



Grand entretien

La promotion de la santé
à l'AP-HP : une priorité

Adhérer

au Réseau français
Lieu de santé
promoteur de santé

Jeanne de Flandre : **Focus**
premier CHU
de France IHAB 

Agir au quotidien

Hôpitaux magnétiques :
ces établissements où il fait
bon travailler et être soignés

Écho de réseaux

Environnements favorables
à la santé : pourquoi
et comment agir ?

Outils

Intégration de la santé dans
l'urbanisme : étude de cas
de la ville de Québec

International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services : un réseau international en plein essor

DES PRÉMIÈRES AU CONCEPT

En 1988, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se penche sur la promotion de la santé à l'hôpital. Des connaissances et perspectives nombreuses qui émergent des échanges menés pendant plusieurs années sur ce thème naît en 1997 le Réseau européen des hôpitaux promoteurs de santé. Il se développera à l'échelle internationale avec la création d'un Secrétariat international *Health Promoting Hospitals* en 2004 qui élira ses instances gouvernantes en 2005. Ces instances donneront lieu à une Constitution HPH en 2008 puis à un plan stratégique l'année suivante avec la valorisation des premiers développements de cette dynamique en 2010 dans le cadre d'un Mémoire, de la création d'une nouvelle revue scientifique *Clinical health promotion* et l'organisation de congrès internationaux en Asie, aux États-Unis et en Europe. Le Réseau international compte aujourd'hui 690 membres actifs, hôpitaux, structures de santé, membres affiliés et 25 réseaux nationaux et régionaux.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN FRANCE

En France, le concept de promotion de la santé apparaît dans plusieurs textes officiels comme une préoccupation du législateur comme le démontre la loi du 31 juillet 1991 qui introduit dans les missions de l'hôpital la nécessité de prendre part à des actions de santé publique, notamment en termes de prévention et d'éducation pour la santé. Les ordonnances du 24 avril 1996 viendront structurer quant à elles la mise en place d'une politique nationale et régionale de santé publique, qui tend à réduire les inégalités de santé et prend en compte la satisfaction des usagers.

C'est dans ce contexte que naît le réseau international des hôpitaux promoteurs de santé sous la coordination de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). En instituant la notion juridique de malade, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de soins garantit à son tour une meilleure représentation aux usagers et instaure le concept de démocratie sanitaire. L'INPES aujourd'hui Santé publique France est créé et se voit confier le réseau *Health Promoting Hospitals* pour la France.

La promotion de la santé des populations et la réduction des inégalités de santé s'imposent alors avec force et la loi du 21 juillet 2009 viendra conforter le rôle des établissements de santé dans l'éducation et la prévention.

LE RÉSEAU LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

La prévention et la promotion de la santé sont aujourd'hui au cœur de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Le renouveau du Réseau international HPH pour la France, aujourd'hui Réseau français Lieu de santé promoteur de santé, s'inscrit de plein droit dans cette stratégie. Coordonné par le RESPADD, le Réseau français Lieu de santé promoteur de santé entend donner un cadre opérationnel au développement de la promotion de la santé dans les lieux de santé en s'appuyant notamment sur les ressources méthodologiques du réseau international, les bonnes pratiques existantes et les données probantes issues de la littérature.

La Revue LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

Juin 2020 – N° 4 – ISSN 2648-9414 (imprimé)

ISSN 2649-4973 (en ligne)

Directrice de publication : Anne Borgne

Directeur de rédaction : Nicolas Bonnet

Comité de rédaction : Nicolas Bonnet, Marie Camadro

Secrétariat : Maria Baraud

Ont collaboré à ce numéro : Nicolas Bonnet, Anne Borgne, Marie Camadro, Cécile Caroul, Elsa de Almeida, Thierno Diallo, Mélodie Fortier, Aurélien Georges, Béatrice Mestdagh, Pirathees Sivarajah, Oriana Villa, Jean-Guilhem Xerri

© Textes et visuels : RESPADD 2020

Cette revue bénéficie du soutien de Santé publique France

Bernard Artal Graphisme / Imprimerie Peau, Berd'huis

Tirage : 4 000 exemplaires



Communication(s) en santé.

Le thème choisi fin 2019 pour le 2^e colloque du réseau Lieu de santé promoteur de santé résonne particulièrement en cette période d'épidémie mondiale.

Les actions de communication en santé sont garantes d'une mise en œuvre de la santé pour tous.

Dès 1978, la déclaration d'Alma Ata a désigné l'information et l'éducation à la santé comme les premières parmi les huit priorités en matière de soins de santé primaires.

Selon cette déclaration, l'approche en soins de santé primaires implique : 1 – le droit des populations à connaître leurs principaux problèmes de santé et à participer à leur solution ; et 2 – le devoir des gouvernements « de favoriser et d'assurer une pleine participation des communautés à cette action (soins de santé primaires) moyennant la diffusion efficace d'informations pertinentes, l'alphabétisation et la mise en place de structures institutionnelles nécessaires pour que les individus, les familles et les communautés puissent assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être.

En 1986, la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé affirmait l'importance des communications comme une des cinq stratégies complémentaires et essentielles permettant de confier aux collectivités et aux individus le soin d'améliorer leur propre santé. Ainsi, depuis les années 80, nombre de pays se sont inscrits dans un processus actif d'utilisation des communications dans le domaine de la santé publique.

Aussi, au cours des dernières années beaucoup de choses ont été faites pour informer, éduquer, conseiller les bénéficiaires de soins. Cependant une part toujours trop importante de la population a du mal à comprendre, à traiter ou à utiliser des informations sur la santé. Il est dès lors fondamental de disposer de stratégies et de méthodes pour communiquer plus efficacement.

La crise sanitaire récente nous l'a rappelé : des mesures et interventions appliquées sans connaissance précise du niveau d'information et de la situation réelle vécue par la population peuvent être inefficaces, voire contre-productives. Il faut renforcer les mesures initiées pour contribuer à améliorer

l'information et les conseils auprès de personnes disposant de compétences en santé limitées. Les professionnels supposent parfois que les personnes en quête de conseils ont une compréhension en matière de santé similaire à la leur et disposent de compétences comparables lorsqu'il s'agit de recevoir ou traiter des informations. Les outils à développer doivent aider concrètement à déterminer les capacités de lecture, d'écriture ainsi que les compétences en santé dans le but d'aider à la planification et à la réalisation d'interventions conformes aux besoins. Les besoins concernent un vaste champ de pratiques professionnelles, allant de l'aide sociale et des consultations médicales, aux organismes publics, associations et professionnels de santé qui informent et interagissent quotidiennement avec les patients. Leurs mises en œuvre doivent utiliser des concepts didactiques appropriés en fonction des groupes cibles.

La santé demeure plus que jamais une préoccupation pour l'ensemble des gouvernements dans un contexte de multiplication des épidémies, d'augmentation de l'obésité, ou de recrudescence d'infections transmissibles, autant de problèmes de santé peuvent prendre des proportions pandémiques. Parmi les stratégies pour surmonter ces problèmes de santé, des moyens de communication adaptés peuvent amener les populations à atteindre un état de bien-être physique, mental et social.

Anne Borgne,
présidente du RESPADD



La promotion de la santé à l'AP-HP : une priorité



La qualité du système de santé français est reconnue et pourtant, la progression de l'espérance de vie ralentit depuis une dizaine d'années. La promotion de la santé apparaît comme une priorité de santé publique. Elle permet à la population de préserver sa santé et de lutter contre les causes de mauvaise santé (tabac, alcool, nutrition, infections sexuellement transmissibles, sédentarité...). La promotion de la santé relève de la responsabilité de tous et les hôpitaux ont aussi leur rôle à jouer en termes de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé.

L'AP-HP s'engage depuis de nombreuses années à développer cette activité, en déployant des actions de prévention et de dépistage dans de nombreux domaines, pour les patients et les professionnels.

En matière d'addictologie, les services de l'AP-HP prennent en charge tout public et tous types d'addictions, couvrant l'ensemble de la filière de soins. Les équipes s'investissent dans le Moi(s) sans tabac, en collaboration avec les membres du collectif en Ile-de-France, dont fait partie le RESPADD. Ce réseau, dont l'AP-HP est cofondatrice avec la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH), est un allié précieux depuis près de 25 ans, réalisant nombre d'actions au bénéfice de notre institution : diffusion de supports, organisation de rencontres professionnelles et de colloques pour les professionnels de santé, tenue de stands et distribution de substituts nicotiniques à destination du grand public et des agents lors du Moi(s) sans tabac au sein de ses hôpitaux, participation à des formations et enseignements universitaires. Par ailleurs, la mission institutionnelle FIDES, créée en 2006, met en œuvre une prise en charge globale de prévention et de soin des addictions pour le personnel médical et non médical de l'AP-HP.

En santé sexuelle, 8 Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) assurent la prévention et le dépistage de l'infection par le VIH, les IST et les hépatites, des missions de vaccination et de planning familial. L'institution s'associe aux objectifs de la Ville de Paris, engagée dans la démarche de « Vers Paris sans SIDA » à l'horizon 2030 et a développé des consultations dédiées à la Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) dans 14 hôpitaux. 13 Centres de Planification et d'Éducation Familiale proposent une prise en charge globale des problématiques de santé sexuelle.

L'AP-HP est engagée dans le dépistage du cancer et participe aux campagnes nationales « Octobre rose » et « Mars bleu ». Elle est également impliquée dans les structures de pathologies pro-

fessionnelles et environnementales en Ile-de-France, qui œuvrent pour le repérage des cancers professionnels et pour l'insertion professionnelle après un cancer.

En matière de nutrition, le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) met en place des actions notamment à destination des enfants et des personnes âgées : création en 2019 d'un dépliant « Troubles nutritionnels chez l'enfant : dépistage, prise en charge et codage de la dénutrition », organisation de la 9^e journée de la commission gériatrique du CLAN Central le 26 mars 2020 sur le thème « Continuité des soins nutritionnels et diététiques : le lien ville-hôpital, l'affaire de tous ! ».

L'activité physique adaptée joue un rôle majeur dans la réhabilitation par le sport et la prévention de rechute de certains cancers. L'AP-HP dispose de 2 plateformes pluridisciplinaires depuis plus de trois ans et d'autres services sont impliqués via des initiatives locales pour la prise en charge de l'obésité, du diabète, du cancer et de la gériatrie.

En ce qui concerne l'éducation thérapeutique du patient, 305 programmes sont mis en œuvre. Les principales pathologies sont le diabète, les maladies rares, les maladies cardio-vasculaires, les maladies neurologiques, le VIH-SIDA et le cancer. L'ETP est un moyen privilégié de s'intégrer dans la démarche globale du développement de l'autonomie en santé.

Concernant la santé mentale, les actions portent notamment sur la prévention du suicide (VigilanS 94 Val-de-Marne depuis fin 2018 ; Cellule de Régulation de l'Offre de Soins en Suicidologie courant 2020) et des situations de crise (création en 2020 d'une équipe mobile d'accès aux soins psychiatriques pour les 15-30 ans au sein du Groupe Hospitalier Henri-Mondor en collaboration avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et la Maison de l'adolescent du 94).

La prévention des violences faites aux femmes est une préoccupation institutionnelle et a fait l'objet d'un séminaire le 25 novembre 2019. Le dépistage de ces violences fait partie des missions fixées par le décret constitutif des CeGIDD. La prise en charge



de victimes de violences est effectuée par nos deux Centres régionaux du psychotraumatisme.

Pour les détenus de la Maison d'arrêt Paris La Santé et le Centre pénitentiaire de Fresnes, des tests de dépistage sont effectués pour les hépatites B et C, le VIH, la tuberculose et la syphilis.

La santé environnementale est également une priorité de l'institution, qui a organisé le 17 octobre 2019 un séminaire de formation avec un focus sur la maternité et la petite enfance.

Dans les années à venir, l'AP-HP va **poursuivre et renforcer sa stratégie de prévention et de dépistage** à travers la triple mission des CHU. Le soin, via la définition d'un plan d'actions annuel, la

mise à disposition des patients d'outils de prise en charge de plusieurs grands facteurs de risque, l'amélioration des synergies entre les acteurs du dépistage. L'enseignement, à travers le développement de l'enseignement de la médecine préventive auprès des étudiants et des praticiens ainsi que la mise en œuvre d'actions de communication auprès du grand public ou de publics cibles. La recherche, en structurant un réseau de recherche incluant les professionnels de santé libéraux et les chercheurs et en faisant de la promotion de la santé un axe de recherche valorisé dans les CHU.

L'AP-HP, en s'ouvrant sur son environnement via un travail en réseau, sera ainsi plus présente sur le terrain de la promotion de la santé. ●

Elsa De Almeida, Département de l'Organisation Médicale, AP-HP

Focus

Jeanne de Flandre : premier CHU de France IHAB avec un engagement pédiatrique

Jeanne de Flandre est l'hôpital mère enfant du CHU de Lille. Cet établissement se compose de deux pôles ; un pôle Femme Mère Nouveau-Né (FMNN) regroupant la maternité, l'une des plus grande de France, et la néonatalogie ; un pôle Enfant regroupant la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique. En 2015, Jeanne de Flandre est devenu le premier CHU à obtenir le Label IHAB pour la maternité et la néonatalogie.

L'Initiative Hôpital Ami des bébés (IHAB) est un programme de soins international créé depuis presque 30 ans par l'OMS et L'UNICEF destiné aux services de maternité et de néonatalogie. Le label IHAB permet la reconnaissance de la qualité du travail des professionnels d'un établissement autour de 3 principes qui sont : le respect du rythme de l'enfant, l'accueil des familles et le travail en réseau. Ce label est attribué pour 4 ans.

Deux ans après l'obtention du label, alors que la re-certification du pôle FMNN se prépare, le pôle Enfant et IHAB France trouvent une façon de valoriser le projet unique et inédit en France, de rendre visible leur engagement auprès des familles et de favoriser le prendre soin.

Ce projet est d'autant plus complexe que le pôle accueille des enfants de 0 à 18 ans et que le programme IHAB n'est actuellement pas envisagé pour les services de pédiatrie et chirurgie. Cependant dans un souci d'harmonisation, de logique, et de continuité de prendre soin, il nous a semblé évident de poursuivre le travail engagé par nos collègues du pôle FMNN et de créer le premier hôpital mère enfant reconnu par un label et un engagement IHAB. Il nous a été demandé de déterminer un âge pour le projet, même si nous allions tous profiter des outils et procédures mis en place par la démarche. Notre engagement va de pair avec le projet des 1000 premiers jours qui se définit par la prise en charge optimale des enfants et de leur famille, de la grossesse aux deux ans de l'enfant ; et notre pôle est engagé dans le soutien à l'allaitement maternel depuis plus de six ans, en lien direct avec



les recommandations de l'OMS ; c'est pourquoi nous avons statué sur un engagement pour les nourrissons soit les 0-2 ans.

Cette démarche, qui a permis d'accentuer l'union entre les deux pôles, a donné lieu à de nouvelles collaborations entre équipes. Notamment sur le travail du peau à peau, les échanges lors de formations pour les référents IHAB du pôle Enfant, la collaboration plus importante entre consultante, le projet d'écrire nos gazettes en commun, l'accès aux mêmes formations sur le portage...

En juin 2019, le pôle FMNN obtient la re-certification IHAB et le pôle Enfant obtient l'engagement IHAB. Jeanne de Flandre est le premier CHU de France à obtenir cette reconnaissance. Ce projet apporte une reconnaissance de la qualité de notre travail ainsi qu'une légitimité de notre philosophie. ●

→ QUELQUES CHIFFRES

- 5 647 naissances en 2020
- 173 lits en gynéco-obstétrique
- Personnel de la maternité 303 dont 12 consultants en lactation certifiés IBCLC
- Personnel de néonatalogie : 188 dont 5 consultants en lactation certifiés IBCLC
- Taux d'initiation à l'allaitement : 74,1 %
- Taux de poursuite de l'allaitement à la sortie : 70,4 %
- Personnel du pôle Enfant : 105 effectif médical et 544 ETP non médical, 1 consultante en lactation
- Nombre d'hospitalisations : 9 179 dont 41 % de nourrissons

Cécile Caroul, Béatrice Mestdagh, CHU de Lille

HÔPITAUX MAGNÉTIQUES : ces établissements où il fait bon travailler et être soignés



D'où viennent les *Magnet Hospitals* : les grands principes

Dès 1983, l'étude qualitative de McClure mettait en lumière les hôpitaux capables d'attirer du personnel soignant et de le retenir. Menée auprès de 41 hôpitaux, l'étude concluait sur le concept d'«hôpital magnétique» se développant aux États-Unis puis au Canada comme un «label», en particulier dans les hôpitaux où le **turn-over des infirmières était problématique**, et impactait la prise en charge des patients.

Les hôpitaux dits magnétiques se distinguent d'abord par **l'autonomisation professionnelle et la valorisation du personnel soignant dans le soin (empowerment ou empouvoirement)**. Celles-ci se traduisent dans la montée en compétences du personnel soignant, via la formation, et l'affirmation de leur leadership avec la participation à la co-construction des projets.

La bonne collaboration avec le personnel médical et la reconnaissance du travail infirmier et paramédical par les médecins, le personnel administratif (directeurs et fonctions support etc.) mais aussi les patients favorisent l'écoute, la cohésion d'équipe et le dialogue social. Ces relations positives facilitent la conduite du changement au sein des hôpitaux.

Un facteur clé de succès dans les hôpitaux magnétiques est le **focus patient**, dont l'amélioration de la qualité des soins constitue l'objectif principal du projet d'établissement «magnétique». La majorité des projets et démarches est conçue **au service du bien-être et de la santé du patient**.

On compte désormais près de 500 hôpitaux labellisés «magnet hospitals» aux États-Unis en 2018. Les cliniques de Cleveland et l'hôpital Brigham and Women de Boston constituent des exemples connus et reconnus.

Quels résultats pour les hôpitaux magnétiques ?

Plusieurs comparatifs entre établissements «hôpitaux magnétiques» et établissements «non-magnétiques» montrent des résultats probants (selon l'étude communiquée par la HAS sur 850 établissements nord-américains) :

- **en matière de Santé au travail et Ressources Humaines**, les hôpitaux magnétiques affichent moins d'accidents du travail, moins d'exposition au burn-out, moins d'absentéisme médical et paramédical, moins de turn-over et une meilleure attractivité au recrutement ;
- **en termes d'attitudes au travail et de qualité de vie au travail**, les hôpitaux magnétiques montrent une plus forte satisfaction au travail du personnel, une plus forte implication au travail, moins d'intention de quitter l'établissement, un meilleur équilibre vie professionnelle/vie personnelle. Également, la perception des soignants est meilleure sur la qualité des soins, le climat de sécurité, la productivité et l'efficacité ;
- **la qualité des soins et l'expérience des patients** sont aussi nettement améliorées : des taux de mortalité plus faibles sur les mêmes pathologies et des risques similaires, moins d'erreurs et d'accidents liés aux soins, une satisfaction des patients plus forte et moins de plaintes et de réclamations auprès des établissements.

« **Déjà, une culture du soin centrée sur les besoins du patient. Ensuite, un leadership transformationnel, qui motive les soignants et leur donne envie de s'engager. Le management participatif, lui, les place en capacité d'agir sur leur travail. Quant au climat relationnel entre les médecins et les soignants, il doit permettre une collégialité dans la prise de décision : une relation sur un pied d'égalité, chacun dans son expertise.** »

Matthieu Sibé, Université de Bordeaux,
article pour *Le Monde*



En Europe et en France, les exemples de la clinique Pasteur et du centre hospitalier de Valenciennes

Né en Belgique, le projet **ARIQ (Attraction, Rétribution, Implication des infirmières et Qualité des soins)**, s'est mis en place en Europe en s'inspirant du concept des hôpitaux magnétiques.

C'est dans cet esprit que la clinique Pasteur à Toulouse a mis en place une démarche ARIQ, pensée comme un projet participatif, avec un comité de pilotage constitué d'une infirmière (IDE) et d'une aide-soignante (AS) de chaque service (MCO, hospitalisation à domicile) et quelques cadres de santé. Le **projet ARIQ** a notamment permis d'assurer le développement des **activités de recherche et la montée en compétences des IDE** devenues infirmières de pratiques avancées ou cliniciennes. Une fois par an, les résultats des évaluations des pratiques (sur les indicateurs : autonomie au travail, valeur au travail, relations professionnelles et accomplissement du rôle professionnel) sont présentés à la **communauté médico-soignante**.

Le CH de Valenciennes s'est également impliqué dans la culture de l'hôpital magnétique. Dans cet établissement, la satisfaction du personnel infirmier et la satisfaction des usagers sont ainsi étroitement liées. Le travail sur un meilleur accueil du personnel, la création d'un parcours de cadres infirmiers, la visibilité et la coordination des projets, une meilleure prévention des risques psycho-sociaux, l'identification des compétences et la mobilité des professionnels constituent les points forts du projet d'établissement.

Il s'agit d'une nouvelle stratégie pour les établissements de santé et médico-sociaux, c'est la prise en compte de la nécessité de soigner également la **marque employeur d'un hôpital** : attractivité et fidélisation des personnels médico-soignants pour être un **établissement qui soigne et accompagne les patients et prend soin de son personnel**.

L'accompagnement Mazars pour la mise en œuvre d'un projet ARIQ/hôpital magnétique

La mise en œuvre d'un projet ARIQ/ou hôpital magnétique dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, publics ou privés, s'inscrit en cohérence avec les convictions Mazars : co-construction des projets, interprofessionnalité et décloisonnement, culture de la bienveillance et démarche Qualité de vie au travail (QVT), prise en compte de l'expérience patient, innovation managériale, performance et qualité en sont les piliers. Nous sommes convaincus que l'expérience patient et l'expérience personnel hospitalier sont étroitement liées.

Ainsi nous accompagnons les établissements pour concevoir, construire, et concrétiser les projets ARIQ et hôpitaux magnétiques autour de modalités différentes en adéquation avec le contexte et les besoins de l'établissement. Notre accompagnement est sur-mesure en fonction de vos besoins et de votre identité d'établissement :

- session d'inspiration, de benchmark et d'éveil aux innovations managériales et organisationnelles auprès des cadres, responsables médicaux et directeurs ;
- mission de diagnostic et de prise de conscience de vos axes de transformation nécessaires ;
- conseil à la conception de projet d'établissement ARIQ et hôpital magnétique ;
- animation d'ateliers participatifs, collaboratifs et collectifs pour mobiliser les acteurs et élaborer les solutions opérationnelles et concrètes ;
- expérimentation avec des équipes pilotes pour être au plus près du terrain en parallèle de la démarche institutionnelle pour assurer des résultats concrets, rapides et visibles ;
- mise en place des indicateurs d'évaluation des politiques ARIQ et hôpital magnétique basée sur les démarches d'amélioration continue ;
- formation aux fondamentaux d'un projet ARIQ et hôpital magnétique (posture du manager, animation d'un collectif de soins, savoir-être et savoir-faire du manager ...) ;
- coaching individuel et collectif des cadres, responsables médicaux et directeurs.

Nos accompagnements sont menés avec nos **consultants issus de 6 pôles d'expertises complémentaires et hybridés** : santé, secteur public, conduite du changement, communication, formation et concertation. **La boussole qui nous guide au quotidien** : une triangulation équilibrée entre sens, humain, excellence & innovation. ●

M. Fortier, P. Sivarajah, Mazars

Pour aller plus loin :

- https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Les_hopitaux_magnétiques.pdf (article de synthèse de Brunelle Y, 2009)
- https://www.lemonde.fr/sciences/article/2017/01/16/hopital-aimant-cherche-personnel-a-fideliser_5063599_1650684.html
- <https://my.clevelandclinic.org/departments/patient-experience/depts/quality-patient-safety/performance-reports/cleveland-clinic-main-campus>

Environnements favorables à la santé : pourquoi et comment agir

En Suisse, plus de la moitié des décès prématurés sont dus aux maladies non transmissibles (MNT) telles que le cancer ou les maladies cardiovasculaires. Les MNT constituent entre 40 et 80 % des coûts du système de santé suisse selon les maladies prises en compte. C'est un problème majeur de santé publique qui va se renforcer avec le vieillissement de la population.

Bon nombre de MNT peuvent être influencées par le style de vie individuel. Les principaux facteurs d'influence sont connus : tabac, alcool, alimentation et activité physique. La mise en œuvre de comportements de vie sains permet de prévenir certaines maladies. Cependant, ces mêmes comportements sont fortement influencés par l'environnement dans lequel vit la population, il est donc primordial d'agir à un niveau structurel et sur le long terme.

Un exemple concret : le développement du réseau piéton

« L'attractivité, la sécurité, la connectivité et l'accessibilité d'un cheminement mèneront un individu à privilégier la marche plutôt qu'un mode de transport motorisé », indique le site environnements-sante.ch. Ainsi, pour favoriser la santé des habitant-e-s, l'un des premiers conseils donné est de garantir l'accessibilité des quartiers au réseau de transports en commun ou encore de créer des chemins sécuritaires pour faciliter les déplacements des piétons.

Un environnement favorable à la santé est un environnement qui exerce une influence positive sur l'état de santé des individus, en facilitant les choix bénéfiques à la santé. Concevoir des milieux de vie propices à la santé signifie donc améliorer la qualité de vie des habitant-e-s, diminuer le risque de MNT dans la population, réduire les coûts du système de santé. Opérer sur les environnements permet également d'agir contre les inégalités sociales de la santé, car les mesures déployées permettent d'atteindre les populations vulnérables en ciblant l'intervention sur un milieu de vie donné (un quartier défavorisé par exemple), avec l'avantage d'un impact sur un grand nombre de personnes et un effort individuel moindre.

Pour ces raisons, le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté (www.unisante.ch) assure la mise en œuvre du projet **Environnements favorables à la santé**, co-financé par la Direction Générale de Santé du canton de Vaud ainsi que par la Fondation Promotion Santé Suisse.

Le projet vise à :

- recenser et promouvoir les mesures structurelles de promotion de la santé, qui permettent de créer des environnements favorables à la santé ;
- sensibiliser les différents acteurs concernés (autorités publiques, professionnel-le-s de santé, professionnel-le-s d'autres métiers impliqués dans la santé et qualité de vie des personnes, etc.).

Depuis 2016, la plateforme en ligne, environnements-sante.ch, propose une cinquantaine d'exemples concrets pour sensibiliser et motiver tant les partenaires privés que publics aux environnements favorables à la santé.

Exemples d'environnements favorables

On parle généralement d'environnements au pluriel, qui incluent l'environnement : physique, socioculturel, économique et politique. Les exemples suivants illustrent le spectre couvert par ceux-ci :

- mobilier et cheminements adaptés qui permettent aux personnes âgées de se déplacer à pied en toute sécurité dans leur quartier ;
- normes culturelles qui promeuvent l'utilisation du vélo pour se rendre au travail ;
- subventionnement qui encourage la consommation de repas au contenu équilibré dans les réfectoires scolaires ;
- interdiction de vente de tabac et d'alcool aux mineurs.

« Un environnement favorable à la santé est un environnement qui exerce une influence positive sur l'état de santé des individus, en facilitant les choix bénéfiques à la santé. Concevoir des milieux de vie propices à la santé signifie donc améliorer la qualité de vie des habitant-e-s, diminuer le risque de MNT dans la population, réduire les coûts du système de santé. »

En quoi suis-je concerné ?

En quelques mots

Une action de promotion de la santé s'exerce par une combinaison de mesures comportementales qui agissent sur les compétences des individus et les mesures structurelles qui agissent sur les contextes de vie des populations. Les environnements favorables à la santé sont synonymes de mesures structurelles. Votre contribution de professionnel-le de la santé (de la promotion de la santé comme du domaine des soins) est nécessaire pour créer des environnements favorables à la santé.

Les environnements favorables à la santé sont synonymes de mesures structurelles de promotion de la santé. Les professionnel-le-s de la santé sont évidemment concerné-e-s par cette thématique.

En tant que professionnel-le de la promotion de la santé (prévention primaire et secondaire), les environnements favorables à la santé vous permettent d'adopter une approche touchant une large partie de la population, en complément des interventions comportementales. En tant que professionnel-le travaillant dans les soins (prévention secondaire et tertiaire), la connaissance de la thématique vous sera utile dans votre pratique. Par exemple, les

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

soignant-e-s en charge de personnes sédentaires pourront intégrer la dimension environnementale dans la discussion avec ces patient-e-s.

Les établissements de soins ont aussi un rôle à jouer en étant à l'avant-garde de la création d'espaces favorables à la santé : douches pour les employé-e-s et jardins potagers en extérieur dans un périmètre complètement non-fumeur ; plan de mobilité encourageant la mobilité douce et un grand parking à vélos et trottinettes, etc.

Il est aussi possible de collaborer avec les communes pour créer des projets en synergie avec les collectivités publiques. Tel est le cas du projet *Metasanté*, en ville de Lausanne, initié par Unisanté, et qui vise à intégrer la promotion du mouvement et de la santé dans la création des nouveaux quartiers du programme urbanistique *Métamorphose*. Piloté par un groupe multidisciplinaire, dans lequel siègent entre autres des professionnel-le-s de la santé et de l'urbanisme, le projet a permis de formuler un certain nombre de recommandations à destination des autorités de la ville de Lausanne et des investisseurs, notamment la création de parcours de marche balisés et adaptés à différents publics, en tirant profit de l'étendue du quartier et de ses pôles d'attraction.

En résumé, créer des environnements favorables à la santé, c'est « rendre les choix sains plus faciles à faire et les choix moins sains plus difficiles à faire ». Et tous les professionnel-le-s de la santé peuvent y contribuer ; en sensibilisant le public et les décideurs/euses et en accompagnant les collectivités publiques. Parce que si la population est régulièrement informée et invitée à adopter une alimentation et une activité physique favorables à la santé, il n'en va pas que de la responsabilité individuelle pour assurer une bonne prévention et promotion de la santé : il est aussi fondamental que l'individu puisse évoluer dans un environnement adéquat. ●

Aurélien Georges, Oriana Villa, Unisanté

→ POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE PROJET
ou partager des mesures pour le répertoire :

environnements@unisante.ch

* « Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids » du Ministère de la santé et des affaires sociales du Québec (2012).

INTÉGRATION DE LA SANTÉ DANS L'URBANISME : étude de cas de la Ville de Québec

S'il y a plus de 50 ans que l'on reconnaît l'importance de la préservation de la santé dans l'élaboration de politiques publiques ⁽¹⁾ variées, il reste que les approches intégrant véritablement ce paramètre aux processus d'évaluation n'ont pas vu le jour avant les années 1990 ⁽²⁾.

Depuis, les cadres de référence et les méthodes d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) ont progressé rapidement. On prévoit maintenant de telles démarches lors de la conception de politiques, de programmes et de projets variés associés à d'autres domaines que la santé (environnement, aménagement du territoire, logement, éducation, transport, agriculture, gestion de l'eau, énergie, changement climatique, économie, politiques sociales, etc.). L'EIS vise à outiller les décideurs en évaluant les effets potentiels (directs et indirects, positifs et négatifs) d'une décision sur la santé d'une population et sur l'équité en santé. Dans le cadre de ce processus, on formule aussi des recommandations sur la gestion des effets prévus, d'après des données contextuelles et scientifiques. Ces démarches peuvent être menées à l'échelle municipale, provinciale, nationale ou même internationale. Le degré d'encadrement dépend des mandats législatifs et statutaires des organismes, des orientations des politiques associées à la santé humaine, des déterminants de la santé et de la possibilité d'orchestrer une coopération intersectorielle.

La démarche d'EIS compte cinq étapes ⁽³⁾ :

- 1 | Dépistage**
Examen déterminant si une EIS est indiquée ou requise.
- 2 | Cadrage**
Établissement des paramètres et du cadre de référence de l'évaluation.
- 3 | Analyse**
Étude des effets potentiels positifs et négatifs d'une proposition sur la santé d'une population.
- 4 | Présentation d'un rapport et de recommandations**
Détermination et communication des conclusions et des résultats du processus d'évaluation ainsi que des actions à poser pour optimiser la santé et réduire au minimum les effets néfastes.
- 5 | Évaluation et monitoring**
 - a) suivi d'une proposition approuvée et mise en œuvre d'un plan de gestion de la santé,
 - b) évaluation du processus d'EIS et de ses répercussions.

Mentionnons que, parfois, la démarche d'EIS est décrite comme comportant six étapes ⁽⁴⁾ : la présentation du rapport et la formulation de recommandations s'effectuent alors séparément.

En quoi l'EIS est-elle utile à la prise de décision dans le domaine de l'urbanisme ?

Les décisions en urbanisme ont des effets importants ⁽⁵⁾ sur la santé des populations. En effet, l'accès au transport, au logement, aux équipements et aux espaces verts peut influencer la santé physique et mentale ainsi que l'équité en santé. Autour du globe, une multitude de pays ⁽⁶⁾ et de régions ⁽⁷⁾ ont utilisé cette démarche d'EIS pour favoriser la santé dans de nombreux contextes d'aménagement. En prévoyant les effets sur la santé de différentes options d'urbanisme, les EIS peuvent aider les décideurs à faire des choix optimisant les retombées positives sur la santé et réduisant au minimum les effets néfastes. Elles peuvent aussi contribuer à rendre les processus de planification plus transparents et à favoriser la participation des résidents ⁽⁸⁾ aux décisions qui influenceront leur vie. Enfin, les EIS peuvent accroître la coopération entre les agences gouvernementales et les décideurs participant aux processus de planification.

Un exemple de mise en œuvre de l'EIS en contexte local : le cas de la Ville de Québec

Le gouvernement de la province de Québec a été l'un des premiers au Canada à introduire l'EIS pour soutenir la prise de décision. Ses orientations gouvernementales en matière d'aménagement du territoire ⁽⁹⁾ visent à améliorer la qualité de vie dans les milieux urbains en tenant compte, entre autres, de la santé, de la sécurité et de la protection de l'environnement. Plusieurs de ses politiques et programmes, notamment le programme national de santé publique ⁽¹⁰⁾ (2015-2025) et la politique gouvernementale de prévention en santé ⁽¹¹⁾ (2016), recommandent d'ailleurs l'utilisation de l'EIS. C'est dans ce contexte favorable que la Ville de Québec a lancé un projet de mise en œuvre de la démarche d'EIS, qu'elle considère comme une approche novatrice d'améliorer la qualité de vie de ses résidents. Ce projet, toujours en cours, vise principalement à assurer la réalisation d'EIS sur des projets à différentes échelles (d'envergure régionale ou locale, ou associés à un site en particulier) dans le cadre des processus de planification urbaine en vigueur, et à développer des capacités intersectorielles régionales. Il vise aussi à évaluer ce processus d'implantation de la démarche d'EIS.



À Québec, les trois principaux groupes d'acteurs participant au processus d'EIS sont les suivants :

- **le comité de suivi des EIS**, composé de membres de l'administration municipale, de la Direction régionale de santé publique, d'une ONG appelée « Vivre en Ville » et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Ce comité sélectionne les propositions qui feront l'objet d'une EIS ;
- **un groupe de travail** composé d'experts locaux représentant chaque institution du comité de suivi des EIS et d'autres parties prenantes de la proposition à l'étude, par exemple des promoteurs du secteur privé. Il fournit des renseignements sur la proposition à l'étude, contribue à recueillir les données nécessaires à l'analyse de la proposition et aide l'équipe technique à formuler des recommandations ;
- **l'équipe technique**, composée de chercheurs de l'École supérieure d'aménagement du territoire et de développement régional de l'Université Laval et de membres de Développement Santé, une firme de consultants privés réalisant des EIS. Cette équipe est en charge de la coordination des activités du comité de suivi des EIS et du groupe de travail et de la réalisation des différentes étapes de l'EIS.

Ainsi, entre 2014 et 2019, plusieurs projets d'urbanisme dans la région de Québec – associés, par exemple, au développement durable⁽¹²⁾ en ville ou à la revitalisation⁽¹³⁾ de milieux urbains – ont fait l'objet d'une EIS. Dans toutes les EIS, les déterminants environnementaux et sociaux de la santé, notamment des facteurs comme la qualité de l'air, le bruit, les îlots de chaleur urbains, le capital social, l'accès aux espaces verts, le potentiel piétonnier des rues et le logement, ont été analysés. Pour chaque projet, l'évaluation a révélé les aspects qui pouvaient favoriser la santé (création de couloirs de transport actif, amélioration des parcs et des espaces verts existants, etc.) et ceux qui pourraient s'avérer négatifs (construction de grands stationnements extérieurs asphaltés, circulation automobile accrue, etc.). Tous les projets évalués étaient assortis de recommandations claires et réalisables visant à réduire au minimum les effets négatifs et à optimiser les effets positifs. Celles-ci comprenaient la création de logements subventionnés pour accroître la diversité de certains quartiers et la mise en place d'incitatifs au jardinage communautaire et l'augmentation des espaces verts pour améliorer la qualité de l'air. La majorité de ces recommandations ont été utilisées par la Ville et les promoteurs privés pour améliorer le projet initial.

Enseignements tirés

Cette expérience a eu de nombreuses retombées positives. D'abord, cette démarche qui permet de faciliter la prise en compte des enjeux de santé dans les processus de planification urbaine a été très appréciée par les urbanistes. Ensuite, l'EIS a été perçue par les gestionnaires de la Ville de Québec et les intervenants de la Direction régionale de santé publique comme un outil qui a permis d'établir un langage et un cadre de référence communs utiles pour intégrer la notion des déterminants sociaux de la santé aux processus d'urbanisme. Enfin, cette initiative a permis de former de nouvelles collaborations intersectorielles, y compris entre les administrations municipales en charge de l'urbanisme et les professionnels de la santé publique. Cette coopération a fonctionné pour différentes raisons :

- tous les intervenants partageaient une vision holistique de la santé ;

- la santé est vue comme une ressource pouvant potentiellement améliorer la qualité de vie des résidents, ce qui correspond aux objectifs des urbanistes ;
- la collaboration intersectorielle a pu être favorisée par la participation d'un acteur neutre, l'Université Laval, qui a coordonné le processus d'EIS ;
- le processus d'EIS a été l'occasion de nommer les préoccupations et les responsabilités des parties et d'en discuter de manière harmonieuse ;
- le processus d'EIS étant flexible, il a été possible de l'intégrer aux échéanciers des projets sans ralentir le processus décisionnel, ce qui a rassuré les parties prenantes.

Cette expérience a aussi permis de faire émerger des leçons utiles pour faire face aux difficultés d'application de l'EIS. Une des premières difficultés rencontrées était le scepticisme des promoteurs privés. Ce scepticisme a été plutôt dissipé lorsqu'ils ont compris que cette démarche d'EIS pouvait accroître le potentiel des projets et des programmes. Des processus ont aussi été mis en place pour que les promoteurs puissent participer à toutes les étapes de l'EIS. La participation au processus d'EIS des résidents potentiellement concernés par les projets évalués a constitué une autre difficulté, puisque les échéanciers étaient très serrés (de deux à trois mois). Pour atténuer ce problème, un organisateur communautaire très au fait des besoins des communautés locales s'est joint au groupe de travail. Également, les conclusions de consultations publiques menées par la Ville sur les propositions évaluées étaient prises en compte, le cas échéant. ●

« La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale en santé environnementale (CCNSE) et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada. »

Thierno Diallo, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) – Institut national de santé publique du Québec

Pour en savoir plus sur les évaluations d'impact sur la santé :

- Site web du CCNPPS sur l'évaluation d'impact sur la santé : <http://www.ccnpps.ca/13/evaluation-d-impact-sur-la-sante.ccnpps>
- Évaluation d'impact sur la santé, étape par étape (formation à suivre de façon autonome, proposée en ligne gratuitement par le CCNPPS) : <http://www.ccnpps.ca/13/evaluation-d-impact-sur-la-sante.ccnpps>
- Exemples de rapports d'évaluation d'impact sur la santé portant sur des projets d'urbanisme en Montérégie (Québec) : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/eis.fr.html>
- Ressources de la Society of Practitioners of Health Impact Assessment (SOPHIA) : <https://hiasociety.org/Model-HIA-Reports>

- (1) https://hiasociety.org/resources/Documents/HIA_history_SOPHIA_WashDC_Dannenberg_20Oct2017.pdf
- (2) http://rbus-eis.org/pdf/Consensus_de_Goteborg.pdf
- (3) http://www.ccnpps.ca/docs/Introduction_EIS_FR_.pdf
- (4) <https://www.rwjf.org/en/library/research/2011/05/health-impact-assessment.html>
- (5) https://www.towerhamlets.gov.uk/Documents/Planning-and-building-control/Strategic-Planning/Local-Plan/Submission_2018/REP_1052996_001_A_SSA_PLANNING_OBO_KFC_HEARING_STATEMENT_APPENDIX.pdf
- (6) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128046/9789242505436_fre.pdf?sequence
- (7) <http://www10.who.int/bulletin/volumes/91/4/12-112318-ab/fr/>
- (8) <https://planning-org-uploaded-media.s3.amazonaws.com/document/HIA-Toolkit.pdf>
- (9) https://www.mamh.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/amenagement_territoire/orientations_gouvernementales/orientations_amenagement.pdf
- (10) <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
- (11) <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/>
- (12) https://www.esad.ulaval.ca/files/esad/Perspecto2016_enligne.pdf
- (13) https://www.esad.ulaval.ca/files/esad/ESAD_perspecto_2017_Web.pdf

Adhérer au Réseau français LSPS IHPH

Comment adhérer au Réseau français Lieu de santé promoteur de santé ?

En 2018, Santé publique France et le RESPADD se sont engagés dans une convention de partenariat pour soutenir le développement de la promotion de la santé en milieu de soins. Pour assurer cette coordination, le RESPADD a créé le Réseau français LSPS IHPH.

Le Réseau français LSPS IHPH est membre du Réseau international Health Promoting Hospitals lancé par le Bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Ce réseau, en conformité avec la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, vise à améliorer la santé des usagers et des personnels, à favoriser le développement de milieux sains et la coopération avec la communauté. Coordonné par le RESPADD pour la France, il offre un cadre opérationnel au développement de la promotion de la santé en milieu de soins, en s'appuyant sur les ressources et la dynamique du Réseau international HPH, les pratiques existantes et les données probantes issues de la littérature.

Composé d'une équipe projet, le Réseau français LSPS IHPH accompagne le déploiement de la stratégie Hôpital promoteur de santé en France à travers différentes actions.

ADHÉRER AU RÉSEAU FRANÇAIS LSPS IHPH C'EST :

- bénéficier d'outils et de ressources méthodologiques pour guider la mise en œuvre de la promotion de la santé en milieu de soins ;
- contribuer au partage d'expériences avec d'autres professionnels exerçant en milieu de soins en participant aux manifestations organisées par le réseau (colloque annuel LSPS IHPH, conférence internationale HPH) ;
- participer à des projets de recherche internationaux et contribuer aux groupes de travail HPH composés d'experts internationaux sollicités pour intervenir sur des questions spécifiques de promotion de la santé ;
- être valorisé en tant que membre actif du Réseau français LSPS IHPH par la coordination nationale et ses partenaires internationaux ;

- recevoir chaque semestre la Revue LSPS pour être informé de l'actualité en promotion de la santé, découvrir les pratiques innovantes et les outils existants pour développer la promotion de la santé dans les services de santé ;
- participer à la remise de Prix LSPS ;
- être accompagné par les équipes du Réseau français LSPS IHPH et du Réseau international HPH pour vous aider à élaborer, mettre en œuvre et évaluer vos actions de promotion de la santé.



ADHÉRER EN PRATIQUE

L'adhésion au Réseau français LSPS IHPH est ouverte à toutes les structures participant à l'offre de soins sur le territoire.

> L'établissement candidat doit remplir le document intitulé « Lettre d'intention » disponible sur le site du Réseau français LSPS IHPH à l'adresse www.reseau-lsps.org. La lettre d'intention doit être signée par la direction de l'établissement et renvoyée à la coordination nationale LSPS IHPH à l'adresse suivante : contact@reseau-lsps.org. Ce document sera transmis au Secrétariat international HPH pour validation.

> Après validation de la candidature et pour finaliser l'adhésion, l'établissement devra régler une cotisation annuelle de 300 €.

Pour toute demande d'adhésion ou pour en savoir plus :

www.reseau-lsps.org
01 40 44 50 26 / contact@reseau-lsps.org

Agenda

25^{èmes} RENCONTRES DU RESPADD « DES DROGUES EN SANTÉ MENTALE »

> 18 novembre 2020 – Dole, France
Programme et inscription : www.respadd.org

2^{ème} COLLOQUE LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ « COMMUNICATION(S) EN SANTÉ »

> 5-6 octobre 2020 – Paris, ASIEM
Programme et inscription : www.reseau-lsps.org

Lire utile

Concevoir une formation continue en ligne pour les professionnels de la santé
Pierre Valois
Presses de l'Université Laval, 2019



En pleine forme - 130 affiches pour la promotion de la santé et l'environnement
François Mansotte
Presses de l'EHESP, 2019



Retrouvez les actes du premier colloque Lieu de santé promoteur de santé sur www.reseau-lsps.org

RESPADD – Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions

96 RUE DIDOT – 75014 PARIS – Tél. : 01 40 44 50 26 – Fax : 01 40 44 50 46 – contact@respadd.org
Organisme de formation n° 117 537 160 75 – Siret n° 414 419 275 00048

