

UN COLLOQUE PROPOSÉ  
PAR LE

RESPADD  
**R** RÉSEAU DE  
PRÉVENTION  
DES ADDICTIONS

PROGRAMME

Avec le soutien de Santé publique France

5<sup>e</sup> COLLOQUE  
LIEU DE SANTÉ  
PROMOTEUR DE SANTÉ

Mardi 1<sup>er</sup>  
avril 2025  
ANGOULÊME

LES GRANDS SALONS  
DE L'HÔTEL DE VILLE

1 place de l'Hôtel de Ville



PROMOTION  
DE LA SANTÉ :  
STRUCTURER, ÉVALUER  
ET VALORISER

[www.reseau-lsps.org](http://www.reseau-lsps.org)



# 5<sup>e</sup> COLLOQUE LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

▶ 8h30 – 9h ACCUEIL

▶ 9h – 9h30 → **OUVERTURE**

- ▶ Jean-Rémi Richard, directeur du Centre hospitalier d'Angoulême
- ▶ Catherine Revel, adjointe à la santé, mairie d'Angoulême
- ▶ Pierre Arwidson, directeur adjoint de la prévention, Santé publique France
- ▶ Pr Amine Benyamina, président du RESPADD

▶ 9h30 – 11h15 **TABLE RONDE FINANCER ET STRUCTURER LA PROMOTION DE LA SANTÉ**

Discutant : Pr François Alla, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Intervenant-e-s :

- ▶ Anne-Carole Bensadon, Inspection générale des affaires sociales
- ▶ Pr François Chollet, Fédération hospitalière de France
- ▶ Pr Marion Albouy, Centre hospitalier universitaire de Poitiers
- ▶ Cécile Jaglin, Centre hospitalier universitaire d'Angers

▶ 11h15 – 11h45 Pause café

▶ 11h45 – 12h15 **PLÉNIÈRE CERTIFIER LES LIEUX DE SANTÉ PROMOTEURS DE SANTÉ**

- ▶ Marianne Hochet et Anne Denise, RESPADD

▶ 12h15 – 12h45 **PLÉNIÈRE SYSTÉMATISER LA PROMOTION DE LA SANTÉ :**

**LES INTERVENTIONS BRÈVES**

- ▶ Nicolas Bonnet, RESPADD
- ▶ Jean-François Périllaud, Centre hospitalier d'Angoulême

▶ 12h45 – 14h Pause déjeuner

▶ 14h – 15h30 **ATELIERS**

## ATELIER 1 | ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Discutant : Guillaume Queneau, Groupement hospitalier de territoire Charente

Intervenant-e-s :

- ▶ Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente
- ▶ Yassine Akniouene, Centre hospitalier de Ruffec
- ▶ Manon Cognet, Centre hospitalier de Cognac
- ▶ Noémie Ferré, Centre hospitalier universitaire de Nantes

▶ 15h30 – 15h45 Pause

▶ 15h45 – 16h15 → **RESTITUTION DES ATELIERS**

- Rapporteur atelier 1 : Guillaume Queneau, Groupement hospitalier de territoire Charente
- Rapporteur atelier 2 : Laura Isidoro, Groupement hospitalier de territoire Charente

▶ 16h15 – 16h30 → **CLÔTURE**

- ▶ Martine Valadié-Jeannel, COREADD

→ LUNDI 31 MARS,  
18h – 20h

**PLASTIQUE  
OU REPTILIEN ?  
Les défis de la  
diffusion des  
connaissances  
sur le cerveau**

Conférence de  
Sébastien Lemerle  
Discutée par  
Philippe Batel

Centre hospitalier  
d'Angoulême,  
réfectoire du  
personnel  
(entrée Hall Sud)  
Ouverte à tou-te-s  
sur inscription

## ATELIER 2 | TABAGISME ET CONSOMMATION D'ALCOOL

Discutante : Laura Isidoro, Groupement hospitalier de territoire Charente

Intervenant-e-s :

- ▶ Pr David Boulate, Assistance publique-hôpitaux de Marseille
- ▶ Maxence Ribet, Mutuelle nationale des hospitaliers
- ▶ Laura Isidoro, Jean-François Périllaud, Groupement hospitalier de territoire Charente



## Table des matières

<b>OUVERTURE DU COLLOQUE .....</b>	<b>4</b>
<b>TABLE RONDE : FINANCER ET STRUCTURER LA PROMOTION DE LA SANTÉ .....</b>	<b>7</b>
<b>PLÉNIÈRE 1 : CERTIFIER LES LIEUX DE SANTÉ PROMOTEURS DE SANTÉ .....</b>	<b>14</b>
<b>PLÉNIÈRE 2 : SYSTÉMATISER LA PROMOTION DE LA SANTÉ : LES INTERVENTIONS BRÈVES</b>	<b>17</b>
<b>ATELIER 1 : ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE .....</b>	<b>20</b>
<b>ATELIER 2 : TABAGISME ET CONSOMMATION D'ALCOOL .....</b>	<b>27</b>
<b>RESTITUTION DES ATELIERS.....</b>	<b>32</b>
<b>CLÔTURE .....</b>	<b>34</b>

## OUVERTURE DU COLLOQUE

- **Jean-Rémi Richard, directeur du Centre hospitalier d'Angoulême**
- **Catherine Revel, adjointe à la santé, mairie d'Angoulême**
- **Pierre Arwidson, directeur adjoint de la prévention, Santé publique France**
- **Pr Amine Benyamina, RESPADD**

**Catherine Revel, adjointe à la santé, mairie d'Angoulême**, ouvre le colloque en lieu et place du Maire qui est retenu par d'autres obligations. C'est un honneur pour elle de prendre la parole à ce colloque consacré à la promotion de la santé. Elle remercie l'ensemble des organisateurs et participants, qui contribuent, par leur engagement et leur expertise, à faire avancer la réflexion sur cet enjeu fondamental de la société. La santé ne se résume pas uniquement aux soins. Elle repose sur un équilibre global où la prévention, l'éducation, l'amélioration des conditions de vie jouent un rôle essentiel. Promouvoir la santé, c'est agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux. Pour permettre à chacun de vivre en meilleure santé et beaucoup plus longtemps.

Le thème de cette journée (structurer, évaluer, valoriser) invite tout le monde à renforcer les actions collectives. Les collectivités territoriales ont un rôle clé à jouer dans cette dynamique. En tant qu'élue municipale, **Madame Revel** est convaincue que la promotion de la santé doit être intégrée dans toutes les politiques publiques : l'urbanisme, l'éducation, les transports et bien d'autres. Chaque domaine d'action peut et doit améliorer le bien-être des concitoyens.

Ce colloque est donc l'occasion de croiser les expériences, de partager les bonnes pratiques et de renforcer l'engagement commun. Ensemble, la promotion de la santé doit devenir un levier puissant pour une société plus juste et plus solidaire.

**Madame Revel** souhaite à l'assistance d'excellents échanges et remercie tout le monde pour son engagement.

**Jean-Rémi Richard, directeur du Centre hospitalier d'Angoulême**, de Ruffec, de la Rochefoucauld, de Confolens. Il est également Président du Comité stratégique du Groupement hospitalier de territoire de Charente qui a l'honneur de mailler l'ensemble des établissements publics du département.

Le Centre hospitalier d'Angoulême accueille ce colloque, car il est investi et mobilisé dans la promotion de la santé. Au-delà de ce centre, c'est tout le Groupement hospitalier de territoire de Charente qui est impliqué dans les enjeux de santé publique, avec un engagement commun et une mobilisation commune autour d'une convention « Lieu de santé promoteur de santé » signée en décembre 2023. Ce label permet une reconnaissance internationale validée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il traduit l'engagement des établissements dans la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé. Au sein du département de la Charente, elles sont mises en œuvre depuis de nombreuses années. Elles ont connu un tournant en 2019, grâce à la création d'un premier poste d'animateur de santé publique, puis en 2020 avec la création d'un second poste. Le département a la volonté de créer un troisième poste d'animateur. Toutefois, les budgets sont contraints à ce stade. L'objectif est de pouvoir travailler à une harmonisation des actions au niveau du GHT de Charente. Le GHT a en son sein un établissement référent en psychiatrie pour le département : l'Hôpital Camille Claudel.

Le soutien des Agences régionales de santé (ARS) est important pour garder cette dynamique. La Région Nouvelle-Aquitaine compte 17 adhérents « Lieux de santé promoteurs de santé » sur 26 au niveau nationale. La région est donc la première pourvoyeuse de Lieux de santé promoteurs de santé.

Le Centre hospitalier d'Angoulême est aussi convaincu de l'approche « One Health ». Pour rappel, cette approche tient compte des liens complexes entre la santé animale, la santé humaine et l'environnement dans une approche globale des enjeux sanitaires. Le Centre hospitalier d'Angoulême s'illustre, depuis de nombreuses années, dans cette politique avec des labellisations pour des initiatives de développement durable en lien avec des sujets de santé. Le centre a gagné de nombreux prix sur la politique d'achats hospitaliers responsables, la lutte contre le gaspillage alimentaire et la réduction de l'empreinte environnementale des soins.

L'établissement est porteur d'une équipe de liaison et de soins en addictologie. Le centre hospitalier psychiatrique du groupement propose une offre de soins complète en matière d'addictologie.

La prévention, la politique sociale et environnementale, et la lutte contre les addictions sont donc des axes forts du Centre hospitalier d'Angoulême et du Groupement hospitalier de territoire. Les enjeux de ces thématiques seront abordés au cours de ce colloque.

- Le financement des actions de promotion de la santé est un enjeu fort. La prévention reste malheureusement le parent pauvre des politiques de santé publique ;
- La lutte contre le tabagisme et la consommation d'alcool ;
- La prévention de la malnutrition.

**Jean-Rémi Richard** remercie à toutes les équipes qui ont permis la tenue de cette journée, notamment les animateurs de santé publique du Centre hospitalier d'Angoulême, l'équipe du RESPADD, le Président et le Directeur du RESPADD. Il remercie également les différents intervenants qui ont fait le déplacement pour venir enrichir les débats ainsi que tous les participants.

**Pierre Arwidson, directeur adjoint de la prévention, Santé publique France**, avait eu le plaisir de participer au 1<sup>er</sup> Colloque « Lieu de santé promoteur de santé » qui s'était tenu les 9 et 10 septembre 2019 au Centre des colloques de Bordeaux. Il affirme que Santé publique France est très heureux de soutenir les Lieux de santé promoteurs de santé depuis 2018. Les institutions précédentes qui portaient ce réseau avaient essayé d'animer ce réseau, mais n'avaient pas suffisamment investi. Désormais, le réseau est entre de très bonnes mains.

Le colloque est intitulé « Promotion de la santé : structurer, évaluer et valoriser ». Faut-il toujours concevoir et évaluer de nouvelles interventions ou fait-il se servir d'interventions déjà établies et gagner ainsi du temps ? Des recommandations avaient été faites dans le rapport Igas « Perspectives d'organisation territoriale pour le nouvel Institut de santé publique ». Ce rapport, rédigé par Anne Burstin, Marie Daudé et Stéphane Paul avait été publié en avril 2025. La recommandation 16 était de donner au futur Institut la responsabilité d'un portail national des données validées en prévention et promotion de la santé. Le travail sur ce sujet a commencé en 2017, puis mis en repos pendant la pandémie. Cet outil sera accessible en ligne à partir du 15 avril prochain. Plus récemment, Hélène Monasse et Pierre-Louis Bras, deux autres inspecteurs de l'Igas, ont attiré l'attention de Santé publique France sur la prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et de promotion de la santé. Le rapport a été publié en octobre 2024. La première recommandation de ce rapport est de développer les études d'efficacité et d'efficience pour éclairer les décisions en matière de santé publique. Le Contrat d'objectifs et de performance 2024-2028 prévoit que soient réalisés chaque année au moins une évaluation d'impact et un calcul de retour sur investissement. Les calculs de retours sur investissement montrent qu'un euro investi dans l'opération « Mois sans tabac » permet d'économiser 7 euros en dépenses de santé. Par ailleurs, un travail est mené avec prestataire pour paramétrer des modèles. Un euro investi dans un programme européen sur les addictions a été adapté à la France : Unplugged. Ce programme a permis d'économiser 6 euros de dépenses de santé.

**Nicolas Bonnet, Directeur du RESPADD**, représente aujourd'hui le Président du RESPADD, le Professeur Amine Benyamina. Il remercie les intervenants pour ces différents mots d'introductions.

Ce 5<sup>e</sup> colloque Lieu de santé promoteur de santé est soutenu par Santé Publique France et s'inscrit dans une dynamique très intéressante : « structurer, évaluer et valoriser ». En termes de structuration, le RESPADD est parti d'une grande toile d'araignée issue du réseau HSPS. Le nouveau réseau s'est développé en consolidant tous les acquis et expériences. Le RESPADD a plus de 30 ans d'existence. Ce sont plus de 600 adhérents qui travaillent ensemble, à destination des bénéficiaires de soins, des professionnels de la relation d'aide et du grand public. Plus de 1 000 établissements sont engagés dans le programme Lieu de santé sans tabac (LSST). Il s'agit d'une machine à idées qui permet, au quotidien, d'élaborer une vraie stratégie de prévention et de prise en charge du tabagisme.

Dans cette structuration, ce sont également des partenaires qui permettent de mieux avancer. Santé Publique France a fait confiance au RESPADD dès le début. La Mutuelle Nationale des Hospitaliers est membre fondateur du RESPADD et un soutien important pour parler de promotion de la santé auprès des professionnels de la relation d'aide. La Fédération Hospitalière de France (FHF) est aussi un membre fondateur. Elle est représentée aujourd'hui par le Professeur Chollet. Il est important de rappeler le distinguo entre prévention et promotion de la santé. La prévention peut être évaluée, structurée et valorisée. Il s'agit d'un tremplin vers la promotion de la santé dans les Lieux de santé.

Fort de ces ressources, le RESPADD développe un enjeu d'évaluation. Elle permet aux différents acteurs de poursuivre leur travail en étant convaincus de la plus-value à destination des usagers. Pour le RESPADD, l'évaluation passe aussi par la certification des LSST. Demain, cette stratégie sera déclinée sur les Lieux de santé promoteurs de santé. La valorisation rend les professionnels légitimes.

La promotion de la santé, c'est aussi agir sur l'ensemble des déterminants de santé. À titre d'illustration, le RESPADD, en collaboration avec l'APHP, transforme le « Mois sans tabac » en un mois « Sentez-vous bien ». L'idée est de ne pas agir uniquement sur un produit.

L'évaluation passe aussi par les données de la science. La Terre n'est pas plate, les vaccins fonctionnent. Le changement climatique est une réalité. Les mathématiques sont une science universelle. L'évolution est un fait naturel.

Le RESPADD est engagé dans la formation et l'information. Cela passe par la formation initiale avec les Écoles promotrices de santé.

La partie communication et le partage avec la société civile sont également un enjeu pour le RESPADD.

L'engagement en promotion de la santé suppose d'inclure la collectivité et les citoyens pour faire des déterminants de santé, une vraie ressource. Depuis deux ans, cela passe par des conférences publiques. Hier soir, Sébastien Lemerle est venu présenter ses travaux sur les défis de la diffusion des connaissances.

**Nicolas Bonnet, Directeur du RESPADD**, remercie Jean-Rémi Richard, Catherine Revel et Pierre Arwidson, les collègues du Centre Hospitalier d'Angoulême, les prochains intervenants et les participants.

## TABLE RONDE : FINANCER ET STRUCTURER LA PROMOTION DE LA SANTÉ

**Discutant : Pr François Alla, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux**

**Intervenant.e.s :**

- **Anne-Carole Bensadon, Inspection générale des affaires sociales**
- **Pr François Chollet, Fédération hospitalière de France**
- **Pr Marion Albouy, Centre hospitalier universitaire de Poitiers**
- **Cécile Jaglin, Centre hospitalier universitaire d'Angers**

**Pr François Alla, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux**, rappelle que le financement et la structuration sont des enjeux majeurs dans le domaine de la promotion de la santé. Les hôpitaux sont déjà largement investis dans la promotion de la santé. Des milliers, voire des dizaines de milliers d'actions et d'initiatives sont portés par les établissements, au sein de leurs murs ou hors les murs. Cependant, il ne faut pas se voiler la face. Cette mobilisation n'est pas encore à la hauteur des enjeux. Tous les leviers recommandés pour les patients ne sont pas encore mis en place. Par exemple, à date, la majorité des patients qui passent dans les établissements ne sont pas interrogés sur leur consommation de tabac et d'alcool. Les initiatives ne sont pas systématisées et ne reposent pas toujours des données probantes. En outre, elles ne reposent pas toujours sur des structures et du personnel pérennes. Cette situation de la prévention contribue au bilan que la Cour des comptes qualifie de médiocre. L'espérance de vie en bonne santé stagne. La moralité prématurée reste très élevée. La mortalité infantile remonte et place la France à la queue du peloton européen. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont très fortes, en termes de mortalité et de morbidité. Autant d'indicateurs dont le principal déterminant ou les principaux leviers sont la prévention. Il est possible de faire bouger les lignes. Tout ceci ne relève pas exclusivement des hôpitaux. L'hôpital est un acteur parmi d'autres. Les déterminants de santé sont aussi et d'abord dans les conditions et les lieux de vie. Toutefois, les hôpitaux ont une part à prendre en rattrapage, car ils accueillent les populations les plus vulnérables. Dans les hôpitaux, une expertise peut être mobilisée au service des acteurs du territoire, d'où l'importance de leur engagement.

Pour mobiliser encore plus les établissements et systématiser la prévention, il faut des moyens financiers et humains. Les équipes médico-soignantes et les Directions doivent être accompagnées. Il faut reconnaître cette activité comme une activité à part entière et légitime. Cela passe notamment par un modèle de financement adapté.

La parole est à Anne-Carole Bensadon.

**Anne-Carole Bensadon, Inspection générale des affaires sociales**, remercie les organisations de ce colloque pour leur invitation. Elle présente un rapport qui a été réalisé avec Frédéric Turblin et Benjamin Maurice, également membres de l'Igas. Ces travaux s'inscrivent dans les suites de la réforme de financement des établissements de santé. Cette réforme emportait la mise en place de trois compartiments pour le financement des établissements de santé (champ MCO, IHAD) :

- Financement à l'activité
- Dotations sur objectifs de santé publique
- Dotations sur missions spécifiques

Dans ce cadre, un rapport sur le financement de la prévention primaire (2023-084 R) a été établi. Le décret 2025-186 du 25 février 2025 précise notamment le contenu des dotations sur objectifs de santé publique, dont les activités visant à la promotion de comportements favorables à la santé, ainsi que les prises en charge s'inscrivant dans un objectif d'amélioration de la prévention, du dépistage et de l'éducation pour la santé ; la nutrition ; la lutte contre les addictions ; la santé sexuelle.

Le champ de cette réforme est la Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et l'hospitalisation à domicile (HAD). Elle vise à conforter la place des établissements de santé comme un acteur du dispositif de prévention, au côté des autres intervenants, y compris de prévention primaire. Il convient également de rappeler l'impact positif de la prévention primaire sur les dépenses d'assurance maladie avec une amélioration de la santé publique (réduction de la morbidité et de la mortalité évitable, impact sur les affections de longue durée...). Il est proposé de passer à une logique de financement systémique de la prévention pour les établissements de santé.

Une méthode spécifique a été choisie : *Making Every Contact Count* (MECC). Cette démarche est mise en œuvre depuis de nombreuses années au Royaume-Uni. Les objectifs sont de favoriser des changements de comportements favorables à la santé ; de tirer parti des nombreux contacts que le personnel de santé et les services sociaux. L'idée est que toutes les personnes qui sont prises en charge en établissement en hospitalisation puissent bénéficier, sans distinction, de ces démarches de prévention et que ces démarches soient adaptées à leurs besoins. Le MECC est complémentaire de « l'aller vers ».

Les interventions très brèves, entre 30 secondes et deux minutes, permettent de fournir des informations basiques aux personnes pour les motiver à changer leur comportement ou les orienter vers des appuis extérieurs. Les interventions brèves sont réalisées par séquences de moins de 10 minutes, par le personnel de santé en contact régulier avec des patients, dont le mode de vie présente des facteurs de risques menaçant leur santé. Cette méthode peut prendre la forme d'une discussion orale ou d'un encouragement, avec ou sans support ou suivi écrit. En termes d'orientation, l'accompagnement peut aller jusqu'à la prise de rendez-vous. L'orientation est compliquée à mettre en place. Ce n'est pas forcément au système de santé de tout faire. Les villes et les collectivités font beaucoup de choses dans ces domaines. Le caractère probant de ces méthodes a été démontré. Le retour sur investissement est visible sur la partie activité physique, en intervention brève. L'autre idée est de pouvoir intégrer la méthode à la démarche soignante en mettant l'accent sur le choix des déterminants et la formation pour avoir un effet massifiant en limitant de façon conventionnelle le périmètre des actions.

Le rapport de l'OMS de 2018 souligne que les risques pour la santé associés aux facteurs de risques comportementaux les plus courants (tabagisme, consommation nocive d'alcool, manque d'activité physique et mauvaise alimentation) ont un impact direct sur les dix principaux facteurs contribuant à la charge de morbidité. Le rapport propose une phase pilote avec une sélection de 100 établissements par les ARS. Un dispositif basique de recueil et suivi des actions de prévention est mis en place afin d'obtenir des financements. Il est très important de motiver les décideurs sur ces questions. Ensuite, la montée en charge est progressive. Elle intègre les enseignements de la phase pilote et une territorialisation tenant compte des spécificités. Cela est applicable, quel que soit le statut des établissements. Le champ est celui de la réforme du financement des établissements MCO.

Il convient d'insister sur le rôle important des soignants, en proposant des actions pour leur propre bien-être. Il faut sortir de la logique du « tout soin » prescrit et laisser une place plus importante au rôle propre des soignants avec une approche globale du malade.

En termes de méthode de travail, la mission s'est rendue dans des établissements au Royaume-Uni et en France. De nombreux échanges ont eu lieu. Pour le *National Health Service* (NHS), la méthode est très bien intégrée et fonctionne. Au Pays de Galles, au travers des interventions brèves et très brèves, il y a déjà des résultats très positifs sur les comportements de santé.

**Pr François Chollet, Fédération hospitalière de France**, remercie le RESPADD pour son invitation et le félicite pour son action sur le terrain. Il rappelle quelques éléments de contexte. Au-delà des difficultés financières globales du Gouvernement actuel, le contexte du système de santé est problématique. Il oblige à moins soigner et à plus prévenir. La population est vieillissante. Le nombre de cancers est croissant. Le nombre de maladies chroniques est en augmentation. Cela fait que la soutenabilité financière de cette vague submerge le système et l'oblige à chercher le moyen de l'éviter. Cela passe par la prévention. L'autre sujet est l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé. Pour les femmes, l'écart est de 20 ans. Ce delta, c'est la prévention. L'enjeu est une transformation forte et crédible du système de santé. La santé concerne toute la population, ce qui sort du concept de patientèle.

La prévention nécessite un investissement. L'investissement a des retours. Il conviendra de convaincre tous les acteurs du gain. Les résultats observés au Royaume-Uni doivent également être observés en France. Le comportement est peut-être le déterminant le plus difficile à changer chez une personne. Cela revient à s'attaquer à une philosophie de vie. Il faut donc développer une culture de la prévention. Cette culture est davantage développée au Royaume-Uni et dans les pays du nord où on parle de santé dans les écoles, dans les entreprises et dans les médias. Voilà les enjeux tels qu'ils se présentent. L'enquête menée montre que les lignes bougent. Cet élan vers la prévention se matérialise.

La prévention primaire est un fait nouveau. Parmi les hôpitaux, l'action est inégale. Elle n'est pas la même au CHU que dans les hôpitaux généraux ou dans les EHPAD. Les établissements publics de santé ont un rôle à jouer, du fait de leur compétence, de leur logistique et de leur masse critique. Les établissements publics de santé sont des entreprises citoyennes. Les agents doivent être des ambassadeurs de santé. La prévention est également territoriale. Les déterminants de santé ne sont pas les mêmes en fonction des territoires. Il faut donc laisser aux territoires le soin de s'organiser avec la ville. Les CPTS fonctionnent dans certaines villes. Les patients et les personnels d'établissements sont aussi des acteurs. Pour en revenir à l'enquête mentionnée, la structuration des établissements publics de santé est très hétérogène. Souvent, la prévention est portée dans les services d'une façon qui reste à organiser, malgré les initiatives isolées. L'important est que le collectif porte, en intégrant l'ensemble des personnels et des usagers.

Pour conclure, l'évaluation est aussi une nécessité. Il ne pourra pas y avoir de confiance sans évaluation. Les indicateurs de prévention primaires sont compliqués. La réflexion sur ce sujet n'est pas aboutie. Par ailleurs, la recherche est fondamentale. Cela est également un facteur de crédibilité dans la démarche globale. La formation est essentielle. Dans les Hôpitaux sans tabac, il est fondamental de former des personnes capables de prescrire des substituts nicotiques. La place de l'étudiant en médecine est centrale. Enfin, il faut réfléchir sur la place du numérique comme apport en matière de prévention.

**Pr Marion Albouy, Centre hospitalier universitaire de Poitiers**, remercie les organisateurs du colloque de cette invitation. Elle s'adresse à l'assistance en tant que Directrice d'un service de santé publique innovant. Ce service est structuré autour des 8 missions listées par le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport de 2018 sur la place de la prévention chez les offreurs de soins en prévention. Les pratiques cliniques préventives, la responsabilité populationnelle et l'expertise en santé publique doivent amener à tendre vers des Lieux de santé promoteurs de santé.

Le Centre hospitalier universitaire de Poitiers utilise la plateforme « Villa Santé ». Il s'agit d'une maison de 700 mètres carrés où des pratiques préventives sont développées. Des portes ouvertes sont organisées le 11 avril prochain. Au-delà de cette maison, l'idée de faire infuser la prévention dans tous les services et les pôles du CHU. L'hôpital doit devenir un acteur de responsabilité sociale et sociétale, à la fois en charge de la formation des professionnels et des soignants, de leur santé et de la santé de la communauté.

**Le Pr Marion Albouy** est également chercheuse. La connaissance sur les déterminants de santé reste insuffisante. Il convient donc de développer la recherche interventionnelle et la recherche en prévention. Comment développer les compétences psychosociales ? Les lieux de vie sans tabac sont une expérience intéressante.

En tant que Présidente du comité de pilotage du Service sanitaire des étudiants en santé, **le Pr Marion Albouy**, annonce que la formation initiale en médecine et en santé en général, intègre pleinement la prévention primaire. Cette intégration dans les curriculums universitaires permet aux étudiants de mener des actions auprès de tous les publics et notamment, les étudiants eux-mêmes. Les universités s'interrogent à devenir des campus promoteurs de santé.

La prévention est universelle. Toutefois, il convient de rappeler qu'elle doit sortir de l'exemplarité, de l'expérimentation et du cas particulier. Ce n'est pas une activité non essentielle. La prévention n'est pas du confort. Elle doit être pleinement intégrée et faire partie des missions des établissements de santé. Comment faire concrètement ?

- La première préconisation est de professionnaliser l'ensemble des professionnels d'un établissement de santé. L'hôpital est un agent de changement, mais les formations nécessitent un certain investissement de la part de tout le monde. Cela commence par un investissement culturel. En effet, la prévention est avant tout une affaire de psychologie sociale. Or, cette discipline est relativement absente en médecine générale. Les entretiens motivationnels sont enseignés à partir du 3<sup>e</sup> cycle alors que le sujet est éminemment universel. Informer n'est pas éduquer. Prescrire n'est pas accompagner. Prévention médicale n'est pas promotion de la santé.
- La deuxième préconisation est de suivre les guides. Ils existent depuis longtemps (Budapest, Vienne). On parle aujourd'hui d'engagement patient, de certification et de qualité. Tout cela peut être redésigné à travers les chartes de lieux de santé promoteurs de santé.
- La troisième préconisation est la systématisation du recueil des déterminants de santé, à commencer par les environnements sociaux qui favoriseraient la consommation de tabac.
- La quatrième préconisation est le continuum de la promotion de la santé dans tous les milieux promoteurs de santé. Les déterminants de santé varient dans le temps, dans les espaces parcourus. Ces milieux doivent se coordonner (écoles, universités, prisons...).

À Poitiers, le rôle de la cheffe du Service de santé publique est de porter l'expertise et la responsabilité populationnelle du CHU. Des moyens humains dédiés à la promotion de la santé. Le comité de pilotage en santé publique permet, avec l'ensemble des directeurs, de discuter de tous les sujets et de faire le lien avec d'autres comités. Tout cela s'appuie sur un projet d'établissement, des collaborations territoriales fortes au travers de conventions (Rectorat, universités, CLS, EHPAD, CPTS, lieux de privation de liberté). Des projets de recherche sont également développés pour tendre vers des programmes probants.

La question du financement est centrale. En Nouvelle-Aquitaine, pour le développement d'actions de promotion de la santé, le financement existe. Pour l'évaluation, ce n'est pas le cas. Cela passe par des

appels à projets nationaux et européens. L'implémentation est plus ou moins financée. Globalement, les financements sont bien en deçà des attentes.

**Le Pr Marion Albouy** remercie l'Igas pour son rapport. Grâce à ses préconisations, il sera possible d'aborder un véritable changement de culture dans les établissements. Cela va de la formation au MECC en passant par la certification. Cette certification permettra d'éviter l'évaporation des moyens. Il convient de ne pas oublier les environnements. Le RESPADD avec ces lieux de santé sans tabac est une véritable inspiration. Au CHU de Poitiers, la *Task Force* travaille ardemment à des actions de structuration, comme le développement de la recherche, la mise en place de services dédiés financés et d'offres de formation à destination de la communauté hospitalière.

**Cécile Jaglin, Centre hospitalier universitaire d'Angers**, souhaite faire la distinction entre la prévention et le Directeur d'hôpital. Le Directeur d'hôpital ne participe pas aux soins, mais a des convictions de santé publique. Il voit nécessairement son établissement comme un acteur citoyen dans la ville. Il a par ailleurs la responsabilité des salariés qu'il emploie. La prévention commence aussi par le fait de s'assurer que les professionnels de santé employés ont les conditions de promouvoir la santé et d'agir sur leurs propres comportements, comme ambassadeurs auprès des patients pris en charge. C'est cette conviction qui a poussé les CHU, en 2024, à signer solennellement une charte d'engagement à l'occasion du Salon SantExpo. Cela faisait écho à un travail précédent écrit lors des 60 ans de l'ordonnance de 1958 qui a créé les CHU et qui préconisait déjà de leur allouer une mission, la prévention, en plus des soins, de l'enseignement et de la recherche.

Cette charte prévoit l'engagement de faire de chaque contact avec l'hôpital une occasion de prévention. La philosophie du MECC est portée à cette occasion, sur le modèle du NHS. C'est aussi la transformation du système de santé actuelle pour donner à chaque professionnel, qui a un contact avec un patient, l'opportunité d'agir en matière de prévention et de promotion de la santé. Le second engagement est la responsabilité populationnelle. De fait, dans ses missions quotidiennes, il a un rôle de coordination et d'expertise élargi à tout un territoire. Le CHU a ses propres actions de prévention à porter, mais doit aussi conduire une réflexion sur la gradation de l'offre de prévention. Le troisième axe est de faire des CHU des lieux de promotion de la santé des populations. Chaque CHU a vocation à adhérer à la charte des lieux de santé sans tabac et d'aller vers la labellisation « lieu de santé promoteur de santé ». Enfin, c'est dans l'ADN des CHU de faire de la recherche et de l'innovation des leviers au service du virage préventif. Ce discours est relativement disruptif par rapport à la façon dont le système de soin se vit.

L'outil concret est la *Task Force*. Dans cette *Task Force*, on retrouve des représentants des chefs d'établissements, des représentants des communautés médicales et des représentants des doyens. Le but est de gagner du temps. Elle a un rôle de plaidoyer vis-à-vis des pouvoirs publics. L'objectif est aussi de capitaliser sur les expériences de ceux qui bougent, de façon à faire gagner du temps à ceux qui commencent le travail aujourd'hui. Chaque professionnel de santé est persuadé d'avoir un rôle à jouer. À ce titre, la formation est un enjeu majeur.

Les plaidoyers de dépôts sont des plaidoyers de financement. Il convient de trouver deux enveloppes financières pour permettre aux établissements d'avoir les moyens de conduire une bonne politique de prévention et de promotion de la santé. Le compartiment de santé publique prévu est la mission d'intérêt général. Une enveloppe dédiée permet de financer des frais de structure. La recherche est un exemple éclairant. Dans la promotion de prévention de la santé, il faut une base de financement national. Le CHU d'Angers fonctionne uniquement sur fonds propres aujourd'hui. Le second financement qui doit être porté dans le compartiment de santé publique, c'est le temps passé par les professionnels de santé dans ces missions de prévention.

En attendant une action de l'État, le CHU d'Angers s'est organisé. En 2017, il n'y avait pas encore de département dédié. En revanche, chaque chef de service avait bien en tête la responsabilité en matière de prévention. Cela manquait cruellement de portage politique et de coordination. La prévention par filière n'est pas suffisante. Tous les praticiens doivent être convaincus. Au CHU d'Angers, aucune discipline n'était en charge de la prévention et de la promotion de la santé. En 2018, les 45 hectares du parc ont été transformés en un campus hospitalier sans tabac. Les facultés de santé ont été embarquées. L'idée était de donner un signal pour agir sur les déterminants comportementaux et environnementaux. En 2020, une Direction dédiée a été créée pour aller au-devant des professionnels afin d'identifier leurs besoins, mettre en place un environnement favorable et trouver des partenaires médicaux. 28 nouveaux projets ont été mis en œuvre de manière transversale. Pour commencer, 20 % des professionnels ont répondu à une grande enquête. Les 200 métiers de l'hôpital étaient représentés. Les répondants ont été interrogés sur les leviers et les actions prioritaires. Une journée de lancement a été organisée sous la forme d'un forum et d'ateliers. 300 personnes ont assisté à cette journée. Un focus est fait sur les habitudes de vie saine. Ce programme est dédié aux 9 000 professionnels de santé du CHU d'Angers. À travers un professionnel, il est donc possible de toucher au moins 10 personnes.

La méthode qui sert de fil rouge pour toutes les actions de prévention et de promotion de la santé, c'est la coconstruction. Toutes les actions sont coconstruites avec la cible. Ces actions sont fondées sur des preuves scientifiques. L'objectif est d'agir durablement sur les comportements individuels en développant les compétences psychosociales, avec une évaluation systématique et des publications. Le CHU devient ainsi un lieu de santé promoteur de santé qui donne des opportunités à tous ceux qui traverse cet espace, d'avoir des moments favorables à la santé. Des lieux de cueillette de légumes et fruits de saison ont été mis en place. Des agrès sportifs sont à disposition. Toutes les idées sont bonnes.

**Cécile Jaglin** remercie Madame Bensadon et l'équipe de l'Igas pour le pragmatisme qu'ils ont souhaité mettre en avant. Ce qui compte, c'est de faire des preuves de concept, de montrer le retour sur investissement et l'efficacité, afin de réorienter les financements du système de santé. Pour le CHU d'Angers, les 4 déterminants de santé prioritaires sont le tabac, l'alcool, l'activité physique et l'alimentation. Le reste suivra. Le CHU a noué un partenariat avec l'École des hautes études en santé publique pour travailler sur l'évaluation. Un docteur en psychologie, spécialiste de la psychologie des comportements de santé publique, accompagne l'établissement, de la conception des actions jusqu'aux indicateurs et à l'évaluation. Le CHU est désormais dans une phase de routine. Deux actions majeures commencent, sur fonds propres :

- La première est une démarche MECC dans deux sites pilotes (les urgences adultes et les consultations de chirurgie digestive) et avec deux déterminants de santé (alcool et tabac). Une formation de deux demi-journées est dispensée aux infirmières concernées par cette étude pilote. Sur la base du volontariat, des entretiens de repérage et de motivation sont proposés à tous les patients des deux services. Les professionnels sont enthousiastes sur la formation, malgré le format court. Sur cette base, une boîte à outils doit être créée pour passer à une phase industrielle. Les critères d'évaluation sont en cours de construction.
- La deuxième thématique majeure engagée cette année est le projet de santé environnementale. Le but est d'en faire un volet systématique dans le prochain projet d'établissement.

**Pr François Alla, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux**, ouvre un temps d'échange avec la salle. Les quatre intervenants l'ont souligné. Pour que les équipes médico-soignantes s'investissent en prévention, il faut passer par la formation, mais aussi par les partenariats, une structuration stratégique et une structuration des services. La question est aussi de comprendre la place des

nouvelles fonctions (animateurs, chargés de projets, accompagnateurs...) qui facilitent l'appropriation par les établissements.

**Pr Marion Albouy, Centre hospitalier universitaire de Poitiers**, évoque le métier d'externe en médecine. Depuis peu, ces externes ont été formés aux interventions brèves. Ils ont commencé dans la salle d'attente de la Villa Santé, sur des thèmes en lien avec l'actualité. Grâce au projet de lieu de santé promoteur de santé, il est envisagé de demander à tous les externes en médecine de préparer ou d'implémenter des interventions brèves, dans le cadre d'un stage clinique. Cela nécessite d'avoir des moyens en termes de management. Un chef de clinique est dédié à cet encadrement. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un nouveau métier, mais plutôt d'une nouvelle mission.

L'infirmier en pratique avancée (IPA) est un nouveau métier. Les IPA sont des acteurs clés qui ont la culture de santé publique et la motivation pour développer ces actions. Toutefois, à l'hôpital, les postes qui leur sont confiés sont plus des postes d'optimisation thérapeutique que de gestion de parcours de santé publique. On ne peut que regretter l'absence d'une filière spécifique à la santé publique.

Les agents d'accueil sont également au contact de la population. Ces agents mériteraient d'être formés aux interventions brèves à la culture de santé publique.

**Pr David BOULATE**, par le biais de dépistage des cancers du poumon. Les patients sont comorbides, fumeurs. Il faut d'une part réfléchir aux synergies entre la prévention et le dépistage. Par ailleurs, ce type d'activité peut être délocalisé à des infirmiers et des coordonnateurs. Enfin, il faut pouvoir démontrer le retour sur investissement des actions de formation. Pour y parvenir, il faudrait lancer un nouveau projet national sur 5 ans avec des financements pérennes et impliquer des professionnels de santé, des spécialistes et des personnels paramédicaux. L'idée serait d'étaler ces interventions sur un ou deux ans pour les patients. A la fin, l'objectif est de démontrer que cela rapporte de financer la montée en compétences des infirmiers.

**Pr François Chollet**, précise quelques exemples d'opérations montrent une efficacité à travers d'indicateurs. L'approche populationnelle, telle qu'elle a été développée dans 15 régions françaises sur le diabète et l'insuffisance cardiaque, démontre que le fait d'agir sur toute la population permet de diminuer très clairement le passage aux urgences. Il faudra multiplier ces exemples. Il est compliqué d'avoir un indicateur global pour l'ensemble des 4 déterminants de santé que sont l'alimentation, l'activité physique, le tabac et l'alcool. Il est plus aisé d'avoir des indicateurs sur des maladies.

**Anne-Carole Bensadon, Inspection générale des affaires sociales**, rappelle qu'il existe un rapport Igas sur le dépistage organisé. Il montre l'intérêt de coupler la prévention à des démarches de dépistage. Le fait de proposer uniquement la prévention dans le projet est une manière de faire reconnaître les établissements de santé comme des acteurs de la prévention primaire pour accéder un financement systémique. Dans le projet actuel, la phase pilote peut être l'occasion, pour les établissements, de rajouter une partie dépistage, hors financements. Si les résultats sont positifs sur la phase pilote, cela pourra amorcer une généralisation.

L'Igas est preneur des éléments d'expérimentation sur la ville de Marseille.

**Pr François Alla, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux**, confirme que l'articulation, entre prévention primaire et dépistage, est en effet cruciale.

## PLÉNIÈRE 1 : CERTIFIER LES LIEUX DE SANTÉ PROMOTEURS DE SANTÉ

### ➤ **Marianne Hochet et Anne Denise, RESPADD**

**Marianne Hochet** souligne que cette intervention vient compléter les échanges de la matinée sur l'importance d'avoir des indicateurs et des outils qui permettent d'évaluer les lieux de santé promoteurs de santé (LSPS).

Le réseau LSPS est le relais national en France du réseau international *Health Promoting Hospitals* (HPH). Ce réseau international a vocation à proposer des outils et des supports. Depuis de nombreuses années, le réseau HPH propose des standards de promotion de la santé (gouvernance, accessibilité des soins, promotion de la santé...) Ces standards ont été retravaillés en 2020 et publiés en 2021. Un outil d'évaluation en a été tiré. Une notation entre zéro et dix permet de se situer sur l'échelle d'accomplissement. Un deuxième support émane de cet outil : un tableur Excel. Ce tableur reprend les mêmes informations.

À partir de ces éléments internationaux, l'outil d'auto-évaluation HPH a été traduit en français et adapté. Les 5 standards sont devenus les 5 piliers de la promotion de la santé pour un lieu de santé. Les outils d'auto-évaluation permettent certes de se situer dans la démarche et de faire un état des lieux de l'avancée de la structure. Toutefois, ce formulaire s'avère long, complexe et redondant. Sur cette base, il est difficile de s'attribuer une note. Par ailleurs, en pratique, ce document est difficilement utilisable. Cela nécessite d'aller interroger un large panel de professionnels d'une structure. Face à ces constats, le RESPADD a voulu adapter l'outil au contexte français, en simplifiant certains items, mais en conservant la trame de référence. L'idée est aussi d'avoir une expérimentation auprès de lieux de santé pilotes dans le réseau LSPS, pour soutenir l'implémentation. Enfin, l'objectif serait de tendre vers une reconnaissance au travers d'une certification.

Dans cette perspective, une recherche-action a été lancée en janvier 2025 pour une année. Cette démarche est financée sur fonds propres. Pour ce projet, le RESPADD bénéficie d'un partenariat fort avec l'équipe EVIDANS (CHU de Bordeaux/ISPED). Un accompagnement méthodologique de la recherche-action est proposé. Un certain nombre de lieux de santé pilotes implémenteront le formulaire afin d'avoir des retours sur son exploitation sur le terrain. Ces pilotes sont des établissements adhérents au réseau LSPS et Lieux de santé sanitaire. L'expérimentation se fait sur la base du volontariat. Les structures volontaires sont diversifiées et de taille variées : Lieux de santé publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) ; MCO/santé mentale ; CHU/CH de proximité.

L'objectif principal de cette recherche-action est de renforcer l'engagement des Lieux de santé en promotion de la santé. Les objectifs spécifiques sont la validation d'un formulaire d'auto-évaluation et la conception d'une méthodologie d'accompagnement basé sur un outil international à destination des Lieux de santé promoteurs de santé (LSPS). L'idée est de parvenir à un processus de certification des Lieux de santé en promotion de la santé.

Dans le cadre de cette recherche-action, des livrables seront conçus. Les livrables finaux sont les suivants : formulaire d'auto-évaluation ; manuel d'accompagnement ; rapport pour le réseau HPH. Les livrables intermédiaires sont les suivants : grille d'entretien ; état des lieux d'entrées ; rapport sur l'expérimentation. L'idée est de pouvoir partager les premiers retours au réseau HPH. La France est le premier pays à expérimenter l'outil de la sorte.

**Anne Denise** propose de faire un focus sur la méthodologie. La phase d'état des lieux s'étale jusqu'à la fin du mois d'avril. Il consiste en premier lieu à créer des liens avec l'ensemble des parties prenantes (RESPADD, EVIDANS et Lieux de santé pilotes). Des entretiens préliminaires sont réalisés avec les coordinateurs LSPS et des temps d'échange avec les comités locaux sont organisés. La première traduction du formulaire d'auto-évaluation a été adaptée aux politiques sanitaires françaises.

La phase d'expérimentation se déroulera entre mai et septembre. La V1 du formulaire d'auto-évaluation sera déployée et implémentée dans les Lieux de santé pilotes. Dans un second temps, une analyse des retours du terrain sera réalisée (formulaires, questionnaires, entretiens). Un travail sera mené sur la pondération des standards.

Après la phase d'expérimentation, la phase de calorisation et de communication s'étalera de septembre à décembre. Cette étape essentielle permettra la validation potentielle d'une V2 du formulaire. Une réflexion sur la forme de l'outil d'auto-évaluation sera menée. Après le fichier PDF et le fichier Excel, un outil en ligne pourrait être proposé pour faciliter le remplissage. Enfin, un bilan global sera fait. Tous les livrables seront finalisés. Cette auto-évaluation sera diffusée à l'international, à travers le réseau HPH.

La phase d'expérimentation sera découpée en 3 phases :

- La première phase test sera orientée vers les hôpitaux.
- La seconde phase permettra de mener une analyse fine avec les remontées du terrain.
- La dernière phase permettra de valider la V2 et mener une réflexion sur la forme.

Un état des lieux à date est présenté. Pour le recrutement des Lieux de santé pilotes, il est demandé :

- Un entretien préliminaire avec le coordinateur,
- Une réunion du comité de pilotage/groupe de travail,
- Le remplissage du formulaire d'auto-évaluation,
- Un entretien qualitatif suite au remplissage,
- Un questionnaire suite au remplissage.

Quelle est la plus-value pour un établissement d'intégrer la cohorte ?

- Un accompagnement privilégié pour renforcer la démarche dans le Lieu de santé,
- Des échanges d'expériences avec les autres Lieux de santé pilotes,
- Une première entrée dans un processus de certification éventuel.

À ce stade, les lieux de santé pilotes ont été principalement recrutés en Charente et en Loire-Atlantique. La liste montre une hétérogénéité des établissements.

Le formulaire a été adapté tout en respectant le format et la trame validés au niveau international :

- Homogénéisation du vocabulaire
- Simplification des items
- Ajustement au contexte français

À ce jour, quelques entretiens préliminaires ont été réalisés avec les référents LSPS et avec les comités de pilotage LSPS. Une réflexion sur la méthodologie d'exploitation des données est en cours.

Les premiers constats sont les suivants :

- Bonne adhésion et bonne représentativité des Lieux de santé pilotes
- Intérêt marqué pour la démarche d'évaluation/certification

- Cohérence entre le formulaire adapté et la version originale
- Disparité forte des connaissances et de l'engagement entre référents et comités de pilotage
- Difficultés marquées dans l'appropriation du formulaire et des standards

Ces premiers constats seront des axes de travail pour la suite.

**Marianne Hochet** rappelle que l'idée de cette recherche-action est de créer une cohérence entre les démarches locales, régionales, nationales et internationales. Cela relève l'importance de l'évaluation des actions en promotion de la santé et de l'évolution d'un Lieu de santé. Cette démarche nécessite également d'avoir des supports adaptés et accessibles, quel que soit le niveau d'engagement des structures et des professionnels. À la fin de cette expérimentation, le livrable sera utilisable par tout un chacun, quel que soit le niveau de compréhension et de connaissance de la promotion de la santé.

Les résultats de cette recherche-action seront beaucoup plus aboutis l'année prochaine. Les supports seront mis à disposition.

**Cécile Jaglin, Centre hospitalier universitaire d'Angers**, demande s'il est encore temps de rentrer dans cette démarche de recherche-action.

**Marianne Hochet** répond positivement. Le CHU d'Angers répond à tous les critères.

**Anne Denise** précise que certains établissements refusent d'adhérer à la démarche, non par manque d'intérêt, mais par manque de temps pour se plonger dans le projet. L'intérêt pour les établissements est de structurer leur démarche et d'avoir une certaine avance dans une perspective de certification.

**Marianne Hochet** ajoute que certaines structures sont investies et ont déjà prérempli le formulaire. Ce travail mobilise beaucoup d'acteurs dans la structure. En effet, il faut s'adresser à tous les services de manière transversale, en ayant en tête de nombreux déterminants de santé.

**Une intervenante** Elle espère que cette certification pourra être validée et reconnue au niveau national. Cela peut permettre de lever certaines réticences chez certains directeurs ou au sein des ministères et des ARS. Cela semble être un levier important.

**Anne Denise** assure que le lien avec la certification HAS fait partie du plaidoyer pour les établissements.

**Martine Valadié-Jannel, COREADD**, félicite les équipes pour ce travail de formalisation, de réflexion et d'auto-analyse pour les établissements. Les démarches de promotion de la santé sont souvent reliées aux dynamiques locales. Il serait intéressant de connaître le rythme de la certification. Par ailleurs, il convient de savoir comment associer les patients à la démarche.

**Marianne Hochet** explique que la question de la périodicité et de la régularité du remplissage n'est pas encore tranchée. La préconisation serait de remplir le formulaire chaque année, mais c'est l'expérimentation qui permettra d'y voir plus clair. Il faut aussi identifier les contributeurs et déterminer la durée du remplissage.

Les représentants des usagers sont intégrés aux comités locaux. Ils seront donc représentés dans le second entretien préliminaire. Ils sont naturellement intégrés dans la démarche, car un certain nombre d'actions s'adressent à eux.

**Anne Denise** ajoute qu'au-delà des usagers et des patients, c'est tout le maillage territorial qui est évalué dans ce questionnaire, avec l'intégration dans des CLS et des CPTS. Le lien entre la médecine hospitalière et la médecine de ville est évalué. L'objectif est d'avoir un panorama global de la position du lieu de santé.

**Nicolas Bonnet, Directeur du RESPADD**, demande des précisions sur les certifications internationales et souhaite savoir quel écho est donné au travail mené par le RESPADD, dans le réseau international. Par ailleurs, il demande comment capitaliser la certification LSST dans la certification Lieu de santé promoteur de santé.

**Marianne Hochet** indique que seuls trois pays ont traduit l'intégralité des standards : l'Allemagne, l'Italie et la Suède. Il s'agit d'une traduction littérale qui n'a pas été expérimentée au travers de recherche-action. La France est pionnière. En Belgique, une expérimentation a été menée sur un seul standard. Ces outils sont importants pour les acteurs du réseau international. Le fait de pouvoir mesurer l'adaptabilité et l'acceptabilité de ces outils internationaux dans des contextes locaux est une véritable attente.

Le label LSST ne cible pas les déterminants de santé et les facteurs de risque de façon fléchée. La plupart des items sont relativement larges. Deux labels sont expressément cités sur deux sous-standards, à savoir LSST et IHAB. Ces deux critères doivent donc être mesurés. Certains critères ne sont pas applicables. Ce sujet sera traité dans le cadre de la recherche-action.

## PLÉNIÈRE 2 : SYSTÉMATISER LA PROMOTION DE LA SANTÉ : LES INTERVENTIONS BRÈVES

### **Intervenants :**

- **Nicolas Bonnet, RESPADD**
- **Jean-François Périllaud, Centre hospitalier d'Angoulême**

**Jean-François Périllaud, Centre hospitalier d'Angoulême**, est infirmier de secteur psychiatrique dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Dans ce centre, les principes du RIPB dans différentes situations.

**Nicolas Bonnet, RESPADD**, est pharmacien de santé publique et responsable de la consultation d'addictologie pour adolescents et jeunes adultes de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Le Repérage Précoce et Intervention Brève en alcoologie (RPIB). Le RPIB est un savoir-faire sur mesure des professionnels de la relation d'aide. Ce savoir-faire est facilement applicable et accessible à tous les professionnels.

Pour repérer précocement, il faut avoir en tête quelques éléments épidémiologiques. Pour commencer, il convient de repérer les comportements fortement prévalents (alcool, tabac, activité physique et alimentation). Le point d'ancrage passe par un questionnaire systématisé auprès de l'ensemble des personnes rencontrées. Il s'agit d'auto-questionnaires mis à disposition du public. Ils sont auto-motivationnels. Ils engagent la personne dans une démarche d'arrêt de sa consommation. Le simple fait de remplir le questionnaire amène une baisse de la consommation de 30 % chez les personnes non dépendantes. Ces questionnaires suscitent aussi des demandes et des besoins en termes de soins. L'idée est de créer des réseaux et d'avoir des ressources à proposer. C'est une condition sine qua non pour faire du RPIB. Les questionnaires sont tous validés par la littérature. Ils fonctionnent bien et amènent à des changements de comportement, plus ou moins durables.

L'intervention brève sert à agir sur différentes dimensions, en partenariat, pour et avec la personne. C'est agir de façon empathique en proposant un soutien de manière altruiste. Dans l'entretien

motivational, il convient de faire verbaliser positivement le changement, sans se focaliser sur les obstacles. L'intervention brève, c'est une garantie de succès. Elle est sans risque. C'est la possibilité d'être surpris. Pour pouvoir se faire surprendre, il faut systématiser ce repérage auprès de tout le monde. Le RPIB est éthique. Il est très connu des professionnels de la relation d'aide. Les pouvoirs publics s'appuient sur la vertu de ces professionnels pour continuer à réduire les budgets tout en garantissant les soins.

Le questionnaire comprend 7 questions ouvertes, notamment sur les éléments à mettre en place pour réussir à modifier la consommation et les aides pour y parvenir. L'objectif est de renforcer l'efficacité personnelle et l'autonomie de la personne.

Les interventions très courtes peuvent être multipliées. Elles seront toujours efficaces sur les comportements prévalents. Avec du temps, il est possible d'aller vers des interventions plus longues. Les professionnels cherchent l'épanouissement des personnes dans les meilleures conditions possibles, en agissant sur les comportements de santé. Avec de meilleurs financements, des actions plus pérennes pourraient être menées.

**Jean-François Périllaud, Centre hospitalier d'Angoulême**, explique que les professionnels de la relation d'aide interviennent dans des manifestations grand public. Ils rencontrent de nombreuses personnes, à différentes occasions. Pour le Mois sans tabac et Janvier sans alcool, le CSAPA souhaiterait avoir un soutien financier un peu plus conséquent.

Dans le service, les Consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été développées. Le RPIB est appliqué dans ce contexte. Les orientations sont faites, en collaboration avec les collègues sur le terrain. Des consultations avancées sont organisées dans les établissements scolaires, en collaboration avec les personnels de l'Éducation nationale qui sont au contact direct des jeunes. Cela demande de la préparation et de la formation en repérage. Le CSAPA est géré par le service de psychiatrie. Des références communes sont utilisées pour repérer les choses anormales dans la vie des jeunes. Le mal-être et le début de consommation de produits peuvent être liés. Avec les consultations jeunes consommateurs, l'objectif est d'intervenir avant que la consommation s'installe et devienne régulière. Les professionnels de santé interviennent, autant que faire se peut, auprès de toute la communauté éducative de l'établissement.

Les interventions sont adaptées en fonction des populations. Les usages sont différents. Les produits ne sont pas utilisés par les mêmes tranches d'âge. La consultation permet de balayer l'ensemble des problèmes. Actuellement, le problème le plus récurrent est l'addiction aux écrans. Le questionnaire permet d'obtenir des informations sur la vie de la personne et sur les règles d'utilisation des écrans dans son environnement personnel. D'autres questions portent sur le sommeil, l'alimentation, les activités, le cercle d'amis, la fête, l'expérimentation, la consommation de drogues... Le non-jugement est une notion importante. Le professionnel de santé est là pour recevoir les propos. C'est la condition du lien. Le jeune a aussi les capacités d'évaluer sa dépendance. Les personnels de la relation aux soins apprennent beaucoup des personnes qu'ils rencontrent. Il est important d'utiliser ces savoirs. Que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural, la consommation évolue.

Il faut également appliquer le principe de la réduction des risques. L'objectif de la personne n'est pas forcément d'arrêter sa consommation. Cela nécessite un accompagnement adapté, pour amener la personne vers un changement. Ensuite, des solutions lui sont proposées.

**Nicolas Bonnet, RESPADD**, s'enquiert des soins qui sont proposés dans les orientations.

**Jean-François Périllaud, Centre hospitalier d'Angoulême**, indique que les CSAPA ont la possibilité d'orienter vers des soins en addictologie. Le suivi est souvent assuré dans les établissements par l'infirmière scolaire. Au cours de l'entretien, des solutions sont programmées, en fonction également du projet de la personne.

**Une intervenante** demande à Monsieur Périllaud si, dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, il fait de la sensibilisation auprès des professionnels chargés d'orienter ou s'il intervient dans les établissements.

**Jean-François Périllaud, Centre hospitalier d'Angoulême**, répond que les deux se font. Il est parfois difficile de faire collaborer les différentes administrations. Il n'y a pas de liens évidents. Il y a toujours beaucoup d'obstacles qui ralentissent le projet. En Charente, une note pour systématiser l'interdiction des CJC dans les établissements a circulé. Il y a eu un retour en arrière. Les chefs d'établissement ont eu la liberté de choix. Ce CSAPA du Centre hospitalier d'Angoulême était implanté dans des établissements depuis de nombreuses années. Il a pu poursuivre les consultations avancées, en précisant que ces consultations ne sont pas des soins. Il a fallu expliquer à nouveau le principe du repérage précoce et montrer l'intérêt à tous les adultes. Il s'agit d'un réseau de collaboration entre adultes pour aider les jeunes. Depuis cinq ans, tout le monde s'accorde à dire que la population jeune va mal. Il serait dommage de se priver de ces interventions. Un élève qui ne vient plus en cours ou qui s'endort en cours, c'est un signe inquiétant. Il doit faire l'objet d'un repérage.

Les intervenants sont souvent dépendants des personnes plus haut placées dans la hiérarchie. Les décisions qui sont prises ne sont pas toujours compréhensibles.

**Nicolas Bonnet, RESPADD**, ajoute que cela rejoint l'importance d'avoir une politique cohérente entre les différents ministères et une pérennité des programmes. Les changements de programmes rendent les acteurs très mal à l'aise, voire en difficulté. Cela stoppe les actions et les initiatives qui peuvent être mises en place.

**Martine Valadié-Jannel, COREADD**, demande si des actions préventives plus générales sont organisées au sein des établissements où les équipes du CJC sont présentes. Par ailleurs, elle veut savoir si les élèves viennent spontanément et aussi s'il s'agit d'une demande de l'Éducation nationale. En effet, certains jeunes alcoolisés sont régulièrement reçus aux urgences des établissements.

**Jean-François Périllaud, Centre hospitalier d'Angoulême**, explique que cela peut fonctionner lorsqu'une équipe ELSA sur place travaille avec les urgences. Le programme qui était proposé par la Fédération Addictions n'est pas toujours appliqué dans tous les services d'urgence. À Angoulême, cela n'a pas été appliqué, faute de moyens. Un jeune qui passe pour alcoolisation importante aux urgences n'est pas systématiquement orienté sur les CJC. La CJC d'Angoulême n'est pas nécessairement connue des services d'urgences. Dans une région viticole, l'alcool est très présent chez les jeunes. À Cognac, ils ont accès très jeunes à des réserves d'alcool sans limites. Le problème est difficile à réguler.

**Nicolas Bonnet, RESPADD**, souligne que le sujet de l'alcool est un sujet commun. Lors des interventions brèves, un livret est remis avec le questionnaire. La littérature a démontré que la simple remise de l'information après un repérage est aussi efficace que l'intervention elle-même. Ces actions modifient les comportements durablement. Il faut des moyens et de la conviction. Il faut croire en la science. Les professionnels de la relation d'aide aiment avoir des retours. L'intervention brève permet d'autonomiser les personnes. Ils repartent avec un changement de comportement et ne reviennent pas. Le travail des professionnels est de renforcer leur efficacité.

Le RESPADD a développé des consultations alcool post-urgences qui visent à faire monter en compétence des infirmiers confrontés à ce public. Il y a des obstacles à la diffusion de ce programme au niveau national, car les équipes des urgences sont étriquées. On reste dans une fonction de base. Des programmes existent pour les jeunes et les adultes. Les acteurs présents à ce colloque doivent s'en emparer pour parvenir à renforcer la capacité des personnes à agir sur leurs comportements.

## ATELIER 1 : ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

**Discutant : Guillaume Queneau, Groupement hospitalier de territoire Charente**

**Intervenant.e.s :**

- **Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**
- **Yassine Akniouene, Centre hospitalier de Ruffec**
- **Manon Cognet, Centre hospitalier de Cognac**
- **Noémie Ferré, Centre hospitalier universitaire de Nantes**

**Guillaume Queneau, Groupement hospitalier de territoire Charente**, rappelle que 40 % des cancers reposent de l'exposition à des facteurs de risques évitables liés à nos modes de vie et à nos comportements (activité physique, alimentation, tabac et alcool). Avec le lancement en 2001, du premier Programme national nutritionnel santé (PNNS), la politique nutritionnelle est apparue comme une priorité en santé publique. En effet, la nutrition comprenant l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité est apparue comme un déterminant majeur en matière de santé. Son rôle comme facteur de protection contre les risques et les pathologies les plus répandus est de mieux en mieux compris (cancer, maladies cardiovasculaires, obésité, ostéoporose, diabète de type II).

Le dernier plan national de santé publique fait la promotion d'une nutrition satisfaisante pour tous les groupes de population, d'une priorité de prévention, afin de rester en bonne santé tout au long de sa vie. Ces stratégies globales s'articulent avec d'autres plans ou stratégies spécifiques. L'objectif est l'amélioration de la santé de manière générale pour l'ensemble de la population. Ces plans s'approchent plus spécifiquement de l'alimentation avec la PNNS. Une approche plus spécifique est tournée vers l'activité physique (Stratégie nationale sport santé – SNSSS). L'activité physique a été l'année dernière grande cause nationale, en lien avec les Jeux olympiques. Il y a également une approche par la pathologie (plan cancer et feuille de route obésité), une approche fonctionnelle avec la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Une autre approche tente à émerger de plus en plus : l'approche environnementale avec le Plan national santé environnement.

Il est proposé de faire une focale sur l'alimentation et l'activité physique. Les intervenants de cette table ronde sont tous enseignants en activité physique adaptée.

**Dr Noémie Ferré, Centre hospitalier universitaire de Nantes**, est à la fois médecin de santé publique et enseignante en activité physique adaptée.

Le CHU de Nantes emploie 13 466 personnes, dont une majorité de femmes. Il compte environ 3 000 places d'hospitalisation. Un déménagement sur le site de l'île de Nantes est prévu pour 2027. Il y aura à côté un espace dédié à l'innovation en prévention santé. Ce projet est co-porté avec la Métropole.

Le Hall Santé est rattaché au service de santé publique. Une équipe pluridisciplinaire y travaille : médecins, chargés de projets, pharmaciens, méthodologistes et biostatisticiens. Ce Hall Santé s'articule autour de 4 grandes missions :

- Déployer le label « lieu de santé promoteur de santé » au sein du CHU
- Former et sensibiliser les professionnels et les étudiants
- Accompagner la méthodologie de projet prévention/promotion
- Animer un réseau de partenaires en santé

Les grands thèmes abordés sont la santé environnementale, l'activité physique, l'éducation thérapeutique du patient et le partenariat patient.

Les grands publics bénéficiaires LSPS sont de trois ordres :

- les bénéficiaires de soins et leur entourage,
- les professionnels,
- la communauté du territoire.

En termes d'alimentation durable, au CHU de Nantes, environ 2,5 millions de repas sont servis chaque année. Les approvisionnements sont générés au niveau national avec une forte volonté d'approvisionnement au niveau local. Les approvisionnements biologiques sont à hauteur de 12 %. L'alimentation durable est structurée autour de 4 axes :

- la végétalisation des assiettes,
- la lutte contre le gaspillage,
- la réduction du plastique,
- le don alimentaire.

En termes d'activité physique, les équipes d'éducation thérapeutique du patient sont accompagnées par l'outil PLANET. Il s'agit d'une mallette pédagogique dédiée, utilisée également en prévention primaire. L'autre action est une communauté de pratiques des enseignants en activité physique adaptée, qui permet l'échange et l'infusion des bonnes pratiques en activité physique.

Le statut d'APA a été reconnu il y a peu de temps. Par ailleurs deux projets de recherche sont en place pour les bénéficiaires de soins :

- PHRIP Hématologie sur la pré-habilitation des capacités physiques des Adultes traités par CAR-T Cells,
- M2 STAPS Pédiatrie : évaluation de l'impact de l'APA chez les enfants suivis pour cardiopathie congénitale, drépanocytose, obésité.

S'agissant des professionnels, le Hall Santé développe depuis plusieurs années les Semaines de la promotion de la santé. Une thématique phare par an est choisie. L'événement se déroule sur une semaine avec plusieurs formats d'intervention (ateliers participatifs, quizz...). L'activité est ouverte aux CPTS cette année avec le thème de la santé mentale. Le Pôle ressources humaines a choisi cette thématique phare en nouant des partenariats avec des mutuelles hospitalières. Une plateforme sport-santé est à disposition avec l'idée de favoriser la pratique pendant ou en dehors du temps de travail. Le Programme Ressources propose une intervention à visée de réduction du stress (méditation, autohypnose, taï chi...). Ce programme est en cours d'évaluation.

L'accent est mis sur la mobilité durable avec un renforcement notamment des parcs de stationnement pour vélos et trottinettes. Le CHU propose un service d'entretien des vélos sur site. Au mois de

mai 2023, le CHU a participé au « Mois de mai à vélo ». Des incitations financières sont également proposées.

Au niveau de la communauté du territoire, les actions passent notamment par le Service sanitaire des étudiants en santé. Cet enseignement pluriprofessionnel est en place depuis la rentrée 2018 et propose aux étudiants de réaliser des interventions d'éducation pour la santé, y compris en milieu scolaire. L'année dernière, l'activité physique et l'alimentation représentaient environ 37 % des thématiques choisies. Un travail vient de démarrer avec Nantes Université : une feuille de route autour de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité à destination des étudiants et des professionnels. Le dernier projet en lien avec la communauté du territoire est l'accompagnement, c'est le Contrat local de santé (CLS). Le projet passe à l'échelle métropolitaine. Le comité de pilotage du CLS a choisi de faire travailler sur des thématiques prioritaires, dont l'activité physique.

L'article 51 « As du cœur » (ADC) engage 5 régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur), 11 départements, 9 SMR cardiologie, 38 structures effectrices APA. L'expérimentation d'un programme d'activités physiques sur 5 mois allie la pratique et des approches motivationnelles. 466 patients ont été inclus et patients comparés à 1300 patients témoins SNDS appariés. Le taux d'hospitalisation des patients ADC est de 38,4 % contre 50,8 % pour les témoins SNDS. Ce sont environ 3 000 euros de moins pour les patients ADC. Le Ministère attend des données plus complètes pour statuer sur une généralisation du programme.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, coordonne le dispositif Prescription en exercice physique pour la santé (PEPS). Il présente une rapide chronologie de la nutrition. Le premier PNSS a été lancé en 2001, mais les premiers concepts remontent à l'Antiquité. Aristote considérait l'exercice physique et une alimentation équilibrée comme cruciaux pour le développement des citoyens.

Le constat en Charente est le suivant (chiffres 2019) :

- 25 % des enfants en trouble pondéral
- 35 % des jeunes ne pratiquent pas d'activités physiques en dehors des cours d'EPS
- 51 % des adultes en surpoids, 14 % en obésité
- 33 % des adultes sont physiquement actifs
- 48 % ont un niveau faible de pratique
- La sédentarité touche 60 % de la population.

La stratégie PEPS est une déclinaison de la stratégie nationale. Elle se décline en trois axes :

- La promotion et le développement d'espaces de pratique d'activités physiques au quotidien
- L'activité physique sur prescription médicale
- La recherche et le développement

La finalité est de promouvoir l'activité physique, sportive et artistique à tous âges de la vie. Le PEPS donne aux médecins et à leurs patients un cadre validé, protégé et sécurisé afin de favoriser une pratique d'activité physique sur prescription médicale dans les meilleures conditions. Depuis 2022, tout médecin peut prescrire du PEPS. Un formulaire est utilisé pour entamer un dialogue avec le bénéficiaire et développer l'entretien motivationnel. Le PEPS est là pour accompagner les bénéficiaires (publics 2 et 3 de l'HAS) au changement comportemental. La HAS précise que l'activité physique n'est jamais absolument et définitivement indiquée dans la plupart des pathologies chroniques et elle fait souvent partie de leur prise en charge. La finalité est de préserver l'autonomie de la personne et l'espérance de vie en bonne santé. Via la prescription, le médecin peut conseiller de limiter le temps

de sédentarité ou certaines activités physiques, accompagner une maladie chronique ou les traitements.

Les bénéficiaires sont orientés vers les plateformes d'évaluation pour faire un bilan de condition physique, un entretien motivationnel. Six tests de condition physique sont réalisés pour évaluer l'équilibre, la souplesse, la mobilité, les capacités cardiovasculaires et respiratoires, mais aussi la motivation.

Le PEPS (stratégie 2019-2024) s'est développé en 2020 en Charente. En 2024, 700 nouvelles personnes ont été incluses dans le dispositif. La file active était de 1 000 personnes au 31 décembre. Les bénéficiaires ont en moyenne 52 ans et sont en majorité des femmes. Pour autant, le public cible ce sont les publics en obésité. Environ 300 médecins prescrivent une activité physique. L'évaluation de l'impact reste difficile pour le moment. En revanche, on note une bonne adhésion à la prescription et une adhésion au système d'information qui permet de collecter des données. En outre, le taux d'abandon est très faible (10 %) chez les personnes qui intègrent le dispositif.

**Yassine Akniouene, Centre hospitalier de Ruffec**, est coordonnateur de la Maison Sport Santé (MSS) du CH de Ruffec. Les MSS sont des structures créées par l'État afin de favoriser un mode de vie sain. Elles ont été créées en 2019 dans le cadre de la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024. En 2021, le territoire national comptait 436 MSS.

La Charente regroupe 5 MSS. 3 ont reçu leur agrément en 2022.

- Barbezieux avec une antenne sur Cognac porté par l'association Sport santé Charente
- Chasseneuil sur Bonnieure porté par la commune
- Grand Angoulême porté par la CDC du Grand Angoulême
- La Rochefoucauld en Angoumois porté par le Centre Hospitalier
- MSS Ruffec porté par le Centre Hospitalier

La MSS de Ruffec couvre un territoire de 3 500 habitants et 83 communes. Elle est labellisée depuis 2023.

Les MSS s'adressent à un large public, notamment les personnes en bonne santé qui n'ont jamais pratiqué une activité physique et/ou sportive et les personnes souffrant de maladies chroniques, quel que soit leur âge.

Les objectifs principaux de la MSS sont les suivants :

- Lutter contre la sédentarité
- Accéder à une activité physique et sportive
- Lutter contre les pathologies chroniques
- Promouvoir les activités physiques

Les missions de la MSS sont les suivantes :

- Informer sur les offres d'activités physiques et sportives du territoire
- Sensibiliser les professionnels de santé à l'activité physique
- Évaluer toute personne sur prescription médicale ou sur rendez-vous
- Orienter vers des offres d'activités physiques et sportives sur le territoire
- Accompagner

Des ateliers Passerelle sont organisés en lien avec le dispositif PEPS. Il s'agit d'un programme gratuit adapté sur une durée de 3 mois renouvelables une fois (12 séances). Sont proposés des séances

d'activités physiques adaptées, du renforcement musculaire et cardiorespiratoire ainsi que des exercices d'équilibre et de souplesse. Un suivi téléphonique à 6 mois, à un an et à deux ans est mis en place. Les activités sont organisées en groupe de 8 à 12 personnes dans trois localités en Charente : Ruffec, Villefagnan, Aigre.

Des actions en santé publique (Mars bleu, Octobre rose, Journée nationale de dénutrition, HDJ diabétologie, etc.) sont également proposées en binôme avec la diététicienne :

- Information sur l'effet de l'activité physique adaptée
- Tests de condition physique
- Orientation dans le dispositif ou vers d'autres partenaires

Quelques chiffres en 2024 :

- Nombre de médecins prescripteurs : 39
- Nombre de bilans réalisés : 99
- Nombre de personnes suivies : 103
- Nombre d'accueils/information : 50
- Nombre de bénéficiaires de séances d'APA (Passerelle) : 75
- Nombre d'ateliers Passerelle : 9

**Manon Cognet, Centre hospitalier de Cognac**, est Diététicienne-Enseignante en activités physiques adaptées. Elle exerce principalement sur les hôpitaux de Grand Cognac, avec un public de personnes âgées. Des ateliers de promotion de la santé sont proposés. Un cycle est axé sur une pathologie. Un autre est axé sur une activité physique. Chaque cycle dure deux mois et comprend 3 à 4 ateliers APA, 1 atelier nutrition et 1 atelier cuisine. Ces ateliers sont destinés à tous les résidents ou patients de l'établissement. Cette année, le projet vise à proposer les ateliers aux personnes de la Maison de Santé de Châteauneuf.

Les ateliers en activités physiques adaptées poursuivent trois objectifs :

- Adapter l'activité physique à la pathologie et aux capacités du patient
- Pratiquer un sport que les patients avaient l'habitude de faire plus jeunes
- Maintenir l'autonomie (prévention de chutes, équilibre...)

L'atelier nutrition permet de donner aux résidents les conseils diététiques les plus adaptés à leur pathologie.

L'atelier cuisine s'adresse aux résidents de différents services et les patients de l'accueil de jour.

Le projet a été lancé en septembre 2023. 7 personnes étaient inscrites. En 2024, 39 personnes étaient inscrites. Sur cette année, 6 personnes sont inscrites pour le premier cycle et une dizaine sur le second cycle.

Les résultats observés sont les suivants :

- Gain en force musculaire
- Maintien de l'autonomie
- Renfort de l'équilibre
- Plaisir et partage

L'objectif pour 2025 est de proposer les ateliers aux patients de la Maison de Santé.

**Une intervenante** s'enquiert des ressources humaines et des équipements à disposition.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, fait observer que la population de Charente n'est pas comparable à celle de Bordeaux. Les besoins en espaces, en locaux et en temps ne sont pas les mêmes. En termes de ressources humaines, la saturation est proche. Ce n'est pas un problème 700 à 800 personnes par an. En termes d'orientation, la réponse n'est pas équitable sur tous les territoires. Toutefois, des solutions sont trouvées pour accompagner les personnes, y compris à domicile.

**Une intervenante** travaille à la CPTS de Charente. Elle s'enquiert de l'organisation logistique des ateliers et du mode de facturation.

**Yassine Aknouene, Centre hospitalier de Ruffec**, indique qu'à Ruffec, la structure s'est vu proposer des gymnases gratuitement. Un loyer symbolique est payé pour le site d'Aigre. Les bénéficiaires sont reçus sur prescription médicale.

**La même intervenante** demande s'il est possible de délocaliser l'activité.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, répond que cela est possible sur le Grand Angoulême. Des plateformes mobiles se déplacent de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) en MSP, par cycle de trois mois. L'idée est de faire de la communication auprès des médecins pour les impliquer dans le dispositif et pour pouvoir tester les actions. Les séances sont réalisées dans des salles dans les MSP ou à proximité. Ce modèle peut fonctionner. Il convient de mener un travail de partenariats avec les collectivités qui sont propriétaires des gymnases.

**Dr Noémie Ferré, Centre hospitalier universitaire de Nantes**, ajoute que l'activité physique n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie. Des parcours coordonnés renforcés pourraient être mis en place avec une enveloppe forfaitaire portée par les MSP. Les forfaits seraient redistribués aux professionnels de santé en activité physique adaptée. La problématique est aujourd'hui la même pour les diététiciennes ou les psychologues. Actuellement, la prise en charge financière est faite par les ARS via des appels à projets. Le Ministère alloue également une petite enveloppe aux MSP. Les financements sont éclatés.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, précise que cela dépend des porteurs de l'offre. Pour les CH, les passerelles sont gratuites. Sur le Grand Angoulême le tarif est de 10 euros pour trois mois. Sur le sud et l'ouest de la Charente, le tarif est de 40 euros pour six mois.

**Une intervenante** demande des précisions sur le métier d'enseignant en activité physique adaptée.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, répond qu'il s'agit d'une licence universitaire. Ce sont des prérogatives spécifiques pour encadrer une activité physique chez les personnes qui ne peuvent pas en pratiquer dans le droit commun.

**La même intervenante** a entendu parler des prescriptions en 2019, puis plus du tout. Elles souhaitent savoir si les patients de 40-60 ans en situation d'obésité et co-pathologiques peuvent bénéficier de ces prescriptions. Elle comprend que les patients doivent se déplacer dans les MSS.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, indique que des modèles de prescription existent. Le Dr Grosset en a diffusé sur le projet de santé alimentaire.

**La même intervenante** s'enquiert de la proportion de prescriptions.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, répond que la proportion est de 50-50 entre l'hôpital et la médecine de ville en Charente. Des prescriptions sont aussi réalisées en dehors du territoire, notamment à Poitiers et à Bordeaux.

**Une intervenante** est dans la logistique de mise en place d'un parcours. Elle demande si les formulaires sont intégrables aux logiciels.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, indique que le formulaire est sur Chorus. Pour la MSP, il est intégré dans le logiciel métier.

**Yassine Aknouene, Centre hospitalier de Ruffec**, ajoute que des modèles de prescription sont disponibles sur le site de l'Institut Français de l'Expérience Patient (IFEP).

**Une intervenante** demande l'évaluation avec les tests de condition physique et les entretiens motivationnels est un prérequis et si un texte de loi vient appuyer la démarche. Ce n'est pas un prérequis dans les Villas Santé, car cela reviendrait à faire de la rééducation et non de la prévention.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, souligne que cela fait partie de la charte d'engagement. Le texte de L'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps). La littérature existe.

**Dr Noémie Ferré, Centre hospitalier universitaire de Nantes**, ajoute que ce prérequis est également inscrit dans le cahier des charges des MSP. Il faut fournir le résultat de ces tests. En prévention primaire ou en promotion de la santé, l'approche n'est pas la même.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, signale que les tests utilisés dans le PEPS comportent des biais d'interprétation. L'interprétation doit être individualisée, en tenant compte de l'état de santé et de la qualité de vie. Ce n'est ni du soin ni du sport, mais sur de l'activité physique qui permet d'intégrer le changement comportemental.

**Guillaume Queneau, Groupement hospitalier de territoire Charente**, demande quels sont les retours d'expérience des bénéficiaires et quels sont les résultats sur la vie sociale.

**Yassine Aknouene, Centre hospitalier de Ruffec**, indique que le CH de Ruffec travaille sur un questionnaire de satisfaction. Généralement, les bénéficiaires sont satisfaits.

**Manon Cognet, Centre hospitalier de Cognac**, explique que cela crée des liens entre les personnes.

**Dr Noémie Ferré, Centre hospitalier universitaire de Nantes**, souligne que les résultats sur le programme « As du Cœur » sont très satisfaisants. Pour les professionnels, de manière générale, cela engendre une grande émulation.

**Guillaume Queneau, Groupement hospitalier de territoire Charente**, estime qu'il est important d'avoir ces retours sur les trois axes de la santé : mentale, physique et sociale.

**Sylia Kadem**, s'enquiert des méthodes mises en place pour sensibiliser les professionnels de santé.

**Yassine Aknouene, Centre hospitalier de Ruffec**, s'oriente directement vers les médecins du territoire pour leur parler du dispositif et des activités.

**Pierrick Hervéou, Dispositif d'appui à la coordination de Charente**, confirme qu'il y a beaucoup de porte-à-porte, au travers de visites dans les Maisons Sport Santé et chez les médecins. Les CLS et les CPTS sont également d'une grande aide sur ces questions. Une formation pour les éducateurs sportifs est proposée. Des déplacements se font dans les MSP avec les plateformes mobiles. Une intervention est faite aux futurs médecins dans les Départements de médecine générale.

**Guillaume Queneau, Groupement hospitalier de territoire Charente**, remercie les intervenants.

## ATELIER 2 : TABAGISME ET CONSOMMATION D'ALCOOL

**Discutante : Laura Isidoro, Groupement hospitalier de territoire Charente**

**Intervenant.e.s :**

- **Pr David Boulate, Assistance publique-hôpitaux de Marseille**
- **Maxence Ribet, Mutuelle nationale des hospitaliers**
- **Laura Isidoro, Jean-François Périllaud, Groupement hospitalier de territoire Charente**

**Maxence Ribet, Mutuelle nationale des hospitaliers**, explique que la volonté était de proposer un renforcement des capacités psychosociales des étudiants en sciences infirmières et plus largement en santé afin de renforcer leur pouvoir d'agir.

Année après année, il est constaté une augmentation du taux d'abandon et chute de la diplomation chez les étudiants en sciences infirmières. En parallèle, une dégradation du bien-être est observée entre l'entrée en L1 et la sortie de formation. Les étudiants ont été interrogés. Il est ressorti que l'idéalisation de la profession était l'un des facteurs d'abandon et d'échec principaux, notamment l'entrée en stage et la confrontation à la complexité du concret. Les compétences psychosociales (CPS) sont au cœur du problème.

Les CPS permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir, de maintenir un état de bien-être psychologique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives. Selon l'OMS, c'est un levier clé de la promotion de la santé :

- Les compétences cognitives
- Les compétences émotionnelles
- Les compétences sociales

Ces compétences ne sont pas spécifiques aux étudiants ou à un métier. En les renforçant, les étudiants en IFSI pourront travailler à court, moyen et long terme sur la santé mentale, la réussite scolaire et la pratique professionnelle.

Le programme Serum Psy proposé par la MNH booste les compétences psychosociales des étudiants en santé. Il s'agit d'un apprentissage par l'expérience. Cette expérimentation a été déployée dans trois établissements entre septembre et décembre 2024 auprès de 200 étudiants ayant vécu une expérience de stage. En 2025, ce corpus sera intégré aux unités d'enseignement. L'ARS a soutenu le déploiement du programme en Île-de-France. Ce type d'évaluation d'impact permettra de déterminer qu'il fonctionne afin de le déployer dans d'autres structures.

La MNH est administrée par des hospitaliers qui ont très peu la culture de l'évaluation de ce type de démarche. Le cabinet indépendant Improve a donc réalisé ce travail d'évaluation. Une comparaison a été faite avec des étudiants qui n'ont pas participé à la démarche avec une expérimentation en amont et une expérimentation en aval.

L'évaluation a montré une satisfaction globale élevée. Sur une échelle de 0 à 10, les étudiants attribuent en moyenne une note de 7,9/10 au programme Sérum Psy. Une amélioration significative des CPS est constatée chez les bénéficiaires du programme. Les étudiants ont été pratiquement unanimes à citer la gestion des émotions comme une compétence cruciale travaillée et acquise au cours des ateliers. Le programme a permis aux étudiants de faire davantage attention aux autres et de mieux les comprendre. La répétition et le format des ateliers (petits groupes, partage d'expériences) a

donné l'opportunité aux bénéficiaires de se rapprocher et de créer des liens forts. Une forte majorité des étudiants (75 %) estiment que leur participation au programme leur permettra de s'épanouir davantage dans leur prochain stage. Enfin, ce programme permet aux bénéficiaires de maintenir leur niveau de bonne humeur au quotidien.

Ces éléments d'évaluation permettront, en 2025, de démontrer aux ARS que le programme est prometteur et qu'il peut s'intégrer dans des politiques publiques, en lien avec les CHU/IFSI, afin de créer une dynamique territoriale. Un travail sera également mené avec les IFAS, les IBOD et les cadres de santé pour augmenter l'essaimage de la démarche.

**Une intervenante** indique que dans le Nord de la Charente-Maritime, l'IFSI travaille sur la stratégie École de santé sans tabac, avec des interventions sur les villes de Rochefort et de La Rochelle. À La Rochelle, les modules proposés aux 120 élèves sont fructueux. À Rochefort, le taux d'étudiants fumeurs est bien supérieur. Sur les deux sites, une augmentation du nombre de fumeurs est observée entre la première et la dernière année de formation.

**Maxence Ribet, Mutuelle nationale des hospitaliers**, estime qu'il y a un lien direct entre le mal-être vécu par les étudiants et l'entrée dans le tabagisme. L'amélioration des CPS chez les individus retarde ou diminue l'entrée dans le tabagisme ou les conduites addictives. La MNH est passée par le Fonds de lutte contre les addictions de la région Île-de-France pour obtenir des financements de l'ARS. Cette approche est dans la perspective des approches systémiques de promotion de la santé.

**Une intervenante** fait observer que l'environnement, l'encadrement et les équipes sont parfois toxiques. L'expression individuelle n'est pas forcément encouragée. Le système est très hiérarchique. Il ne suffit pas de développer les CPS.

**Maxence Ribet, Mutuelle nationale des hospitaliers**, en convient. La violence et la retranscription de la violence sont des éléments qui remontent du terrain. La place du travail, l'équilibre vie professionnelle et vie personnelle sont autant d'éléments qui changent les perceptions. À travers le premier volet du programme, la MNH interroge les étudiants sur leurs valeurs pour leur apprendre à composer avec les valeurs du collectif.

**Un intervenant** demande si des séances Addictions sont proposées.

**Maxence Ribet, Mutuelle nationale des hospitaliers**, répond par la négative. L'idée est de parler de la gestion des émotions de manière générale. Les addictions font partie des expériences vécues. Pour 2025, la volonté de la MNH est de pouvoir former les formateurs des IFSI et des écoles paramédicales afin que ces formateurs puissent adresser directement le programme, au sein des unités d'enseignement. Un travail d'identification des UE est en cours.

**Le même intervenant**, en tant que formateur, se demande comment apprendre, à des étudiants destinés à s'occuper d'humains, uniquement via des modules visioconférence. La présence physique proposée par la MNH est rassurante.

**Maxence Ribet, Mutuelle nationale des hospitaliers**, précise que trois séances sur dix ont été digitalisées afin de les intégrer dans les UE. Il reste toutefois 7 modules en présentiel.

**Martine Valadié-Jeannel, COREADD**, fait observer que les étudiants en médecine sont vus comme de potentiels ambassadeurs de la promotion de la santé, or, dans les premières années, ils ont parfois eux-mêmes des conduites addictives. Il serait souhaitable qu'ils puissent bénéficier de ce type de programme.

**Maxence Ribet, Mutuelle nationale des hospitaliers**, confirme que la volonté de la MNH est de déployer ces formations en santé de la manière la plus large possible. L'environnement d'un IFSI est plus fermé qu'un système universitaire. Il est donc plus facile de mettre en place un suivi rapproché.

**Une intervenante** demande si les formations en IFSI bénéficieront également du programme de la MNH.

**Maxence Ribet, Mutuelle nationale des hospitaliers**, explique que la formation doit durer trois jours (7 séances de 2 heures). Pendant deux jours, ils vivent pleinement le programme en tant que participants. Lors de la troisième journée, ils adoptent la casquette de formateur.

**Laura Isidoro, Jean-François Périllaud, Groupement hospitalier de territoire Charente**, propose de poursuivre avec trois autres présentations. Elle rappelle que les LSST font partie de la stratégie régionale de lutte contre le tabagisme. Plus de 1 000 établissements sont engagés au niveau national.

**Pr David Boulate, Assistance publique-hôpitaux de Marseille**, est chirurgien thoracique. Il se propose d'évoquer les synergies naturelles entre RPIB et le diagnostic des maladies somatiques liées au tabac. La plupart des personnes qui ont des addictions finissent par mourir de maladies somatiques. Sans symptômes, il faut dépister. Le tabac est responsable de 75 000 décès par an. Il faut faire de la vulgarisation pour faire prendre conscience du danger. Les soignants ne sont pas suffisamment formés.

Les maladies liées au tabac sont prises en charge en silo : les cancers, les maladies cardiovasculaires, les insuffisances respiratoires chroniques, la pneumologie et les addictions. La dépendance physique à la nicotine n'est pas dangereuse contrairement à la fumée de tabac. Les goudrons sont cancérigènes. Ils peuvent être mesurés dans le sang et les urines. Le monoxyde de carbone provoque des AVC et les infarctus du myocarde. Les maladies respiratoires chroniques consomment beaucoup en soins également.

Continuer à fumer entre 45 ans et 75 ans à 16 % de chances de développer un cancer des poumons. L'arrêt de la cigarette à l'âge de 50 ans permet de descendre à moins de 6 %. Cela démontre l'importance du sevrage tabagique.

Le programme MALETA (Maladies liées au tabac) vise à agir systématiquement en établissement de santé. Il s'agit de l'équivalent du RPIB en tabacologie et le pendant somatique. L'idée est de limiter l'incidence et les récurrences des maladies liées au tabac. L'objectif est aussi de rechercher les facteurs de risques de maladies liées au tabac (cholestérol, diabète, hypertension artérielle).

- La vaccination est intéressante pour la prévention des cancers chez les jeunes et pour les patients BPCO avec des symptômes (grippe, Covid et pneumocoque).
- Il convient par ailleurs de promouvoir l'activité physique à hauteur de trois heures par semaine.
- Pour la recherche de symptômes chez les asymptomatiques, le dépistage (oncologique, cardiovasculaire, respiratoire) est le premier levier. L'intervention brève permet de recommander des dépistages spécifiques.

Cette consultation est ouverte à toute la population hospitalière, aux accompagnants et aux personnels hospitaliers. La compétence RPIB est dans le programme de santé sans tabac. L'idée est aussi d'avoir des éléments minimums d'évaluation afin d'avoir des résultats et des financements pérennes. Les sources de financements sont la recherche (Amidex) et les appels à projets via l'ARS.

Dans le cadre du programme MALETA, de novembre 2023 à décembre 2024, 300 patients ont été recrutés. Plus de 1 200 consultations ont été réalisées. L'infirmière a été financée par l'ARS. En

parallèle, l'établissement s'est inscrit dans le dispositif LLST. L'idée est de généraliser la compétence du RPIB dans tous les pôles. Le suivi est une question centrale.

À l'Hôpital Nord de Marseille, une infirmière a été recrutée pendant un an. Elle est désormais coordinatrice du LSST. Une secrétaire et du matériel ont pu être financés. Par ailleurs une unité fonctionnelle administrative a été créée, avec une délégation de tâches pour l'infirmière.

346 prises de rendez-vous ont été enregistrées. 85 % des patients se sont présentés au rendez-vous. Sur 283 dossiers enregistrés, il y avait 244 patients tabagiques. Sur les dépistages somatiques, 290 dossiers ont été examinés :

- 55 ans d'âge moyen ;
- ratio hommes-femmes équilibré ;
- 28 % de patients athéromateux ;
- 1/3 des patients avaient déjà une maladie liée au tabac ;
- 29 % des patients avaient un antécédent de cancer dont 6,7 % avec un cancer évolutif ;
- 8,6 % de personnes BPCO déclaré.

Des interventions brèves sur les maladies cardiovasculaires ont été réalisées : hypertension artérielle, Dyslipidémie, diabète, BPCO, etc.

57 % des consultations pour sevrage tabagique sont faites par les IDE. 58 % des consultations sont faites en distanciel. Le taux de sevrage tabagique est de 50 % à trois mois après la première consultation. Il y a 50 % de probabilité de sevrage à 4 mois.

Dans les LSST, le statut tabagique apparaît dans le questionnaire des patients en hospitalisation ou en consultation. Les paramédicaux ont accès à la prescription nicotinique.

Lors du dépistage du cancer du poumon (50-75 ans) chez les patients athéromateux, on trouve 3 % de cancers. La prévalence de cancer chez les athéromateux est trois fois supérieure à la population générale.

**Une intervenante** fait observer qu'un grand pourcentage de personnes de moins de 50 ans souffre d'un cancer des poumons.

**Pr David Boulate, Assistance publique-hôpitaux de Marseille**, précise que selon les données à disposition, le cancer du poumon arrive rarement avant 67 ans. Un système d'information pour recueillir les données est en cours de développement. Ce SI pourrait être utilisé pour faire du suivi du sevrage tabagique et du dépistage dans d'autres programmes.

L'objectif principal est de poursuivre la démarche LSST à l'APHM et de pérenniser le programme MALETA, sous réserve de financement. Il convient en outre d'évaluer l'impact d'un projet transversal de prévention et de dépistage des maladies liées au tabac.

Le déploiement des LSST permet de faire évoluer les compétences des personnels soignants et paramédicaux. La mise en place d'une consultation démedicalisée pour les maladies liées au tabac est réalisable. Cela permet d'organiser un suivi du sevrage tabagique. Un travail de prévention et de dépistage peut être fait de manière synergique avec un projet de recherche. Le déploiement des programmes communs de dépistage et de prévention des maladies en milieu hospitalier doit bénéficier d'une mise en œuvre et d'une évaluation médico-économique.

**Laura Isidoro, Jean-François Périllaud, Groupement hospitalier de territoire Charente**, présente les programmes mis en place dans le cadre du dispositif LSST au Groupement hospitalier de territoire Charente.

Le GHT de Charente regroupe 7 établissements. L'établissement support est le Centre hospitalier d'Angoulême. Un groupe de travail a été mis en place avec des collègues de CSAPA, de l'équipe Addictologie et de l'équipe ELSA. Il se réunit une fois par trimestre. En 2024, un partenariat a été mis en place avec la « Vape du cœur ». L'adhésion à cette association permet de proposer, dans le cadre des consultations, des vapes aux publics précaires qui souhaiteraient arrêter de fumer. L'objectif est aussi de proposer des formations aux IDE dans tous les établissements pour faire de la prescription de substituts nicotiques et de faire des actions autour du Mois sans tabac.

Le GHT a aussi en charge un réseau de prévention des addictions : le COPRADD. Ce réseau est porté par l'association Promotion de la santé et qui permet de travailler en concertation avec d'autres associations et la Préfecture.

En 2019, un financement de l'ARS a permis au GHT d'acheter des CO-testeurs. Un graphiste a également été financé pour réaliser des affiches. Des cendriers de poche ont été distribués. Un marquage au sol a été réalisé pour délimiter les zones fumeurs avec l'idée de montrer que les entrées principales sont des zones non-fumeurs.

Les infirmiers de santé au travail ont été formés. Ils se déplacent sur les 6 établissements du GHT. Des consultations téléphoniques sont également possibles.

La mention de LSST a été incluse dans le livret d'accueil des patients et des nouveaux arrivants. Des communications ont été faites auprès des ambulanciers pour les sensibiliser. Une communication interne et une fiche projet dans le projet médico-soignant partagé ont également été réalisées.

Une clause LSST sera ajoutée dans les contrats avec les prestataires.

Les infirmiers seront formés à la prescription. À ce stade, ils n'ont pas accès au logiciel Easily. L'alternative est d'avoir des prescriptions papier.

À ce jour, 4 établissements sont intégrés dans la dynamique LSST. Le GHT a obtenu le financement d'un poste de sage-femme coordinatrice sur le parcours de la femme enceinte.

Le règlement intérieur est en cours de réécriture dans différents établissements.

La force du dispositif, c'est l'appui du RESPADD et du réseau pour mettre en œuvre des actions. L'échange de bonnes pratiques avec d'autres centres hospitaliers labellisés est également un plus. Le label apporte une reconnaissance nationale et une dynamique interne pour regrouper des actions de manière concertée. Après un premier financement en 2019, l'ARS Nouvelle-Aquitaine ne renouvelle plus les financements autour des dispositifs LSST. Le GHT manque aussi d'infirmiers et de médecins pour accompagner les fumeurs.

Un travail global doit être mené sur les représentations liées au tabac.

**Jean-François Périllaud, Centre hospitalier d'Angoulême**, présente le projet autour de l'hôpital de jour. L'atelier tabac existant s'est monté il y a quelques mois. Il concerne tous les publics adressés à l'hôpital de jour. Les objectifs sont la consolidation des démarches de changement, la réduction des risques et des dommages et l'accompagnement sur de l'acceptation de la maladie. Quand tout sera mis en place, l'orientation vers l'hôpital de jour sera ouverte à d'autres institutions. Le sevrage ambulatoire est une solution. L'admission en hôpital de jour est en moyenne de 12 semaines.

La participation à l'Atelier tabac se fait sur repérage de deux collègues infirmières. La participation n'est pas une obligation, mais elle est fortement recommandée. Le tabac est un des produits les plus difficiles à arrêter. Il est souvent accompagné d'autres usages.

L'atelier est ouvert deux fois par mois pour 1 h 30. Il est animé par deux infirmiers. Les patients participent à l'animation à partir de leurs expériences et des informations sont délivrées afin de valoriser la motivation. Par la suite, en fonction de l'évolution de chacun, un parcours d'aide est proposé. Il est très rare d'arrêter une consommation du premier coup. La reprise d'usage fait partie de la maladie.

Au travers d'un questionnaire simple, leurs attentes sont relevées. Pendant les ateliers, chaque personne partage ses expériences et des astuces pour l'arrêt. Cela permet à chacun de réorienter les objectifs et le rythme si besoin. En fin de séance, les infirmiers sont là pour expliquer, dédramatiser et déstigmatiser. Des substituts nicotiques sont proposés. Les études montrent l'intérêt à abandonner le tabac et aller vers le vapotage pour, dans un premier temps, réduire les risques de l'usage du tabac.

**Un intervenant** constate que la signalétique des zones fumeurs et non-fumeurs présente dans son hôpital n'est pas respectée.

**Laura Isidoro, Jean-François Périllaud, Groupement hospitalier de territoire Charente**, précise qu'une note interne a été diffusée, à l'attention des professionnels, pour les informer sur la mise en place de ces zones. Toutefois, il reste difficile de faire respecter la règle aux personnels comme aux patients.

**Une intervenante** souligne que les affichages civiques marchent bien sur le Pôle Femmes-enfants. En revanche, au niveau de la cour des ambulances, cela ne fonctionne pas. L'approche pédagogique a ses limites. Il faut une réelle implication des dirigeants hospitaliers pour envoyer des messages plus incisifs. L'établissement a atteint la certification Bronze, mais il reste un travail important à faire.

**Martine Valadié-Jeannel, COREADD**, ajoute que la signalétique est une mesure incitative. Il faudrait par ailleurs réfléchir au sens que prend le temps de cigarette. Dans les administrations, la pause cigarette est un moment de circulation de l'information. Le changement passe par une démarche positive. Il faut proposer des alternatives positives.

**Marianne Hochet, RESPADD**, précise que la démarche LSST fonctionne dans de nombreux établissements. Il faut communiquer avant de mettre en place les interdictions.

## RESTITUTION DES ATELIERS

*Une animation de mise en mouvement est proposée pour lutter contre l'insulinorésistance, l'inflammation de bas grade et le stress oxydatif.*

- **Rapporteur atelier 1 : Guillaume Queneau, Groupement hospitalier de territoire Charente**
- **Rapporteur atelier 2 : Laura Isidoro, Groupement hospitalier de territoire Charente**

**Guillaume Queneau, Groupement hospitalier de territoire Charente**, restitue l'atelier sur l'activité physique et l'alimentation. Dans un contexte sociétal poussant à la sédentarité, rester assis plus de sept heures par jour devient un risque majeur pour la santé. De l'ensemble des actions présentées, il faut retenir que chacun à son échelle s'attache dans un premier temps sur des éléments liés à la prévention tertiaire. Les bénéficiaires sont majoritairement dans des situations de maladies chroniques. Les professionnels interviennent pour accompagner ces personnes. Par ailleurs, il faut

aussi pouvoir agir sur les comportements, dans le cadre de la promotion de la santé et des conditions de pratiques de l'activité favorables. Diverses actions ont été présentées. Elles se déroulent sur les territoires auprès de publics cibles : les personnes âgées à Cognac, les autres services de l'établissement à Ruffec et l'ensemble des partenaires au niveau du PEPS. L'activité physique est un des leviers. Les pathologies sont multifactorielles. La finalité est d'avoir une démarche globale sur tout le territoire. Les 5 Maisons de santé présentes sur le département de la Charente permettent d'avoir une synergie et une offre équivalente sur tout le territoire.

Au niveau du CHU de Nantes, le Dr Ferré a proposé une présentation en plusieurs volets : l'alimentation durable, la lutte contre le gaspillage, la lutte contre le plastique. L'approche est donc environnementale. L'approche liée à l'activité physique est portée sur tous les bénéficiaires et les partenaires.

En conclusion, l'activité physique croisée à l'alimentation permet de lutter contre les effets de la sédentarité. Des actions sont mises en place sur le plan nutritionnel avec le PNSS. S'il est possible de capter les personnes en bonne santé et les personnes malades en leur proposant des activités autour de ces thématiques pour leur mieux-être, c'est un succès en termes d'espérance de vie en bonne santé.

**Laura Isidoro, Groupement hospitalier de territoire Charente**, est rapporteuse de l'atelier sur le tabagisme et la consommation d'alcool. Ces deux déterminantes de santé représentent 30 % des cancers en France. Ils participent à l'augmentation du nombre de maladies chroniques et de leurs impacts. Selon les dernières données, un recul du nombre de fumeurs est observé. Toutefois, les consommations ponctuelles importantes sont en augmentation. Il est donc important de continuer à travailler sur ces indicateurs.

Il y a deux portes d'entrée pour travailler sur ces déterminants de santé : les compétences psychosociales et les LSST.

Le projet de la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) a été porté auprès de trois établissements sur le constat qu'une baisse du bien-être est constatée chez les étudiants. Lors du premier stage, la confrontation à la réalité n'est pas toujours évidente. La MNH propose 10 ateliers à destination des étudiants. Une première évaluation de ce dispositif est mise en place sur demande des ARS. Sur cette première évaluation, on constate une satisfaction importante des étudiants, une amélioration des capacités psychosociales, une amélioration sur le plan émotionnel et social, et une meilleure cohésion au sein du groupe. Ce programme donne aux étudiants des bases solides pour leur formation. L'objectif 2025 est de mettre en avant l'évaluation auprès de l'ARS pour pouvoir poursuivre ces actions avec des financements pérennes. Des liens ont été faits avec les projets Campus sans tabac et École sans tabac. L'idée est aussi de former des tuteurs et des chargés de prévention dans les services et d'essaimer dans les différentes structures. À ce stade, il manque de moyens humains pour déployer ce type d'actions.

D'autres projets ont été présentés dans le cadre des LSST. À Marseille, le projet MALETA permet aux infirmiers qui prennent en charge des patients avec un diagnostic RPIB, de les orienter vers le dépistage des cancers, des activités physiques... Après une première année de projets financés par l'ARS, l'idée est de démontrer l'efficacité du projet afin de pérenniser les actions. 300 patients ont été pris en charge, dont 30 % ont une maladie en lien avec le tabac. Sur cette première année, 50 % des fumeurs ont été orientés vers un arrêt du tabac à trois mois. Ce projet met en avant un repérage du statut tabagique dans le dossier médical du patient. D'autres projets européens sont déployés autour de ce sujet à Marseille.

Au GHT de Charente, des actions sont menées dans le cadre du dispositif LSST. 4 établissements sont entrés dans la dynamique. Différents types d'actions sont menés : la formation des infirmiers et la sensibilisation à destination de tous. Un travail a été mené autour du règlement intérieur et du livret d'accueil des agents. Les zones d'attente des prestataires sont à surveiller.

L'Hôpital de jour Camille Claudel organise, depuis quelques mois, un atelier d'accompagnement. Deux ateliers par an sont proposés, à destination des fumeurs. L'idée est de faire le point sur leurs représentations et leurs connaissances sur le tabac. Un partenariat a été signé avec la « Vape du cœur ». L'objectif est d'offrir une solution supplémentaire à ceux qui le souhaitent dans le cadre d'une stratégie d'arrêt ou de réduction.

## CLÔTURE

### ➤ **Martine Valadié-Jeannel, COREADD**

**Martine Valadié-Jeannel, COREADD**, félicite Nicolas Bonnet et l'équipe du RESPADD pour le travail réalisé. Depuis de nombreuses années, de nombreux outils d'aide à l'accompagnement sont proposés. Le RESPADD est une ressource essentielle.

Elle adresse ses remerciements à la Ville d'Angoulême qui redonne de l'or et des lustres à la promotion de la santé. Elle remercie également Santé Publique France qui prouve qu'il faut miser sur la santé publique, la prévention et la promotion de la santé pour être gagnants.

Elle indique avoir été médecin en santé publique à l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine. Elle s'est occupée du premier schéma d'addictologie. En tant qu'addictologue à la retraite, elle travaille en tant que bénévole à Coordination Régionale Addictions (COREADD). L'association travaille auprès des professionnels de premiers recours. Le RESPADD intervient auprès des établissements hospitaliers. Toutefois, il y a des échanges d'outils et de documentations entre les deux. Ce travail partenarial enrichi les uns et les autres.

La philosophie de la COREADD est d'obtenir peu de beaucoup plutôt que beaucoup de peu. Cette philosophie prend racine dans la prise en charge des addictions. Au départ, peu de médecins intervenaient en addictologie. Les médecins généralistes abordaient très peu. Petit à petit, les médecins généralistes sont montés en compétences.

La COREADD a mis en place un ensemble de projets. Elle se fait le relais du Mois sans tabac, organise des colloques, propose des formations RPIB. Les stratégies des régions ne sont pas les mêmes. Le diagnostic du terrain permet de mettre en place des actions ciblées. Les programmes ne sont pas implémentés par hasard. Les allers-retours entre le terrain et les niveaux d'expertise sont importants.

La COREADD intervient sur des formations courtes, notamment à destination des médecins généralistes. Ces formations sont disponibles sur le site internet de l'association.

La COREADD a mis en place des lieux d'accompagnement à la santé sans tabac (LAST). Ils sont complémentaires des LSST en milieu hospitalier. Les LAST sont des initiatives volontaires dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles.

Il y a aussi une Coordination ressources addictions et grossesse, en lien avec le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine (RPNA). Ce projet a été notamment financé par l'ARS. Il se poursuit depuis un certain nombre d'années et a permis de soulever des problèmes plus particuliers comme l'alcoolisation fœtale. Au

niveau de la justice, il était important de reconnaître les troubles neurodéveloppementaux. Un travail est fait auprès des avocats, des magistrats et des familles. L'École nationale de la magistrature de Bordeaux et l'École d'administration pénitentiaire à Agen sont des leviers importants.

Des délégués santé prévention sont mis en place par le RESPADD pour accompagner la démarche sur les différents territoires de Nouvelle-Aquitaine. Ces délégués interviennent auprès des professionnels de recours pour les conforter en matière de repérage précoce, d'outils et de connaissance du réseau Addictologie.

À Angoulême, un travail est mené au sein de l'École des métiers du cinéma d'animation avec les étudiants en Master, autour de la production de petits films sur des sujets de prévention (addictions et violences). L'intérêt est d'avoir ces outils en tant qu'objets de médiation pour travailler ensuite auprès d'adolescents, y compris dans des établissements scolaires.

Enfin, Addictoclic est un annuaire en ligne des professionnels spécialisés en addictologie en Nouvelle-Aquitaine (<https://addictoclic.com/annuaire/>).

La démarche de ce jour est de faire des lieux de soins des Lieux promoteurs de santé. Il est demandé à l'hôpital d'aller vers la prévention et la promotion de la santé. Les expériences sont multiples et diverses. Il est important de les valoriser et de créer des cadres communs, des références, des standards. La caractérisation joue un rôle important pour la reconnaissance des professionnels et de la démarche.

La prévention primaire a un impact majeur. Il s'avère pertinent de distinguer la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La question est de savoir comment mettre en place une approche globale non stigmatisante. Cela nécessite parfois des formations qui ne vont pas de soi dans les études de médecine. À ce titre, les formations RPIB sont importantes pour mener un travail de réflexion sur la posture. Elle doit être accueillante et non « jugeante » tout en mettant la personne en situation de responsabilité. Les patients sont à différents stades. L'accompagnement doit être différencié. Afin de renforcer les compétences psychosociales du patient, les objectifs doivent être atteignables. Dans le rapport de l'Igas, un volant important porte sur la mise en place des formations.

Le travail mis en place prend différentes formes : la Villa Santé à Poitiers, le parc à Angers, le Département Santé à Bordeaux. Il y a un désir de concrétiser ces espaces. Des mesures d'incitation, d'accompagnement et d'évaluation sont mises en place. L'évaluation des standards est primordiale.

Dans cette démarche, il y a une réflexion à avoir sur l'appréhension des patients. Il faut leur donner des systèmes organisationnels appréhendables et signifiants dans l'hôpital. C'est le travail de la signalétique.

Le nerf de la guerre est financement. Les expérimentations actuelles doivent peser sur les financements. Un consensus se dégage. Les appels à projets ne sont pas une fin en soi. Il faut mettre en place des actions pérennes et développer une professionnalisation. Ce travail reste encore à mener.