant%C3%A9%20publique/outil%20fr-promo%20sante-csss-mars2007.pdf>

● **Groene O., Garcia-Barbero M., dir.** *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management.* Copenhague : OMS, 2005 : 128 p.

En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf

● **Groene O., dir.** *Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux. Manuel d'autoévaluation et formulaires.* Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006 : 92 p.

● **Lagarde F.** *Guide d'élaboration d'une politique de promotion de la santé et recueil de politiques.* Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009 : 176 p.

EN LIGNE : http://hps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/isbn978-2-89510-318-9.pdf

● **Villeneuve D., coord.** *Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique.* Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010 : 120 p.

EN LIGNE : http://hps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/isbn978-2-89510-697-5.pdf

PROMOTION DE LA SANTÉ AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DES MILIEUX DE SOIN

● **Côté L., Alarie F., coord.** *Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans les établissements de santé.* Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011 : 243 p.

EN LIGNE : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89510-781-1.pdf

● **Kishchuk N., Renaud L.** *La prévention et la promotion de la santé des employés des organisations de santé : recension des pratiques exemplaires.* Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008 : 32 p.

EN LIGNE : http://hps.santemontreal.qc.ca/fileadmin/hps/boite_outil/recension_pratiques_exemplaires.pdf

ORGANISMES

● **International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services.** Ce réseau international (*Health Promoting Hospitals - HPH*) initié en 1992 par l'Organisation mondiale de la santé, vise à encourager le développement de la promotion de la santé à l'hôpital, notamment en proposant un cadre de développement, en favorisant les échanges entre les hôpitaux et en mettant à disposition de tous une base de données d'expériences. Il regroupe actuellement une quarantaine de réseaux nationaux ou régionaux, chacun de ces réseaux est constitué d'au moins trois hôpitaux associés à d'autres services de santé.

EN LIGNE : <http://www.hphnet.org/>

● **Hôpitaux promoteurs en santé – Réseau français OMS.** Depuis janvier 2001, l'Institut national d'éducation et de prévention pour la santé (Inpes) assure, en lien avec le réseau régional d'éducation

pour la santé et conjointement avec un hôpital membre, la coordination du Réseau français des hôpitaux promoteurs de santé, appartenant lui-même au réseau international HPH. À noter que le site Internet du Réseau français, créée en 2002, n'a pas été enrichi depuis sa création.

EN LIGNE : <http://www.inpes.sante.fr/HPS/home.asp>

● **Réseau québécois des hôpitaux promoteurs en santé.** Le Réseau montréalais des centres de santé et des services sociaux (CSSS) et des hôpitaux promoteurs de santé a été créé en 2005, suite à la réforme du réseau de la santé et des services sociaux et la création des CSSS, dans le but de renforcer la capacité de ces établissements en matière de prévention et de promotion de la santé. Le réseau est membre du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé. Le réseau montréalais est devenu, en 2005, le premier réseau régional créé au-delà du continent européen. En janvier 2012, le réseau montréalais a migré vers le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé, il compte trente-trois membres.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal assure la coordination régionale en :

- soutenant l'implantation des normes de promotion de la santé dans les établissements de santé;
- soutenant les organisations pour la transmission à la banque de données HPS, des informations pertinentes sur les projets de promotion de la santé entrepris individuellement par chacun des établissements membre;
- distribuant l'information aux établissements de santé et de services sociaux intéressés;
- fournissant un soutien technique et des conseils sur les stratégies d'implantation, de suivi ou d'évaluation;
- contribuant à la coordination et aux activités des groupes de travail internationaux;
- allouant les ressources au réseau pendant la durée du contrat.

EN LIGNE : <http://hps.santemontreal.qc.ca/>

● **Hôpital Sainte-Justine : Centre de promotion de la santé.** Le CHU Sainte-Justine est cité ici pour son centre de promotion de la santé, unique au Canada. En effet, ce centre offre des programmes et des services de prévention et promotion de la santé aux femmes enceintes, aux enfants, aux adolescents et à leur famille ainsi qu'aux membres du personnel du CHU.

EN LIGNE : http://www.chu-sainte-justine.org/Apropos/nouvelle.aspx?ID_NOUVELLES=52220&id_menu=617

REVUES

● **Destination santé.** La « cyberlettre » *Destination santé* informe des activités et des réalisations du Réseau québécois des établissements promoteurs de santé. Elle est publiée trois fois par an.

EN LIGNE : <http://hps.santemontreal.qc.ca/documentation/cyberlettre-du-reseau-quebecois/>

● **Clinical Health Promotion.** *Clinical Health Promotion* est une revue scientifique internationale à comité de lecture en accès libre. Revue officielle du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé, elle a pour objectif global de faire connaître les initiatives visant l'intégration de la promotion de la santé dans la structure organisationnelle et la culture des hôpitaux et services de santé. La priorité est donnée aux pratiques fondées sur des preuves (*evidence-based practice*).

EN LIGNE : <http://www.clinhp.org/>

ÉVÉNEMENTS 2013

● **Conférence Hôpitaux promoteurs de santé.** La 21^e Conférence internationale « *Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH)* » s'est tenue du 22 à 24 mai 2013, à Göteborg, en Suède. Au programme, des thèmes novateurs avec un fort potentiel pour HPH :

- la stratégie de l'OMS pour « Santé 2020 »;
- les résultats de la neuro-psycho-immunologie et les conséquences pour la promotion de la santé;
- les impacts de la santé sur l'environnement;
- la responsabilisation du patient;
- le soutien du système de santé à la promotion de la santé.

Plus d'informations : <http://www.hphconferences.org/>

● **Session Réseau français des hôpitaux promoteurs de santé.** Organisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), les Journées de la prévention 2013 ont proposé, le 6 juin, une session dont l'objectif était d'examiner la place de la promotion de la santé au sein d'un établissement de soins, en donnant des exemples d'actions de promotion de la santé en cours. Il s'agissait également de présenter le réseau international ainsi que le Réseau français des hôpitaux promoteurs de santé : leurs objectifs et leurs stratégies, les freins et les leviers dans le contexte hospitalier aujourd'hui, le type de projets qui peuvent être développés.

Plus d'informations : <http://journees-prevention.inpes.fr/session/programme/le-reseau-francais-des-hopitaux-promoteurs-de-sante>

Les actes seront disponibles sur le site des Journées de la prévention.

Évaluation préalable des impacts des politiques sur la santé des populations : une démarche nouvelle

Louise Saint-Pierre, chef de projets, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), Québec, Canada.

L'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) est un processus systématique qui utilise un ensemble de sources de données et de méthodes d'analyse. L'ÉIS considère l'apport des parties prenantes pour estimer les effets potentiels d'une politique, d'un

plan, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population, et la distribution de ces effets au sein de la population. L'ÉIS formule des actions appropriées pour gérer ces effets [1, 2].

Depuis la fin des années 1990, l'intérêt pour la pratique de l'ÉIS des politiques publiques croît de façon exponentielle dans le milieu de la santé publique. La 12^e Conférence internationale sur l'ÉIS, qui a eu lieu en juin 2012 au Québec, a en effet attiré des participants provenant de près de quarante pays différents, représentant tous les continents. Une telle participation à une période marquée par des restrictions économiques témoigne non seulement de la force de l'intérêt mais aussi du caractère universel de l'ÉIS.

Les origines

Le terme « évaluation d'impact sur la santé », présenté le plus souvent par son acronyme ÉIS en français, est une traduction du vocable *Health Impact Assessment (HIA)* établi par le milieu anglo-saxon où s'est d'abord déployée cette pratique, notamment dans les pays du Royaume-Uni. La traduction française peut toutefois porter à confu-



© Sophie Chivet/Agence VU

sion. En effet, le terme évaluation dans le domaine de la santé se rapporte habituellement aux évaluations rétrospectives et renvoie à un champ de recherche et de pratique bien codé. Or, l'ÉIS est surtout une question d'estimation des effets potentiels, tant positifs que négatifs, traitée préalablement à la prise de décision. De plus, elle accorde une large place aux savoirs de toute nature. Le terme « étude » d'impact a parfois été utilisé pour présenter cette réalité [3], mais ce choix n'a pas résolu le problème de la confusion avec l'approche utilisée dans le domaine environnemental. Au Québec [4], et main-

tenant en Suisse romande [5], le terme évaluation d'impact sur la santé est accepté à défaut d'avoir trouvé une meilleure option à la traduction du mot *assessment* qui lui, introduit mieux l'idée d'appréciation (sans la connotation de jugement ou de contrôle) qui caractérise l'exercice de l'ÉIS.

Éclairer en amont toute décision publique

L'ÉIS a d'abord été utilisée dans le contexte des évaluations d'impact environnemental des grands ouvrages susceptibles de porter atteinte à l'environnement naturel. Dans ce cas, elle

mobilise surtout les sciences de l'épidémiologie et de la toxicologie. Avec le développement des connaissances sur les déterminants socio-économiques de la santé et la prise de conscience de l'importance des conséquences sur la santé des décisions prises dans toutes les sphères de la vie en société, s'est imposé l'idée de la pertinence de l'ÉIS pour toute décision publique et ce, dans les secteurs de la décision gouvernementale qui peuvent avoir un effet marquant sur les conditions qui modulent la santé de la population [6]. Le consensus de Göteborg, établi en 1999 [7] entre plusieurs instigateurs de l'ÉIS sous l'égide du bureau européen de l'OMS, est venu jeter les fondements de cette pratique; ce consensus réussit à intégrer les principes et les valeurs portés par la santé environnementale, la promotion de la santé et le courant de la lutte aux inégalités sociales de santé [6]. Aussi, pouvons-nous avancer aujourd'hui que l'ÉIS est une approche intégratrice des différentes écoles de pensée de santé publique. Elle est basée sur une vision holistique de la santé qui fait appel à une certaine multidisciplinarité et elle s'incarne dans une démarche standardisée¹ qui valorise la rigueur scientifique et qui poursuit l'idéal des prises de décision publique basées sur des données factuelles.

L'ÉIS comme démarche intersectorielle

En clair, l'ÉIS vise à informer les décideurs sur les effets potentiels de leur projet sur la santé et les inégalités afin de suggérer, le cas échéant, des modifications dans le sens de la santé tout en tenant compte de leurs objectifs propres. Idéalement, la démarche ÉIS se déroule dans une dynamique intersectorielle permettant de conjuguer les connaissances de santé publique avec celles que détiennent les parties prenantes concernées par le projet de politique, les citoyens qui seront touchés par celle-ci et les responsables de la politique.

Si une telle approche semble exigeante, elle a le mérite de pouvoir contextualiser les informations scientifiques obtenues de la littérature ou

CANADA, ÉTATS-UNIS, PAYS DE GALLES : TROIS EXEMPLES D'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

• Projet résidentiel dans une petite municipalité du Québec (Canada)

Le projet de développement résidentiel (aménagement de la commune) a fait l'objet d'une première expérience d'ÉIS. Une petite équipe composée essentiellement de deux professionnels de santé publique (paliers régional et local) a mené les premières étapes de la démarche en impliquant le maire et la directrice générale de la municipalité. D'un commun accord, cinq aspects liés au projet ont fait l'objet d'une analyse plus poussée : la sécurité routière, le transport actif et sécuritaire vers l'école primaire, l'aménagement des pistes cyclables, le bruit causé par le passage de motoneige l'hiver et la connectivité sociale. La revue de littérature et la consultation d'experts ont permis de proposer des ajustements au design initialement élaboré par l'urbaniste. Toutes les recommandations proposées par l'équipe ÉIS qui avait pris en compte les capacités réelles du milieu ont été acceptées par le décideur.

Tremblay É. *Évaluation d'impact sur la santé du projet de développement domiciliaire à Acton Vale : rapport sur les impacts potentiels et recommandations*. Longueuil (Québec) : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012 : 30 p. En ligne : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/eis.fr.html>

auprès des experts de contenus, de trouver des solutions de rechange réalistes et appropriées dans le contexte spécifique de la politique et surtout, de favoriser un partage des connaissances et une prise de conscience des partenaires concernant les déterminants de la santé et les impacts de leurs décisions sur les conditions qui favorisent ou non la santé. Ainsi, les retombées d'une démarche ÉIS vont bien au-delà du projet analysé [8].

• Projet d'un nouveau trajet rapide pour autobus (États-Unis)

En 2012, une ÉIS sur un projet de nouveau trajet rapide d'autobus dans un quartier défavorisé a été menée en collaboration avec des groupes de la société civile et des citoyens. Ceux-ci ont fait valoir leurs préoccupations et ont influencé le choix des déterminants de la santé à examiner, soit l'accessibilité aux biens et services, la sécurité routière et la sécurité aux points d'arrêt ainsi que la qualité de l'air. De très nombreuses suggestions ont émergé, notamment pour prendre en compte la situation des personnes vulnérables et pour améliorer le projet au regard de ces quatre aspects, et elles ont été reprises dans le document final de planification du district.

Harris C., Purciel-Hill M., Puccetti K., Zimmermann A., Pong D., Horner J. *Health impact assessment of the East Bay Bus Rapid Transit (BRT)*. Project. Oakland (USA) : Human Impact Partners, UC Berkeley Schools of Public Health and City & Regional Planning, 2012 : 144 p. En ligne : [http://www.humanimpact.org/projects #Home1](http://www.humanimpact.org/projects/Home1)

• Projet de développement local (pays de Galles)

Au pays de Galles, une ÉIS rapide a été menée sur la stratégie de développement local que s'approprièrent à adopter les autorités locales. L'ÉIS a inclus une rencontre de consultation avec plusieurs représentants du territoire concerné et une revue de littérature. En s'intéressant aux conditions qui favorisent les saines habitudes de vie et le développement social et économique, l'équipe ÉIS a été en mesure de formuler des recommandations au regard des trois priorités mises de l'avant par la stratégie : le logement, l'emploi et la revitalisation qui vont dans le sens de la santé et la réduction des inégalités.

Green L., Cantwell M., Cowan G. *Report on the Rapid Health Impact Assessment of the Preferred Strategy of the Local Development Plan*. Wrexham (R.U.) : Cardiff Institute of Society, Health and Ethics, 2008 : 32 p. En ligne : www.wales.nhs.uk/sites5/docopen.cfm?orgId=522&id=96609



© Olivier Coulange/Agence VU'

« L'ÉIS CONSTITUE UNE DÉMARCHE SCIENTIFIQUE RIGOREUSE, MAIS QUI ÉVOLUE EN TERRAIN NON PRÉVISIBLE. »

Qu'en est-il de l'efficacité de l'ÉIS ?

Le partage des connaissances sur les déterminants et de la responsabilité sociétale au regard de la santé et des inégalités fait d'ailleurs partie des principales retombées de l'ÉIS. Les études qui ont été menées jusqu'à maintenant pour vérifier les effets de l'ÉIS affirment que s'il est impossible de statuer avec certitude sur l'amélioration de la santé de la population due aux ÉIS, compte tenu de la complexité des interdépendances entre les différentes influences et les effets à long terme des politiques, les gains les plus probants sont ailleurs. Le renforcement des collaborations intersectorielles pour la santé, l'amélioration du processus de décision des politiques publiques (par l'apport de données factuelles et d'une participation citoyenne) et une prise en compte systématique des effets différenciés selon les groupes de la population sont les principaux bénéfices de l'ÉIS [8]. Une étude coût-efficacité est aussi arrivée à des résultats positifs tant pour la société en général que pour les respon-

sables de politiques puisqu'une ÉIS peut leur éviter des décisions aux conséquences non voulues voire dans certains cas irréversibles [9].

Une pratique toujours au stade d'innovation

Avec l'accroissement des expériences, de la recherche et du réseautage international, les standards de pratique se sont précisés et étendus, ce qui favorise l'établissement d'une communauté de pratique et une certaine consistance dans les modes opératoires. Toutefois, l'ÉIS doit s'adapter aux différents contextes. La nature du projet de politique, les objectifs de chacun, l'accessibilité aux informations scientifiques, la capacité et la possibilité de consulter la population, le temps imparti pour faire l'ÉIS, figurent parmi les éléments à considérer pour prendre en compte les impératifs singuliers de la situation. Quiconque s'est aventuré dans la pratique intersectorielle en connaît la

EN SEINE-SAINT-DENIS, L'ARS ÉVALUE L'IMPACT D'INFRASTRUCTURES DE TRANSPORTS SUR LA SANTÉ

L'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, qui a inscrit la réduction des inégalités sociales de santé au rang de ses priorités, initie un projet expérimental d'évaluation des impacts sur la santé (ÉIS) sur le territoire de la communauté d'agglomération de Plaine-Commune (département de Seine-Saint-Denis). Cette première ÉIS en Île-de-France porte sur les politiques de transports, problématique au cœur des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, identifiée par les élus eux-mêmes et inscrite dans le cadre du contrat de développement territorial (CDT) de Plaine-Commune. Ce territoire prévoit en effet, une densification massive des transports dans les prochaines années notamment dans le cadre du Grand Paris¹.

L'équipe d'évaluateurs de l'ÉIS est constituée de deux personnes-ressources de l'ARS et de l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France, appuyées par des experts-associés en lien avec les parties prenantes concernées par les projets retenus. Ses travaux consisteront à formuler

des recommandations pour maximiser les impacts positifs potentiels et atténuer les impacts négatifs identifiés sur la santé de ces projets transports.

Cette ÉIS devrait permettre d'apporter un nouvel éclairage aux décideurs et aux aménageurs en proposant des pistes d'amélioration des projets sur des aspects habituellement peu ou pas pris en compte comme la santé ou les inégalités. Elle est soutenue par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) qui finance notamment l'accompagnement et les formations réalisées par le centre de collaboration Impact, rattaché à l'université de Liverpool et expérimenté dans la réalisation d'ÉIS.

Alexandra Auclair, chargée de mission en promotion de la santé, Dater, Inpes.

Anne Laporte, responsable de la cellule ingénierie et appui méthodologique, ARS Île-de-France.

Muriel Dubreuil, chargée d'études Santé-environnement et Urbanisme, ÉIS, ORS Île-de-France.

1. Le projet Grand Paris, lancé en 2007, vise à transformer la métropole parisienne d'ici 2030. L'objectif général est de maintenir la position de l'Île-de-France parmi les grands pôles économiques mondiaux. L'aménagement des transports est au centre du projet pour désengorger et mieux desservir la métropole.

L'ESSENTIEL

-
- ▶ L'évaluation d'impact sur la santé est une démarche nouvelle qui se développe rapidement à l'international.
- ▶ Il s'agit d'évaluer l'impact de tout projet ou politique (industriel, d'urbanisme, de logement, de loisirs, culture, etc.) avant sa mise en œuvre.
- ▶ Mesurer donc l'impact sur la santé des populations concernées, dans un sens global (qualité et conditions de vie).
- ▶ Louise Saint-Pierre en résume les enjeux, importants puisqu'il s'agit de placer la santé au-dessus de toute décision. Avec une vigilance particulière afin qu'un projet ne participe pas à l'aggravation des inégalités sociales de santé mais, au contraire, contribue à la réduction des disparités.

complexité. À cela, il faut ajouter le contexte particulier de la décision politique où les intérêts sont nombreux et parfois conflictuels. Ainsi, l'ÉIS constitue une démarche scientifique rigoureuse, mais qui évolue en terrain non prévisible et mouvant.

L'ÉIS s'impose actuellement – en tout cas au niveau des analystes des grandes instances internationales de la promotion de la santé –, car elle permet de répondre aux défis sanitaires du XXI^e siècle [10]. Mais elle demande aux organisations de santé publique d'innover pour offrir les conditions organisationnelles nécessaires, assurer le développement des capacités requises et favoriser l'instauration d'une culture professionnelle propice. La résistance à la pratique de l'ÉIS, à la fois chez les professionnels de santé publique et chez les décideurs, vient le plus souvent d'une méconnaissance des buts poursuivis par l'ÉIS et de la crainte d'une intrusion dans les champs de compétences respectifs. Il a été établi dans ce domaine que, comme pour toute pratique innovante, la meilleure façon d'aborder l'ÉIS est de débiter sur une base exploratoire en visant des projets d'envergure modeste susceptibles de mener à de petits succès favorisant ainsi les apprentissages par l'action et l'établissement

des relations de confiance entre les organisations de santé publique et leurs partenaires [11].

Conclusion

L'évaluation d'impact sur la santé gagne en popularité. Elle est maintenant promue non seulement par les autorités sanitaires telles que l'OMS, mais aussi par des organisations internationales comme les Nations unies et l'Union européenne comme une des voies d'action pour parvenir à des politiques qui favorisent la santé et la réduction des inégalités. Associée à ses débuts à une pratique hautement technique réservée à des experts, elle s'est démocratisée peu à peu. L'ÉIS est dotée d'un impératif de rigueur scientifique nécessaire à sa crédibilité, mais à un degré compatible avec les besoins en cause, et elle intègre d'autres types de savoirs portés par une variété d'acteurs. Les défis sont nombreux et les résultats pas toujours visibles. Ainsi, les recommandations formulées au terme d'une ÉIS ne sont pas nécessairement intégrées systématiquement dans la prise de décision. Toutefois, la démarche d'ÉIS entreprise sur un mode collaboratif avec les décideurs, les parties prenantes et les groupes de la population engendre des prises de conscience qui peuvent transformer de façon durable la perception des personnes impliquées sur les conditions qui créent la santé et aussi les inégalités de santé. Par son potentiel de favoriser de telles transformations sociales, l'ÉIS est une stratégie qui mérite qu'on lui accorde une grande attention dans les années à venir. ■

1. Pour une vue d'ensemble des étapes de la démarche ÉIS, le lecteur peut se référer au lien suivant : http://www.ccnpps.ca/100/publications.ccnpps?id_article=43

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Quigley R., den Broeder L., Furu P., Bond A., Cave B., Bos R. Health Impact Assessment International Best Practice Principles. Fargo (USA): International Association for Impact Assessment, *Special Publication Series* No. 5, 2006 : 4 p. En ligne : www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf

[2] National Research Council. *Improving Health in the United States: The role of Health Impact Assessment*. Committee of Health Impact Assessment. Washington: The National Academy Press, 2011 : 208 p. En ligne : http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13229

[3] Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-santé francophones. *Étude de l'impact sur la santé: principaux concepts et méthodes proposées. Consensus de Göteborg*, 2005. En ligne : www.ssevents.uvsq.fr/IMG/pdf/gothenburgpaper.pdf

[4] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Guide pratique. Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec*. Québec : MSSS, 2006 : 30 p. En ligne : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/fdeb9f49b9032ac98525726400698644?OpenDocument>

[5] Diallo T. *Guide d'introduction à l'Évaluation d'Impact sur la Santé en Suisse*. Genève : Plateforme suisse sur l'évaluation d'impact sur la santé (plateforme ÉIS), Promotion Santé Suisse, 2010 : 60 p. En ligne : http://www.impactssante.ch/spip/article.php3?id_article=101

[6] Harris-Roxas B., Viliani F., Bond A., Cave B., Divall M., Furu P., et al. Health Impact Assessment: the state of the art. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 2012, vol. 30, n° 1 : p. 43-52. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1080/14615517.2012.666035>

[7] WHO Regional Office for Europe. *Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. (Gothenburg consensus paper)*. Brussels: European Centre for Health Policy, 1999: 10 p. En ligne : www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44163

[8] Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J., dir. *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2007: 291 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf

[9] O'Reilly J., Trueman P., Redmond S., Yi Y., Wright D. *Cost benefit analysis of health impact assessment - final report*. London: York Health Economics Consortium for the Department of Health, 2006: 49 p. En ligne : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_063021

[10] Kickbusch I. *Healthy Societies: Addressing 21st Century Health Challenges*. Final report. Adelaide Thinkers in Residence. Adelaide: Government of South Australia, 2008: 60 p. En ligne : <http://www.thinkers.sa.gov.au/Reports/default.aspx>

[11] Harris-Roxas B.F., Harris P.J. Learning by doing: the value of case studies of health impact assessment. *New South Wales Public Health Bulletin*, 2007, vol. 18, n° 9-10 : p. 161-163.

Les premiers pas dans l'évaluation d'impact sur la santé en France

Françoise Jabot,
enseignant-chercheur,
département Sciences
humaines, sociales et des
comportements de santé,
École des hautes études
en santé publique (EHESP),
Rennes, laboratoire EA 4360,
Apemac, université Nancy-1,
Anne Roué-Le Gall,
enseignant-chercheur,
département Santé-
Environnement-Travail,
École des hautes études
en santé publique (EHESP),
Rennes.

Alors que la démarche d'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) existe depuis une vingtaine d'années et s'intensifie au niveau international, la France débute à peine l'exercice. Si l'intérêt pour le sujet semble aujourd'hui manifeste, le concept est encore mal connu et objet de confusion, les uns y voyant une évaluation centrée sur l'impact des interventions de santé, les autres l'assimilant à la notion d'évaluation des risques sanitaires.

Cet article propose une illustration concrète de la démarche à partir de trois expériences françaises dans lesquelles l'École des hautes études en santé publique (EHESP) est impliquée.

La première ÉIS a été expérimentée en 2008 par la Ville de Rennes, en partenariat avec l'association Santé et développement durable (S2D)¹, sur un établissement d'accueil de jeunes enfants dans une optique affichée de développement durable. Centrée sur dix thématiques², elle a conduit à la formulation de recommandations visant une amélioration des pratiques et du fonctionnement général de la crèche pour une meilleure prise en compte de l'environnement et de la qualité de vie³. Cette étude a été le point de départ d'initiatives qui ont élargi tant la réflexion que le cercle des acteurs

impliqués, avec la mise en place d'un groupe de travail associant la ville et la métropole rennaise, l'agence régionale de santé, l'association S2D et l'EHESP, en vue de promouvoir la démarche. D'autres villes s'intéressent à la démarche ou l'ont expérimentée (notamment Toulouse, Saint-Quentin-en-Yvelines, Lyon, Brest, Paris). À l'échelon régional, une ÉIS est en cours dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) sur des projets urbains. Au niveau national, plusieurs faits ont témoigné en 2010 d'un mouvement en faveur des ÉIS, notamment la tenue d'un séminaire national sur le sujet [1]. Récemment, la direction générale de la Santé a mandaté un groupe de travail⁴ en vue de construire un guide méthodologique à l'intention des agences régionales de santé chargées de formuler un avis sanitaire sur les documents d'urbanisme et projets d'aménagement urbains [2].

L'ÉIS en pratique

La démarche ÉIS se déroule en plusieurs étapes : juger du bien-fondé de l'exercice; délimiter le cadre de l'étude; estimer les effets sur la santé; formuler des recommandations; assurer le suivi. Les expériences relatées ne sont pas toutes au même stade d'avancement.

Une ÉIS appliquée à un projet de rénovation urbaine : Rennes

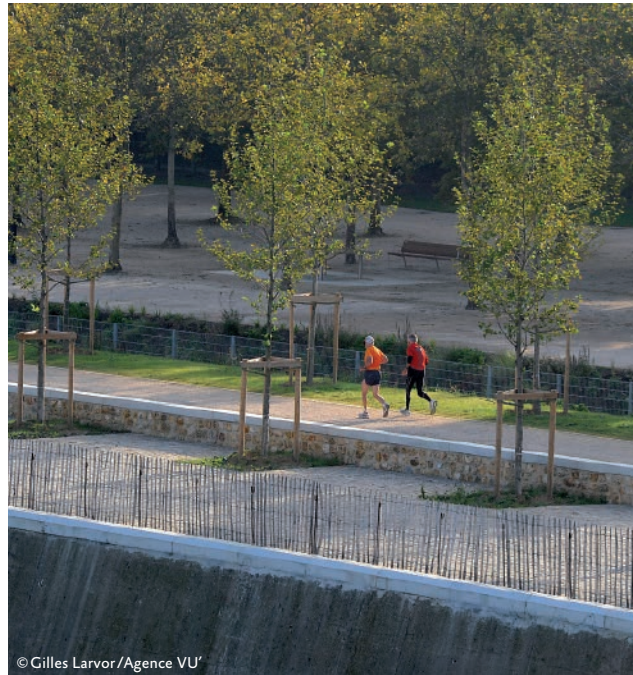
Consacrée Ville-santé OMS depuis 1987 et promotrice d'une politique urbaine tournée vers le développement durable, la Ville de Rennes a souhaité approfondir son expertise ÉIS dans le champ de l'urbanisme. Le projet de

réaménagement de la halte ferroviaire de Pontchaillou, lancé en 2011, visait la mise en accessibilité des quais de desserte et plus largement la restructuration d'un espace urbain délabré, peu accessible, à l'intersection de plusieurs lieux de vie (quartier d'habitat social, lycées et universités, CHU), lieu de mixité sociale et carrefour de déplacement associant plusieurs modalités (métro, bus, station de vélos, train). Il prévoyait la restructuration des quais, l'allègement des flux de déplacement entre les quartiers et la construction d'un bâtiment qui soit un lieu de vie et de convivialité pour les quartiers situés de part et d'autre de la voie ferroviaire. La taille du projet (échelle d'un quartier), le contenu (associant habitat, activités, infrastructures) et le fait qu'il soit en phase initiale constituaient de bons critères pour réaliser cette seconde ÉIS. Par ailleurs, la présence d'un hôpital tout près de ce site était perçue comme une opportunité pour sensibiliser les différents acteurs. Mandaté par les élus, le groupe de travail en place depuis 2008 a accompagné la démarche en associant aux différentes étapes les parties prenantes du dossier. Le périmètre de l'étude initialement limité à la halte a été élargi pour prendre en compte l'ensemble du quartier comme espace de vie collectif. Il s'agissait d'identifier dans quelle mesure les réaménagements étaient susceptibles d'affecter la santé de la population. Ceci a conduit le groupe à s'entendre sur une vision de la santé au sens large (santé/qualité de vie), à repérer les déterminants de la santé les plus spécifiquement concer-

nés (alimentation, logement, revenus, réseaux de solidarité, etc.) et à estimer dans quelle mesure ces derniers étaient affectés par le projet. Une grille a été élaborée afin de renseigner pour chacun d'eux, les impacts potentiels estimés à partir d'informations recueillies auprès des bénéficiaires et des professionnels, ainsi que par des observations de terrain. La réalisation et la superposition de cartographies (flux de véhicules, déplacements des piétons et cyclistes, bâti et espaces verts) ont permis de mettre en évidence les zones de risques et d'apprécier la répartition et l'accessibilité des espaces verts, des équipements et services. L'analyse des données a conduit à la formulation de recommandations organisées en cinq thématiques (déplacements et transports, aménagement des espaces, environnement physique, bâtiment multi-services, participation des populations) en vue de garantir la sécurisation des déplacements, l'accès à des espaces apaisés et de convivialité. Une partie d'entre elles a été intégrée au rapport d'étude de réaménagement du site et les décideurs ont demandé au groupe de formuler des propositions pour faire du bâtiment multi-services, un lieu de promotion de la santé. Le travail engagé se poursuit afin d'accompagner la mise en œuvre et l'application des recommandations [3, 4].

Une ÉIS appliquée à la politique urbaine : Paca

Depuis 2010, la région Paca développe, avec l'appui de fonds européens, des projets dans trois métropoles urbaines (Marseille, Nice, Toulon). L'objectif est d'œuvrer, conformément aux orientations de la politique de cohésion européenne, à la redynamisation des aires urbaines sensibles en agissant simultanément dans différents domaines (réhabilitation des quartiers, développement économique, offre de services, retour à l'emploi, etc.). Les actions financées sont nombreuses et variées et diffèrent d'une métropole à l'autre : épicerie sociale, jardins familiaux, création d'entreprises, lieux d'accueil pour la petite enfance, apprentissage du permis de conduire pour les demandeurs d'emploi, rénovation de quartiers,



© Gilles Larvor/Agence VU'

microcrédits, etc. La préfecture de région en partenariat avec les métropoles concernées a commandé la réalisation d'une ÉIS afin d'apprécier l'impact de ces projets sur la santé des populations. Il s'agit là encore d'apprécier dans quelle mesure et par quels mécanismes les actions conduites peuvent influencer positivement ou négativement la santé (qualité de vie) des bénéficiaires. Un panel d'actions sélectionnées avec les acteurs de terrain est actuellement en cours d'analyse. L'outil de catégorisation des résultats [5] a été utilisé pour identifier les effets de ces actions et leur influence sur les déterminants de santé. Les premiers résultats seront discutés avec les différents acteurs concernés afin d'enrichir et de valider les hypothèses. Contrairement à l'exemple précédent, cette ÉIS est appliquée à des projets existants. Cependant, les recommandations qui seront formulées à la fin de l'étape d'analyse seront utiles pour orienter les décideurs dans la sélection des actions les plus favorables à la santé à retenir pour le prochain programme [6].

Une ÉIS appliquée à un dispositif : Enfance et Familles à Toulouse

La Ville de Toulouse, membre du réseau des Villes-santé, a inscrit la démarche ÉIS dans son plan municipal

de santé de 2009. L'ÉIS concerne la petite enfance, thème prioritaire de la ville. Elle a été appliquée à un dispositif existant constitué d'un ensemble de services : information des familles concernant l'accueil et les loisirs des jeunes enfants sur la ville, accueil régulier (crèche ou accueil au domicile d'une assistante maternelle), occasionnel (halte-garderie), lieu d'accueil pour les enfants et leurs parents (soutien à la fonction parentale). Le travail a été mené avec les équipes de la structure afin de déterminer les effets du dispositif dans son ensemble sur la population concernée (enfants, familles, professionnels). Quatre bénéfices potentiels ont été retenus : le développement physique, cognitif, affectif et relationnel de l'enfant, le soutien à la parentalité, l'insertion socioprofessionnelle des familles, le « vivre ensemble ». Les déterminants modifiés par le dispositif et permettant ces bénéfices ont été listés. L'outil de catégorisation des résultats a également été utilisé. Une grille d'analyse synthétisant les données relatives aux populations, les données de la littérature et les possibilités d'action a été élaborée. Pour ce premier travail, un seul bénéfice a été exploré. Comment le dispositif produit-il et encourage-t-il (ou pas) sur le territoire le « vivre ensemble » ? Le concept a été décliné en six dimensions (lien social,

participation et implication familiale, information, rencontre et mise en réseau, intégration sociale, mixité) au regard desquelles le dispositif est interrogé. Si le lien social et communautaire est défini comme l'ensemble de relations

sociales établies entre les membres d'une société, quelle est la capacité du dispositif à engager ces relations ? En quoi la structure joue-t-elle un rôle dans l'intégration sociale à travers la transmission d'une culture, l'apprentissage de la langue, les règles de vie en collectivité ? L'équité étant un concept clé, une attention particulière a été portée sur la distribution des effets selon les caractéristiques socio-économiques des familles. Les deux premières étapes de la démarche ont permis d'aboutir à une vision globale et partagée du dispositif dans son environnement.

Cette ÉIS n'est pas encore achevée. La prochaine étape sera d'approfondir l'analyse pour chacun des bénéficiaires considérés. Les apports de ce travail seront exploités dans le projet d'extension du dispositif [7].

Les ÉIS ont-elles un avenir en France ?

Dans chacune de ces expériences, le travail a été conduit en concertation avec les acteurs concernés qui se sont impliqués activement dans la démarche. Cette dernière a contribué à la construction d'un langage commun et d'une vision partagée de la politique concernée, à la mise en lien des acteurs sur le site de l'étude mais aussi au-delà. Elle a surtout permis d'éclairer la définition de la santé à des non-spécialistes et de leur ouvrir le champ d'intervention.

L'ÉIS constitue un outil innovant porté par le mouvement pour l'instauration de la santé dans toutes les politiques, initié par la Charte d'Ottawa en 1986 et clairement impulsé depuis 2006 par l'Organisation mondiale de la santé. En effet, les principes d'équité et d'égalité sur lesquels elle se fonde,

couplés à son pouvoir fédérateur des différents secteurs, constituent de réels atouts pour le déploiement de la démarche en France. Cependant, malgré ce contexte favorable, la capacité de l'ÉIS à faire évoluer un projet/une politique pour aboutir à des décisions plus respectueuses de la santé et de la qualité de vie des populations va dépendre d'une multitude de facteurs. Les ingrédients nécessaires à la réussite associent : le développement de l'expertise (via l'organisation de formations et les échanges de pratiques), un réel soutien des décideurs et des élus (quel que soit le moment où ils s'insèrent dans le processus), la capacité à mettre en œuvre l'intersectorialité (en s'entourant de personnes motivées avec un réel leadership), la disponibilité de ressources humaines et financières, la production de données de qualité tant qualitatives que quantitatives, issues de données probantes et des savoirs professionnels.

De plus, au regard des démarches initiées en France à ce jour, on constate qu'elles sont majoritairement portées par des villes membres du réseau Villes-santé, fortement sensibilisées aux enjeux du développement durable. Si ces deux aspects constituent également des gages de succès, le défi aujourd'hui est bien de rallier tous les autres secteurs à la démarche et d'en faire un véritable outil d'aide à la décision. L'accent mis aujourd'hui sur la réduction des inégalités sociales de santé repositionne les autres politiques publiques au centre de la réflexion. L'ÉIS constitue une réelle opportunité pour progresser dans cette voie. ■

1. <http://www.s2d-ccvs.fr/>

2. L'alimentation, les produits d'entretien, les transports, les consommations énergétiques, les consommations d'eau, le tri des déchets, les jeux, lameublement, les textiles, les couches.

3. <http://www.s2d-ccvs.fr/datas/actions/actes%20colloques%20francophones/9emecolloqueDK/Ateliers/AteliersDK.htm> (atelier 17).

4. Ce travail est actuellement en cours.

Les auteurs remercient tous ceux qui ont contribué aux ÉIS évoquées, et tout particulièrement : Laurine Tollec, Alain Jourden, Frédéric Aufray, Anne Vidy, Pascal Thébaud, Jean Simos (Rennes) ; Carine Gayraud, Ivan Theis, Valérie Cicchelerio (Toulouse) ; Muriel Dubreuil, Léopold Carbonnel, François Lefebvre, Christophe Angelibert, Nicole Robin, Anne Sabotier (région Provence-Alpes-Côte d'Azur).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Turgeon J., Jabot F. Évaluer l'impact potentiel des politiques publiques sur la santé : les astres sont bien alignés ! [Éditorial]. *Santé publique*, 2010, vol. 22, n° 4 : p. 363-365.

[2] Jabot F., Roué-Le Gall A. L'évaluation d'impact sur la santé : une démarche émergente France. *12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS)*, Québec, 29-31 août 2012.

[3] Roué-Le Gall A., Jabot F. L'ÉIS : une opportunité pour replacer l'humain au cœur des réflexions d'un projet de restructuration urbaine. *12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS)*, Québec, 29-31 août 2012.

[4] Tollec L., Jourden A., Vidy A., Thébaud P., Simos J. *L'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) : une démarche d'intégration des champs santé environnement dans la voie du développement durable. Application à un projet d'aménagement urbain : la halte ferroviaire de Pontchaillou à Rennes*. Développement Durable et Territoire (à paraître).

[5] Promotion Santé Suisse. *Guide pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*, 2^e version. Berne, juillet 2005 : 27 p.

[6] Dubreuil M. *Démarche d'évaluation des impacts sur la santé : étude de cas dans le cadre de trois projets urbains intégrés en région Paca*. Thèse professionnelle en vue de l'obtention du master spécialisé : enjeux pour le territoire et l'entreprise (en cours de rédaction).

[7] Gayraud C. *The Health Impact Assessment: Applying the method to an early childhood programme of the city of Toulouse – Borderouge – 3 Cocus Child and Family Center*. Mémoire pour l'obtention du Master of Public Health, EHESP, 2012.

Activité physique. Mobilités actives au quotidien.

Le rôle des collectivités

Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la Santé

Aujourd'hui, la question des mobilités quotidiennes est devenue centrale pour les collectivités, avec une double problématique, celle de répondre aux préconisations du ministère chargé de la Santé sur la nécessité de faire une activité physique (trente minutes par jour pour un adulte) et de développer des modes de déplacement écologiques, tels que le vélo, la marche, appelés également modes de déplacement « actifs ». Ainsi, pour aider les collectivités dans leur démarche de déploiement de stratégies de mobilités actives, le réseau des Villes-santé de l'OMS propose cet ouvrage, véritable guide pratique destiné aux décideurs territoriaux et aux acteurs.

Ce guide s'organise en deux parties, la



première reprenant des notions essentielles et des définitions, un rappel de l'importance du rôle à jouer des collectivités, une présentation

des plans de soutien aux mobilités actives (à l'échelle internationale, nationale et régionale), des outils sur la mesure de l'impact de l'intervention et des pistes pour calculer les bénéfices financiers de l'intervention (à titre d'exemple les auteurs présentent un calcul des bénéfices liés à l'utilisation du vélo). Cette première partie s'achève sur une présentation des étapes nécessaires à la mise en place d'une stratégie locale, depuis sa réflexion jusqu'à sa mise en place et son évaluation. En complément, les plans de soutien au développement de démarche d'implantation de mobilité active sont présentés, comme le « plan piéton » et le « contrat local de santé ». La deuxième grande partie de cet ouvrage est dédiée à la présentation d'exemples concrets d'initiatives régionales et de programmes liés aux mobilités actives, tels que deux programmes initiés par l'Inpes : la mise en place d'une signalétique piétonne dans les centres des grandes villes, pour encourager la marche à pied, et le programme lcap destiné aux collégiens.

Laetitia Haroutunian

Paris : Presses de l'EHESP, 2013, 74 p., 15 €.

Agir face aux risques sanitaires.

Pour un pacte de confiance

William Dab, Danielle Salomon

Cet ouvrage présente les limites et les points forts de l'intervention des pouvoirs publics en situation de crise sanitaire. Après un premier chapitre introductif sur la notion de risque, l'ouvrage présente les difficultés de l'État à gérer ces crises : difficultés de coordination, dysfonctionnement des politiques publiques... Les



deux chapitres suivants s'intéressent aux difficultés rencontrées dans le cadre de la réalisation d'expertises, ainsi qu'au manque de lien entre les expertises et l'action. L'ou-

vrage se poursuit sur la question des pratiques innovantes, comme l'émergence de nouveaux systèmes d'information, de nouvelles formes de dialogue et d'initiatives politiques liés à la gestion de crise. Il s'achève avec un chapitre sur la gouvernance des risques; les auteurs insistent sur les limites de la gestion sanitaire en France au sein de l'État ainsi que sur les possibilités d'amélioration, en donnant l'exemple du développement des liens de proximité. Ce livre donne ainsi des éléments de compréhension des mécanismes de prise en charge collective des risques; il est illustré de quinze études de cas de crises sanitaires françaises : produits sanguins contaminés par le prion, voitures amiantées, Chlordécone, exposition aux pesticides, etc.

L. H.

Paris : PUF, 2013, 245 p., 17 €.

La santé en France et en Europe : convergences et contrastes

Haut Conseil de la santé publique

Ce rapport compare les indicateurs de santé français aux indicateurs de la communauté européenne (*European Community Health Indicators-ECHI*). De l'espérance de vie au bien-être psychologique, du surpoids à la pollution atmosphérique, 84 thèmes – indicateurs de l'état de santé ou déterminants de la santé – font l'objet d'une fiche. Chacune des fiches comporte : une introduction, un encadré permettant de situer la France parmi les autres pays européens, la description de la situation relative de la France en Europe avec courbes et graphiques, quelques éléments sur la méthodologie, les sources et leur comparabilité et des références bibliographiques. Une dernière partie porte sur les interventions de promotion de la santé en matière de prévention du tabagisme passif.

Olivier Delmer

Paris : La Documentation française, coll. « Avis et rapports », mars 2012, 271 p., 17 €.

Également disponible en ligne (pdf) :

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapports domaine?clefr=268>



Aide-mémoire Santé publique en 12 notions

Éric Lajarge, Hélène Debiève, Zhou Nicollet

Cet ouvrage présente les grandes étapes de construction de la culture de santé publique en France à travers une approche historique et réglementaire. Les enjeux de santé publique sont examinés en deuxième partie via la démographie, l'épidémiologie, les dépenses de santé, la mise en œuvre de la loi de santé publique et la gestion des crises sanitaires. Enfin, les perspectives offertes à la santé publique concluent l'aide-mémoire, au travers notamment de la question de la démocratie sanitaire, de l'évaluation, ou encore des enjeux de la régionalisation. La promotion de la santé et l'éducation pour la santé sont très peu traitées à l'exception de l'éducation thérapeutique du patient dont les auteurs considèrent qu'elle constitue une des concrétisations des principes de promotion de la santé.

O.D.

Paris : Dunod, coll. « Aide-Mémoire/Gazette Santé Social », 2013, 247 p., 25 €.

Pour une approche globale du tabagisme. Quelques jalons.

Revue *Santé conjugulée*

La revue *Santé conjugulée* est éditée depuis 1997 par la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones (asbl) qui regroupe en Belgique plus de 95 maisons médicales implantées en Communauté Wallonie-Bruxelles. Cette fédération représente un mouvement dit pour « *une société plus solidaire, plus équitable et socialement juste* ». Elle a pour objectif général de promouvoir une politique de santé basée sur un système de santé organisé à partir des soins de santé primaires, et en particulier de soutenir les maisons médicales constituées d'équipes. L'objectif de la revue *Santé Conjugulée* n'est pas de porter la voix des maisons médicales, mais d'ouvrir un espace de réflexion et de rencontre aux acteurs et aux usagers des soins de santé primaires. Tous les trois mois, un dossier thématique et des pages « actualités » sont consacrés à des questions de politique de santé, d'éthique, à des analyses, des débats, des interviews, des récits d'expériences vécues. Le numéro 62 propose quelques jalons pour une approche globale du tabagisme. Le dossier thématique traite notamment des questions suivantes : la manipulation de l'industrie du tabac ; les législations importantes en matière de tabac et les prochaines étapes possibles ; l'approche pluridimensionnelle de la prévention tabac chez les jeunes ; les limites de la prévention en matière de tabagisme en particulier auprès des populations défavorisées ;

les actions menées par le Réseau des hôpitaux sans tabac ; une expérience à l'école pour accompagner les démarches de réglementation, de prévention et d'aide à leurs élèves fumeur. Interrogation notamment sur la liberté individuelle et le politiquement correct, etc.

Sandra Kerzant

Dossier de la revue Santé conjugulée, octobre 2012, n° 62 : p. 41-103.

En ligne, les sommaires de Santé Conjugulée : <http://www.maisonmedicale.org/-Sante-conjuguee-.html>

Gouverner les familles. Les classes populaires à l'épreuve de la parentalité.

Manuel Boucher

Ce recueil présente les résultats et les conclusions d'une enquête sociologique menée pendant deux ans dans des quartiers populaires de trois départements français (Gironde, Seine-Maritime, Puy-de-Dôme), au sein desquels des intervenants sociaux, des acteurs politico-institutionnels et des familles directement concernées par des actions de soutien à la fonction parentale. L'ouvrage décrit et analyse ce que représente la « nébuleuse de la parentalité », un système complexe dans lequel de multiples intervenants sociaux encadrent des familles. En fin d'ouvrage, l'auteur propose des orientations et des éclairages sur la parentalité en milieu populaire.

S. K.

Paris : L'Harmattan, coll. « Recherche et transformation sociale », 2011, 471 p., 46,50 €.

Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton

Alain Trugeon,
Nadège Thomas,
François Michelot,
Bernadette Lémerly



Réalisé sous l'égide de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et issu du travail d'observation des territoires mené par les ORS depuis une vingtaine d'années, cet ouvrage présente dans cette seconde édition une analyse détaillée des disparités socio-sanitaires en France (métropole et outre-mer) entre les régions (le découpage régional choisi est le canton). La première partie de l'ouvrage est dédiée à l'analyse de soixante indicateurs sociaux et sanitaires, regroupés en trois thématiques : population et conditions de vie, offre de soins, mortalité. Chacune de ces thématiques est divisée en sous-chapitres et illustrée par des représentations spatiales de la problématique.

La deuxième partie est consacrée à la mesure des évolutions de ces données au cours de la dernière décennie. Ainsi, dix-sept des soixante indicateurs indiqués dans la première partie sont repris et accompagnés de deux cartes associées, une de début et une sur la fin de la période représentée, donnant ainsi un aperçu rapide de l'évolution de la situation.

La troisième partie s'attache à présenter une classification des cantons en sept classes, regroupées par similarité des profils socio-sanitaires : zones urbanisées, zones rurales, zones avec population jeunes, etc. Chacune de ces classes est décrite de manière synthétique avec, d'un côté, une brève présentation sur une page et, en vis-à-vis de cette page, un graphique indiquant l'importance de la classe dans la région et une carte présentant sa répartition dans les régions françaises.

L. H.

Paris : Elsevier-Masson, coll. « Abrégés », 2010, 259 p., 36,50 €.

Les comportements dans le domaine de la santé. Comprendre pour mieux intervenir.

Sous la direction de Gaston Godin

Loin de la seule perspective sanitaire, cet ouvrage propose une vision sociale et culturelle des comportements liés à la santé. Son objectif est de fournir les outils théoriques permettant de comprendre et d'identifier les facteurs psychosociaux guidant l'adoption des comportements, préalable indispensable au développement de toute intervention éducative visant au changement. Gaston Godin, qui coordonne cet ouvrage collectif, rappelle utilement dans son introduction que « *le plus souvent, ce sont les motifs sociaux plutôt que ceux liés à la santé qui dictent le comportement des personnes* ». La première partie de l'ouvrage présente les théories de prédiction, celles du changement, ainsi que celles qui concernent le lien entre intention et comportement. La deuxième partie traite des interventions – planification selon l'approche de l'*intervention mapping*, développement – avec, en particulier, un chapitre sur les interventions sur mesure (*computer-tailoring*). La troisième partie présente quelques applications des théories de prédiction. On trouvera, en fin d'ouvrage, des éléments méthodologiques sur la mesure des variables théoriques et des comportements.

O. D.

Les Presses universitaires de Montréal, 2012, 326 p., 31 €.



Et la santé, on dit quoi ?

Le magazine afro de la santé

L'Inpes met en œuvre depuis plusieurs années des programmes de communication à destination des populations africaines vivant en France. L'objectif est de proposer des supports et des messages adaptés aussi bien aux spécificités de ces populations en matière de santé qu'à leurs codes culturels. Le magazine *Et la santé, on dit quoi ?* est le premier « gratuit » afro dédié à la santé. Avec cette démarche novatrice, l'Inpes souhaite inscrire la prévention et la santé dans les préoccupations quotidiennes de ses lecteurs.

Au sommaire du numéro de juillet 2013 : un entretien avec le musicien malien Salif Keïta, un dossier sur l'Afrique en marche et de multiples focus sur des thèmes de prévention : hépatite B, risques liés à l'eau, préservatif, risques solaires, accès aux soins pour tous, Planning familial, etc. Chaque thème est abordé de manière ludique et éditorialisée : dossiers, témoignages, quiz, jeux, roman-photo...

Le magazine est distribué comme les journaux gratuits devant certaines stations de métro mais également sur les marchés. Il est mis à disposition dans des lieux de vie communautaires ou des lieux de passage : boutiques alimentaires exotiques, coiffeurs afro, restaurants africains, foyers de travailleurs migrants, etc.

Et la santé, on dit quoi ? est accessible sur le site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr



équilibres

Abonnez-vous gratuitement !

Tous les mois, recevez *Équilibres*, la newsletter de l'Inpes.

- ➔ Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...
- ➔ Un panorama riche en informations et en initiatives.
- ➔ *Équilibres* s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

www.inpes.sante.fr
inpes

Les Ireps vous accompagnent

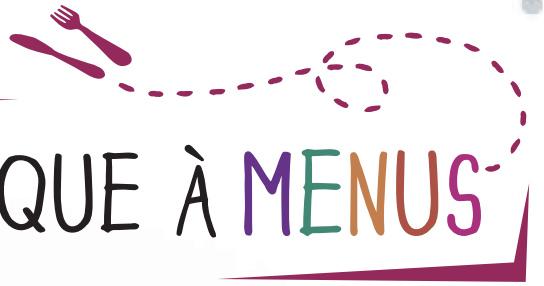
Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Évaluation
- ➔ Formation
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr

fnes
Fédération Nationale
d'Éducation et
de promotion de la Santé

AVEC



LA FABRIQUE À MENUS

MANGEZ ÉQUILIBRÉ EN SEULEMENT 3 CLICS !

Avec la Fabrique à menus, fini la panne d'inspiration ! Découvrez des idées de menus de saison variés pour manger équilibré toute la semaine en accord avec les repères nutritionnels du Programme national nutrition santé.

