

**CONCOURS OUVERTS LES 20, 21, 22 ET 23 JUIN 2023 POUR L'ADMISSION
AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

**CONCOURS EXTERNE – EXTERNE SPECIAL dit «Talents » - INTERNE
ET TROISIEME CONCOURS**

MERCREDI 21 JUIN 2023

2^{ème} Épreuve écrite d'admissibilité

Durée : 5 heures – Coefficient : 5

Une note rédigée en cinq heures, à partir d'un dossier, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'un problème relatif à l'organisation et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

IMPORTANT – Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation : 51 pages + 3 (sujet + sommaire).

SUJET

A partir du dossier joint, le directeur de l'établissement de santé vous demande, de rédiger une note présentant l'intérêt d'une démarche « hôpital promoteur de santé », et de constituer un argumentaire des thématiques prioritaires que l'établissement pourrait développer afin de candidater à un appel à projet proposé par l'agence régionale de santé.

<u>Sommaire</u>	<u>Pages</u>
<u>Document n°1</u>	
Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.	1 à 5
<u>Document n°2</u>	
Déclaration de Budapest des hôpitaux promoteurs de santé. Réseau français – Lieu de santé promoteur de santé (LSPS)	6
<u>Document n°3</u>	
Les contrats locaux de santé – Les étapes de mise en place Fédération Addiction	7 à 9
<u>Document n°4</u>	
Les contrats locaux de santé. La parole aux adhérents Fédération Addiction	10
<u>Document n°5</u>	
Stratégie Nationale Sport Santé 2019 – 2024 (Contexte extrait) Ministère des solidarités et de la santé – Ministère des sports	11 à 15
<u>Document n°6</u>	
La lettre du réseau de prévention des addictions. N°44 janvier 2023	16
<u>Document n°7</u>	
Charte Hôpital sans tabac	17
<u>Document n°8</u>	
Programme National pour l'alimentation. Territoires en Action 2019 -2023	18 et 19
<u>Document n°9</u>	
Organisation Mondiale de la santé. Avant-propos Sir Liam Donalson - Envoyé spécial pour la sécurité des patients	20
<u>Document n°10</u>	
Organisation Mondiale de la santé. Dr Margaret Chan – Directeur général	21
<u>Document n°11</u>	
Programme – 3 ^{ème} colloque lieu de santé Lyon – Promoteur de santé 3 mai 2023 Lyon	22 et 23
<u>Document n°12</u>	
Guide Pass : Organisation des Pass au sein d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Ministère de la santé et de la prévention – Direction générale de l'offre de soins	24 et 25

Document n°13

Guide Pass : Articulation de la Pass avec la structure des urgences
Ministère de la santé et de la prévention – Direction générale de l'offre de soins 26 et 27

Document n°14

La politique de prévention du suicide – Ministère de la santé et de la prévention 28 et 29

Document n°15

Améliorer la qualité de l'air intérieur. 30 à 32

Document n°16

Zéro alcool pendant la grossesse", un message pour tous
Santé publique France. 33 et 34

Document n°17

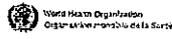
Réseau Français – Lieu de santé promoteur de santé
La revue #8 octobre 2022 35 à 39

Document n°18

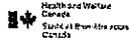
Réseau Français – Lieu de santé promoteur de santé
La revue #4 Juin 2020 40 à 45

Document n°19

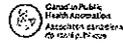
Haute Autorité de santé - Amélioration des pratiques et sécurité des soins (extrait) 46 à 51



World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé

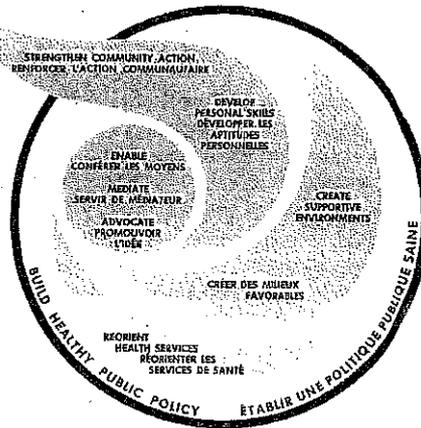


Health and Welfare
Canada
Santé et Bien-être
Canada



Canadian Public
Health Association
Association canadienne
de santé publique

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



AN INTERNATIONAL CONFERENCE
ON HEALTH PROMOTION
The move towards a new public health

November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada

UNE CONFÉRENCE INTERNATIONALE
POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
Vers une nouvelle santé publique

17-21 novembre 1986 Ottawa (Ottawa) Can-1

Charte

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21^e jour de novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, au document "Les buts de la Santé pour tous", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTÉ

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

CONDITIONS PRÉALABLES À LA SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR L'IDÉE

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.

CONFÉRER LES MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

SERVIR DE MÉDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

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

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ÉLABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINNE

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut pas séparer la santé des autres objectifs.

Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé – et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement – est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

ACQUÉRIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

RÉORIENTER LES SERVICES DE SANTÉ

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

ENTRER DANS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'ENGAGEMENT FACE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
- à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;

- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

- Les participants de la conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

Cette CHARTE pour l'action a été élaborée et adoptée par une conférence internationale organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique. Deux cent douze délégués de 38 pays se sont rencontrés du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa (Canada) pour échanger connaissances et expériences en promotion de la santé.

La Conférence a stimulé un dialogue ouvert entre profanes et professionnels de la santé et d'autres secteurs, entre représentants des agences gouvernementales, bénévoles et communautaires, ainsi qu'entre politiciens, administrateurs, universitaires et praticiens. Les participants ont eu l'occasion de coordonner leurs efforts et de mieux définir les grands problèmes, tout en renouvelant leur engagement individuel et collectif face à l'objectif commun de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cette CHARTE pour l'action reflète l'esprit de celles qui l'ont précédée, dans lesquelles on reconnaissait et traitait les besoins des populations. Elle présente les stratégies et méthodes fondamentales de promotion de la santé que les participants considèrent indispensables à l'accomplissement de progrès majeurs. Le rapport de la Conférence traite en détail les questions soulevées, offre des exemples concrets et des suggestions pratiques sur la façon dont nous pouvons faire de réels progrès, et précise l'engagement exigé des nations et des groupes concernés.

La démarche vers une nouvelle santé publique est désormais évidente dans le monde entier. Elle a d'ailleurs été confirmée non seulement par les expériences, mais aussi par les engagements des participants de la Conférence; ceux-ci, qui étaient invités à titre individuel en fonction de leur spécialisation, représentaient les pays suivants : Angleterre, Antigua, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, Écosse, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Japon, Malte, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale allemande, République d'Irlande, Roumanie, St. Kitts-Nevis, Soudan, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Ulster, Union des Républiques Socialistes Soviétiques et Yougoslavie.

Déclaration de Budapest des Hôpitaux promoteurs de santé

« La Santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946.

Outre la garantie de services médicaux et de soins de santé de qualité, un Hôpital promoteur de santé doit :

1. Permettre l'élaboration des programmes et objectifs axés sur la santé globale et d'en assurer les moyens nécessaires.
2. Développer une identité propre au Lieu de santé qui embrasse les objectifs de l'Hôpital promoteur de santé.
3. Sensibiliser les personnes à l'impact de l'environnement hospitalier sur la santé des patients, du personnel et de la communauté. L'environnement physique des établissements hospitaliers devrait soutenir, maintenir et améliorer les processus de guérison et de rétablissement.
4. Encourager la participation active des patients, en fonction de leur état de santé spécifique, dans l'ensemble des décisions les concernant.
5. Encourager des procédures participatives, orientées sur l'amélioration de la santé et la promotion des comportements favorables à la santé.
6. Créer des conditions de travail saines pour l'ensemble du personnel.
7. Faire de l'Hôpital promoteur de santé un exemple en termes de services et de lieu de travail sain.
8. Renforcer et promouvoir la collaboration entre les initiatives communautaires de promotion de la santé et les instances locales.
9. Améliorer la communication et la collaboration avec les services sociaux et les services de santé au sein de la communauté.
10. Améliorer l'offre de services proposés par le Lieu de santé aux patients et à leurs proches, via des services sociaux et de santé communautaires et/ou des associations.
11. Identifier des groupes cibles spécifiques (p. ex. selon l'âge, la durée de la maladie, etc.) au sein du Lieu de santé et reconnaître leurs besoins.
12. Reconnaître et prendre en compte les différences de valeurs, de besoins et de culture des individus et groupes de population.
13. Créer des environnements solidaires, humains et stimulants au sein du Lieu de santé en particulier pour les patients en hospitalisation longue durée.
14. Contribuer à la promotion de la santé par une diversification des services de restauration pour les patients et le personnel au sein du Lieu de santé.
15. Améliorer l'offre et la qualité de l'information, de la communication et des programmes éducatifs pour les patients et leurs proches.
16. Améliorer l'offre et la qualité des programmes de formation professionnelle continue du personnel.
17. Développer un recueil de données au sein du Lieu de santé spécifiquement consacré aux actions de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents. Transmettre et valoriser les informations aux responsables des politiques publiques et autres institutions de la communauté.

Les contrats locaux de santé

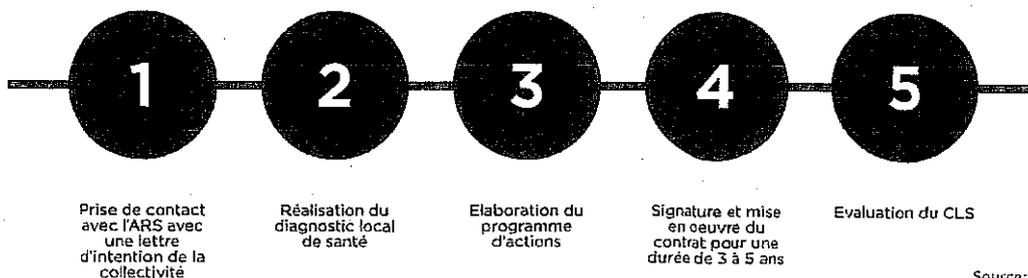


- ♦ **Texte juridique:** loi HPST du 21 juillet 2009.
 - Promotion de la santé
- ♦ **Objectif:** constituer un outil de partenariat destiné à fédérer l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire communal ou intercommunal.
 - Prévention
 - Politiques de soins
- ♦ **Territoire d'implantation des CLS:** les Contrats locaux de santé sont le plus souvent mis en place dans les zones rurales isolées et dans les quartiers urbains en difficulté, mais le périmètre des CLS n'est pas figé par la loi.
 - Accompagnement médico-social
- ♦ **Définition:** Les contrats locaux de santé sont des outils de territorialisation de la politique de santé. Ils déclinent les priorités du projet régional de santé au niveau local. Ils visent à réduire les inégalités sociales de santé en associant les habitants à la réflexion.

À la suite de ce diagnostic, les membres du CLS préparent un **programme d'actions**. Concrètement, le plan d'action est couramment rédigé sous forme de fiches présentant, pour chaque objectif opérationnel déterminé par les partenaires, l'axe auquel il se rattache, ses enjeux, le public cible, son calendrier de réalisation, les résultats attendus, les partenaires et les moyens à mobiliser.
- ♦ **Étapes de mise en place d'un contrat local de santé:** cette démarche, partenariale et intersectorielle, se structure d'abord par la réalisation d'un **diagnostic local de santé**. Ce diagnostic souligne les besoins du territoire sur les thématiques suivantes:

Ce plan d'actions est repris dans le **contrat local de santé** signé pour 3 ou 5 ans, par la Préfecture, l'ARS, la commune ou l'intercommunalité.

Les étapes de mise en place d'un contrat local de santé



♦ **Membres d'un contrat local de santé:** les membres du CLS incluent:

- les professionnels de santé du territoire (URPS notamment),
- les représentants des habitants,
- le délégué du préfet à la ville,
- certains élus municipaux,
- des représentants des établissements de santé et médico-sociaux
- l'ARS

Un coordinateur du CLS a en charge l'animation de la démarche projet et la mobilisation des partenaires.

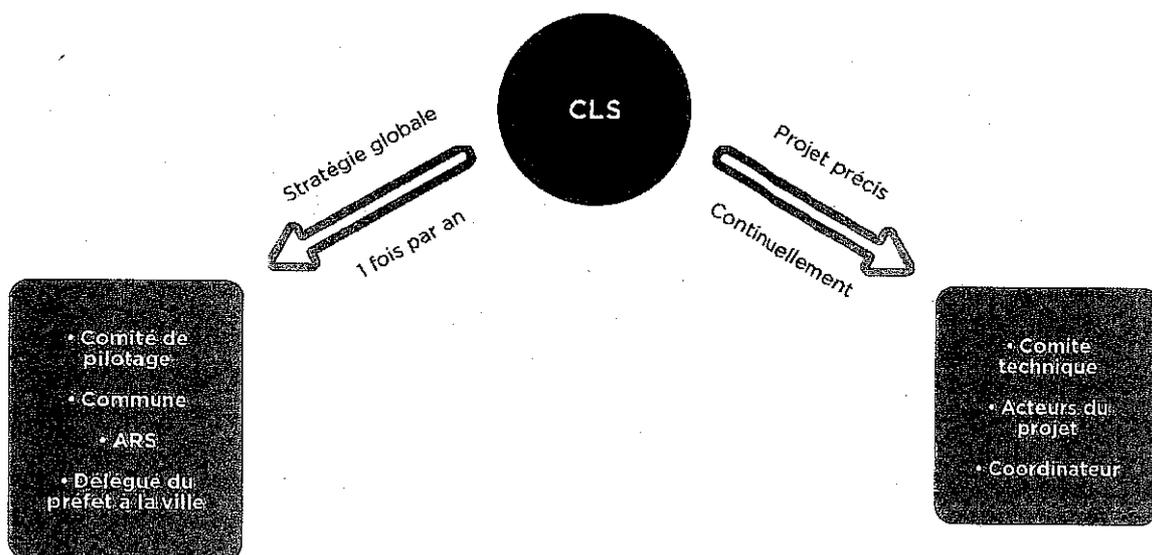
♦ **Gouvernance:** La structuration du pilotage du CLS constitue l'un des éléments de sa réussite. Elle doit figurer dans le contrat. En pratique, le pilotage est assuré par:

- Le **COPIL**: il réunit à minima le représentant de la mairie (ou de l'établissement public de coopération intercommunale), de l'ARS et le délégué du préfet (parfois un représentant de la métropole).

Il définit les orientations politiques et stratégiques du CLS et procède aux arbitrages. Certains CLS ajoutent des représentants d'autres acteurs locaux de la santé (institutionnels, représentants des professions médicales et paramédicales, représentants des usagers, partenaires départementaux).

- Le **COTEC** réunit le coordinateur ainsi que les différents acteurs locaux qui participent à un projet défini. Ce comité assure le suivi opérationnel du projet.

Exemple de gouvernance d'un contrat local de santé



♦ **Financements:** les CLS sont financés par l'ARS et la commune (ou intercommunalité) d'implantation du CLS.

♦ **Exemple d'implication d'un adhérent:**

- Mise en place d'un « Bus santé mobile » dans le cadre du CLS de Dreux.
- Organisation de la semaine d'information en santé mentale dans le cadre du CLS de Chartres (voir interview adhérent dans BAO).

♦ Intérêt pour nos adhérents :



- Les CLS permettent de créer une dynamique et un engagement plus important dans le domaine de la santé au niveau local.
- Le CLS, grâce au travail de son coordinateur et à la connaissance de terrain des élus et professionnels, produit un diagnostic des besoins du territoire. Nos adhérents peuvent utiliser ce diagnostic pour affiner leurs actions de prévention et renforcer l'accès aux soins en addictologie de certaines populations.



- Le caractère peu cadré a priori par la loi HPST de ce type de contrat laisse une importante marge de manœuvre aux acteurs qui s'y engagent. Selon les territoires, les CLS ne bénéficient ainsi pas de la même dynamique et du même volontarisme politique. Un portage politique fort de la part des élus locaux est indispensable au succès de la démarche. Ainsi, il est nécessaire qu'un ETP de coordinateur à temps plein soit prévu pour que cette instance fonctionne de manière efficace.
- Il est difficile de porter des projets avec des acteurs n'ayant pas l'habitude de la coordination intersectorielle. Cette capacité à travailler efficacement ensemble est souvent réinterrogée avec les changements de postes fréquents des partenaires.

♦ Lien vidéo :



[https://www.youtube.com/watch?v= G2ii9cc3wk](https://www.youtube.com/watch?v=G2ii9cc3wk)

♦ À retrouver dans la BAO :

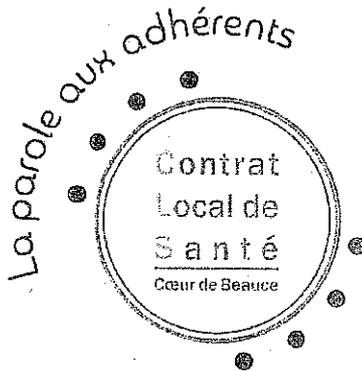
- L'article L1434-10 du Code de la Santé Publique
- L'interview adhérent
- L'étude d'impact des CLS sur les inégalités sociales de santé
- Le rapport de la Société Française de Santé Publique sur les CLS

- L'article Nadine Haschar-Noé et Emilie Salamero sur les CLS « outil de réduction des inégalités »
- Le rapport d'évaluation du CLS Nord Landes
- Le rapport d'évaluation du CLS Pays de Guingamp

[Si vous souhaitez intégrer le forum de discussion des adhérents de la Fédération Addiction sur la politique territoriale de santé, vous pouvez écrire à infos@federationaddiction.fr](mailto:infos@federationaddiction.fr)

FÉDÉRATION ADDICTION

Prévenir | Réduire les risques | Soigner



Les contrats locaux de santé



Comment intégrer un Contrat local de santé ? Quelles actions peuvent être mises en place avec le CLS ? Entretien avec Stéphane Viel, directeur du CICAT et délégué régional adjoint de la Fédération Addiction en Eure-et-Loir.

♦ Comment s'organise votre travail avec les Contrats locaux de santé ?

Je travaille avec 3 contrats locaux de santé; le CLS cœur de Beauce, le CLS de Dreux et le CLS de Chartres Métropole. Ces 3 CLS ont chacun un coordinateur ou une coordinatrice qui effectue le travail d'animation. Le Comité de pilotage de ces CLS fixe les axes prioritaires qui seront débattus et travaillés entre les membres. Par exemple, le CLS de Chartres métropole a fixé 4 axes prioritaires:

- Promouvoir la santé et le cadre de vie des habitants de Chartres métropole ;
- Favoriser l'installation et le maintien durable des professionnels de santé, et améliorer l'accès à l'offre de soins et aux droits, pour tous ;
- Constituer un bouquet de réponses à la perte d'autonomie, et développer l'aide aux aidants ;
- Développer la coordination entre les professionnels, et une communication adaptée à la population.

♦ Quels types d'actions mettez-vous en place ?

Au sein du CLS de Chartres, je pilote le groupe de travail prévention des addictions. Dans ce cadre, je participe ainsi à l'organisation de la semaine d'information sur la santé mentale. Durant cette semaine, des conférences, ateliers et ciné-débats peuvent être organisés sur la santé mentale. Dans le cadre du CLS Cœur de Beauce, je coordonne la campagne mois sans tabac. Enfin, une des actions du CLS de Dreux a été la mise en place d'un Bus santé mobile qui se déplace dans les Quartiers prioritaires de la politique de la ville. Véhicule recyclé et

équipé comme un véritable cabinet, le Bus santé roule de quartier en quartier à la rencontre des habitants pour offrir un accès facile aux soins ; nous envisageons de pouvoir y intégrer des actions de réduction des risques, de dépistage avec nos partenaires que sont le CAARUD et le Cegidd par exemple.

♦ Quelles sont les limites des CLS ?

La variété des membres du Comité de pilotage des CLS et le caractère généraliste des axes prioritaires peuvent engendrer une certaine dispersion des actions. L'actualité du territoire peut aussi désorienter les actions du CLS. Il est important de s'en tenir à la commande des élus et à la feuille de route initiale du CLS. C'est la condition pour que cette instance reste efficace.

♦ Quels conseils donneriez-vous à un adhérent intéressé par les CLS ?

Le CLS est vraiment un lieu de rencontre des partenaires du territoire et de tissage d'un réseau. Mais sa force est selon moi le diagnostic territorial de santé présenté par le coordinateur du CLS. Ce diagnostic est une analyse fine de la démographie, des besoins en santé et des axes de prévention au sein du territoire de la commune. C'est une expertise très utile pour développer des actions ciblées sur les besoins de la population. Je recommande donc aux adhérents de participer aux CLS et de bénéficier de leur force d'analyse du territoire.

Si vous souhaitez en savoir plus, ou être mis en lien avec le CICAT, vous pouvez écrire à infos@federationaddiction.fr



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES SPORTS

STRATÉGIE NATIONALE

SPORT SANTÉ

2019-2024

Améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie.



TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	4
Au niveau national	5
UNE POLITIQUE SPORTIVE ET UNE POLITIQUE DE SANTÉ RENOUVELÉES CONSIDÉRANT L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE COMME UN FACTEUR CLÉ DE SANTÉ	6
Cadre général, objectifs et principes transversaux	6
Gouvernance	7
AXE 1 : PROMOUVOIR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE	8
Objectif 1 - Contribuer au développement de la pratique d'activité physique et sportive (APS)	8
1. Action. Communiquer en direction des publics sur les bienfaits de la pratique régulière d'une activité physique et sportive sur la condition physique et la santé	9
2. Action. Promouvoir l'APS auprès des publics scolaires et des étudiants (Action phare)	9
3. Action. Développer la pratique d'APS en milieu professionnel (Action phare)	10
4. Action. Développer l'offre de pratique d'activité physique et sportive pour les seniors et les personnes avançant en âge (Action phare)	11
5. Action. Développer l'offre de pratique d'activité physique et sportive pour les personnes détenues	12
Objectif 2 - Favoriser le développement territorial de la pratique d'activités physiques et sportives dans un objectif de bien-être et de santé	13
6. Action. Stimuler le développement des offres fédérales de pratique d'activités physiques et sportives en faveur du bien-être et de la santé	13
7. Action. Favoriser l'accès aux infrastructures sportives	14
8. Action. Favoriser les mobilités actives pour les déplacements au quotidien notamment dans les espaces publics	15
Objectif 3 - Déployer les Maisons sport santé sur l'ensemble du territoire	15
9. Action. Référencer des maisons sport-santé de manière équilibrée sur les territoires et assurer une large information des publics (Action phare)	16
AXE 2 : DÉVELOPPER L'OFFRE ET LE RECOURS À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE À DES FINS D'APPUI THÉRAPEUTIQUE	17
Objectif 1 - Favoriser le recours à la prescription et à la dispensation de l'activité physique adaptée et renforcer la coordination interdisciplinaire	18
10. Action. Recenser l'offre d'APA, la mettre à disposition du grand public et des professionnels et s'assurer de la qualité des pratiques proposées	18
11. Action. Développer la pratique d'APA pour les personnes atteintes de maladies chroniques (Action phare)	19
12. Action. Développer des activités physiques adaptées pour les personnes détenues	20
13. Action. Développer le recours à la prescription d'APA par les médecins (Action phare)	21
14. Action. Développer les compétences des professionnels de santé et du sport intervenant dans le champ de l'activité physique adaptée et favoriser l'interdisciplinarité	22
Objectif 2 - Identifier des voies de solvabilisation de la pratique d'APA à visée sanitaire	22
15. Action. Accompagner et soutenir les voies de solvabilisation de l'offre d'APA existantes et en explorer des nouvelles	23

AXE 3 : MIEUX PROTÉGER LA SANTÉ DES SPORTIFS ET RENFORCER LA SÉCURITÉ DES PRATIQUES QUELLE QUE SOIT LEUR INTENSITÉ	24
Objectif 1 - Prévenir les pathologies induites ou favorisées par la pratique sportive	24
16. Action. Déterminer les modalités de mise en œuvre du contrôle de l'état de santé préalable à la pratique sportive	24
17. Action. Déterminer les modalités de la surveillance médicale réglementaire des sportifs de haut niveau et des sportifs professionnels	25
18. Action. Déterminer les moyens de prévention et de prise en charge des pathologies induites par la pratique sportive, notamment les commotions cérébrales	25
Objectif 2 - Réduire l'accidentalité à travers une stratégie de prévention	25
19. Action. Prévenir les accidents liés aux sports de montagne, aux activités nautiques, subaquatiques et aquatiques et autres activités sportives	26
Objectif 3 - Renforcer la sécurité des pratiquants par l'inspection et le contrôle	27
20. Action. Améliorer la connaissance de la réglementation	27
21. Action. Améliorer le ciblage et la qualité des contrôles réalisés par les services déconcentrés dans le cadre des plans nationaux, régionaux et départementaux d'inspection, contrôle et évaluation	27
22. Action. Prévenir la consommation de produits dopants dans les salles de remise en forme	28
AXE 4 : RENFORCER ET DIFFUSER LES CONNAISSANCES RELATIVES AUX IMPACTS DE LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LA SANTÉ	29
Objectif 1 - Accroître la connaissance	29
23. Action. Prévenir les pathologies induites ou favorisées par les APS en renforçant les mesures d'observation et la recherche, coordonner l'exploitation et la diffusion des résultats	30
24. Action. Recueillir les données permettant d'évaluer l'impact de la sédentarité et de l'inactivité physique en termes médico-économiques	31
Objectif 2 - Renforcer l'observation des pratiques d'activités physiques et sportives	31
25. Action. Renforcer et coordonner les missions d'observation relatives au « sport santé » et valoriser les données en France et en Europe	32
26. Action. Coordonner les missions d'observation relatives à l'accidentologie du sport afin d'améliorer les dispositifs de prévention en direction des pratiquants (Action phare)	32
ANNEXES	35
Annexe 1 : glossaire des sigles et acronymes	36
Annexe 2 : tableau actions / indicateurs	37
Annexe 3 : l'activité physique dans la sns et le pns	39
Annexe 4 : bibliographie	41

CONTEXTE

Au niveau mondial, un adulte sur quatre manque d'exercice et plus de 80 % des adolescents n'ont pas une activité physique suffisante. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la sédentarité est à l'origine chaque année de 2 millions de décès dans le monde et de nombreuses pathologies chroniques. De même, l'inactivité physique est responsable d'environ 10 % des décès en Europe. Le coût de la sédentarité est chiffré à 67,5 Mds de dollars (61 milliards d'euros) par an, soit 53,8 milliards de dollars de dépenses de santé et 13,7 milliards de dollars de perte de productivité¹. Le ministère des Sports (Bureau du sport professionnel et de l'économie du sport) a chiffré le coût de la sédentarité à 17 milliards d'euros par an pour la France, dont 14 milliards pour les dépenses de santé.

Face à l'accroissement continu de la sédentarité², de l'inactivité physique³ et de l'ensemble des pathologies chroniques qui y sont associées, nombre de chercheurs ont prouvé l'efficacité d'une activité physique régulière, modérée et adaptée pour prévenir ces pathologies et endiguer cette « pandémie »⁴.

L'OMS a défini en 2013 des objectifs différenciés (niveaux d'activité physique recommandés) en fonction des âges de la vie et vient de lancer son plan d'action mondial pour l'activité physique et la santé (« Plan d'action mondial de l'OMS pour l'activité physique et la santé 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain »). En 2016, le bureau de l'OMS pour l'Europe a également impulsé sa stratégie sur l'activité physique 2016 - 2025. L'Union Européenne a d'ailleurs défini des cadres d'intervention pour les politiques publiques en matière de promotion de l'activité physique. Les États doivent dès lors s'efforcer de promouvoir des politiques efficaces en matière d'activité physique bienfaisante pour la santé, en élaborant une approche transversale qui englobe les politiques du sport, de la santé, de l'éducation, de l'environnement et des transports.

Les différentes institutions, françaises, européennes et mondiales, insistent sur le fait que l'activité physique intervient à tous les niveaux : dans la prévention de la survenue de certaines maladies chroniques (prévention primaire) mais également pour ralentir l'évolution des pathologies à un stade précoce et dans la prise en charge thérapeutique en permettant de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie (préventions secondaire et tertiaire).

C'est dans cette dynamique, avec la conviction que la pratique des Activités Physiques et Sportives (APS) pour la santé relève de l'intérêt général et la volonté de développer une culture du Sport Santé en réponse aux besoins de tous, que la ministre des Sports et la ministre des Solidarités et de la Santé ont fait de cet objectif un axe prioritaire de leurs actions. L'ambition est de promouvoir l'activité physique et sportive comme un élément déterminant en matière de santé et de bien-être, pour toutes et tous, tout au long de la vie et ce faisant de répondre à deux problématiques : celle de l'inactivité physique et de la sédentarité, la première cause de mortalité évitable⁵, d'une part, et celle des inégalités dans l'accès aux activités physiques et sportives en favorisant l'accès de tous sur l'ensemble du territoire, d'autre part.

1. Étude publiée en 2016 dans la revue « The Lancet »

2. La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisé par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,6 MET) en position assise ou allongé. La sédentarité, ou le comportement sédentaire, se distingue de l'inactivité physique, et a des effets délétères indépendants de celle-ci sur la santé.

3. L'inactivité physique est définie comme une pratique d'activité physique modérée à élevée inférieure à un seuil recommandé. Pour l'OMS, ce sont de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au minimum cinq fois par semaine pour les adultes (18-64 ans), 60 minutes par jour pour les enfants et les adolescents (5-17 ans) et au moins 30 minutes par jour au moins 5 jours par semaine pour les personnes de plus de 64 ans.

4. Rapport Inserm 2008

5. Pen et al. 2012

AU NIVEAU NATIONAL

L'activité physique est un déterminant majeur de l'état de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie⁶. Cette analyse, reprise dans un rapport de l'Académie nationale de médecine⁷ précise que les programmes d'intervention doivent être ambitieux, visant le long terme, ne négligeant aucun des points d'action possibles et mobilisant un grand nombre de professionnels et d'acteurs des champs sanitaires, sociaux et sportifs.

Elle contribue ainsi à améliorer l'état de santé et ses bienfaits constituent un réel apport permettant aux personnes de mieux vivre avec la maladie et de mieux supporter les traitements.

L'activité physique et sportive est reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité de Santé depuis 2011. Suite aux travaux de recherche et à de nombreuses expérimentations, menées notamment dans le cadre du Plan national sport-santé-bien-être (2012-2018), **la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a introduit la possibilité, pour le médecin traitant, de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) dans le cadre du parcours de soins.** C'est à ce titre que la Stratégie Nationale de Santé pour la période 2018-2022, définie par le décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017, reconnaît l'activité physique comme un facteur de prévention et encourage au développement de la pratique tout en veillant à ses conditions de dispensation.

Le rapport de la mission conjointe confiée par la ministre des Sports et la ministre des Solidarités et de la Santé à leurs inspections générales, publié en avril 2018, fait le point sur les actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé. Il relève de grandes disparités d'action, de publics touchés et de financements sur le territoire mais également un suivi national insuffisant qui entraîne une communication inadaptée et un manque de ressources important. En veillant au maintien de la capacité d'initiative des opérateurs de l'État, des services déconcentrés et des ARS, il est nécessaire d'impulser une nouvelle orientation de l'action publique et de renforcer les projets conduits.

En substitution du Plan national sport-santé-bien-être, et à l'initiative de la ministre des Sports, la Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 porte l'ambition **de changer de paradigme pour faire reconnaître pleinement l'activité physique et sportive comme facteur de santé physique et mentale**, et de proposer des solutions qui permettent de déployer cette activité dans des conditions sécurisées, reposant sur des pratiques adaptées, accessibles, voire labellisées avec un encadrement compétent.

Au-delà de l'action volontariste menée par le ministère des Sports en faveur du développement des pratiques notamment en faveur de l'accès aux pratiques sportives des personnes qui en sont les plus éloignées - personnes en situation de précarité, de handicap, de vulnérabilité, les femmes - les défis de la promotion d'une culture de l'activité physique et sportive nécessitent l'implication de plusieurs départements ministériels, aux niveaux national et territorial, et de leurs opérateurs. Ils imposent aussi une mobilisation générale des fédérations sportives, des collectivités locales ainsi que des acteurs privés (notamment les entreprises) que cette stratégie entend rassembler d'ici à 2024, date à laquelle la France organisera les Jeux Olympiques et Paralympiques 2024, événement majeur qui constitue une opportunité concrète pour la promotion de l'activité physique et sportive de chacun.

La lutte contre l'inactivité physique et la sédentarité requiert ainsi un investissement collectif intense afin de (re) mettre les individus en mouvement.

Pour y parvenir, les raisons et les motivations de pratiquer une activité physique et sportive sont nombreuses : améliorer sa santé, son bien-être, rencontrer d'autres personnes, faire partie d'une équipe, profiter de la nature, se dépasser, améliorer son endurance, se détendre, procurer du plaisir, etc. En parallèle, les freins à la pratique sont multiples et concernent, au-delà de l'individu, le contexte social, culturel, physique et organisationnel de l'individu dans son environnement. Ces éléments seront pris en compte dans le cadre de la stratégie de développement des pratiques sportives qui viendra répondre à ces problématiques.

Par ailleurs, la problématique de la santé des sportifs de haut niveau fait l'objet d'une attention et d'une réglementation particulière : les risques pour l'ensemble des pratiquants doivent être mieux appréhendés en contrôlant l'état de santé préalablement à la pratique quelle que soit son intensité, ce en prévenant l'apparition de pathologies liées.

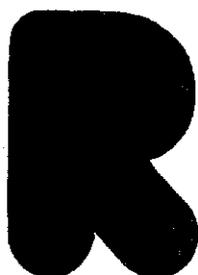
6. Institut National pour la Santé Et la Recherche Médicale (INSERM) expertise collective intitulée « activités physiques, contextes et effets sur la santé », 2008.

7. Source : Académie nationale de médecine - Rapport 2009



La Lettre du

RESPADD



RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

ALCOOLOGIE

Réduire le binge drinking avec une application : le projet Smartbinge

TABACOLOGIE

Retour sur le colloque international sur la e-cigarette

ADDICTOLOGIE

20 ans de décriminalisation des drogues au Portugal : quelles leçons en tirer ?

• AGENDA

- LIRE UTILE en anglais
- LIRE UTILE

À l'aube de cette nouvelle année, les injonctions à la sobriété se multiplient. Ralentir les consommations au nom de l'économie, de l'écologie, du pouvoir d'achat : les arguments se mélangent... Et si nous en profitons pour réduire aussi notre consommation d'alcool, en ajoutant la santé dans la liste des arguments et en relevant le Défi De Janvier – Dry January ? Et profiter de cet entrain collectif pour remettre fondamentalement en question nos choix individuels et sociétaux face à une consommation si lourde de conséquences pour la société !

Année après année, Le Défi De Janvier – Dry January – s'installe dans les habitudes des Français·es. Les participant·es qui souhaitent s'engager dans cette pause d'alcool sont accompagné·es partout un collectif de structures mobilisées pour leur proposer des conseils, astuces, témoignages...

Car les bénéfices sur la santé sont prouvés : meilleur sommeil, regain d'énergie, meilleure concentration, perte de poids et, à terme, une consommation d'alcool mieux maîtrisée, même plusieurs mois après janvier, même chez celles et ceux qui n'ont pas réussi complètement le défi.

Et après ? Il s'agira de tenir, d'éviter les consommations excessives, de relayer l'impérieuse nécessité d'un changement de modèle, d'une réduction des coûts sociétaux, somatiques et psychologiques, d'une protection plus accrue de la jeunesse face aux campagnes d'incitation à la consommation des alcooliers. Car en matière d'alcool, rien n'est sans risque. Qu'il s'agisse d'enjeux de santé publique, éthiques ou économiques, les questions sont colossales. Quelle législation, quelle réglementation ?

Quelle offre de prévention, de soins ? Quels seuils en matière de consommation ?

La réflexion devrait être citoyenne, le débat porté sur la place publique, les recommandations partagées et communiquées largement. Nous pourrions ainsi plaider pour la suppression de la publicité sur les produits alcoolisés et permettre ainsi aux consommateurs de faire des choix libres et éclairés, dénués de toute influence publicitaire et commerciale ; renforcer structurellement l'éducation, la prévention et la réduction des risques et des dommages en donnant aux actions éducatives et de promotion de la santé les moyens nécessaires pour agir efficacement sur les comportements à risque pour l'individu et la société ; ou encore obliger l'étiquetage nutritionnel et en unités d'alcool sur les boissons alcoolisées – mesure qui pourrait être d'une aide importante dans les programmes de maîtrise de la consommation.

En termes de santé mentale, physique et sociétale, les dommages liés à l'alcool sont « dose-dépendants ». Ce sont des enjeux d'importance qui nécessitent un engagement sociétal. Le Défi De Janvier – Dry January – y contribue, non dans une approche abstinentielle, mais en aidant les consommateurs à s'interroger sur leurs usages et leurs situations. Le caractère collectif de l'opération atteste de son ancrage dans des principes de promotion de la santé.

Je vous souhaite une belle et heureuse année 2023, riche de succès tant professionnels que personnels.

PR AMINE BENYAMINA | Président du RESPADD

*Meilleurs
Vœux 2023*





**PROGRAMME NATIONAL
POUR L'ALIMENTATION
TERRITOIRES
EN ACTION**

2019-2023



SEPTEMBRE 2019

Les actions phares du PNA

1. Augmenter les fibres, réduire les quantités de sel, de sucres, de gras dans les aliments de consommation courante par un engagement ferme des acteurs économiques dès 2020 et promouvoir le Nutri-Score, en visant à le rendre obligatoire au niveau européen, afin d'améliorer la qualité nutritionnelle de tous les aliments transformés en favorisant les démarches volontaires des professionnels.
2. Réduire la consommation de sel de 30 % d'ici 2025 (engagement de la France auprès de l'OMS). Pour le pain, qui représente de l'ordre de 25 % de l'apport en sel quotidien des français, une réflexion sera engagée dès 2019 avec les professionnels afin de déterminer le taux cible et les actions à conduire pour y parvenir.
3. Protéger les enfants et les adolescents d'une exposition à la publicité pour des aliments et des boissons non recommandées : encourager la mise en place de codes de conduite en s'appuyant sur les nouvelles dispositions de la directive européenne sur les services de médias audiovisuels.
4. Permettre à tous de bénéficier d'une restauration collective de qualité en toute transparence : assurer la montée en gamme de la restauration collective par un approvisionnement de 50 % de produits bio, durables et de qualité d'ici 2022.
5. Organiser dès 2020 la journée nationale « Les Couloirs de l'alimentation » sur le modèle des Journées du Patrimoine où les professionnels de l'alimentation proposeront un large choix d'événements pédagogiques et de découverte au public (journées portes-ouvertes, dégustations, visites dans les centres de formation, organisation de conférences et de débats).
6. Étendre l'éducation à l'alimentation de la maternelle au lycée : des outils pédagogiques pour l'éducation à l'alimentation seront mis à disposition en 2019 pour couvrir tous les âges tels qu'un vade-mecum et une boîte à outils éducative sur le portail « alimentation » du site internet Eduscol et déploiement des classes du goût.
7. Promouvoir et partager au niveau national les actions locales innovantes, sources de créativité : dans chaque département, d'ici 2023, ces initiatives seront valorisées dans le cadre des projets alimentaires territoriaux (PAT) et un colloque annuel sera organisé.
8. Étendre à la restauration collective et aux industriels l'obligation d'engager des démarches auprès des associations d'aide alimentaire pour favoriser le don et favoriser les dons pour les filières agricoles : dès 2019, la restauration collective et les industries agro-alimentaires seront actrices de la lutte contre le gaspillage alimentaire et seront amenées à organiser des dons alimentaires aux associations.
9. S'assurer de la qualité et de la fiabilité des applications numériques informant le consommateur dans ses choix alimentaires : d'ici 2020, définir, en concertation avec les parties prenantes dans le cadre du CNC, les conditions permettant de garantir au consommateur l'accès à une information pertinente et loyale lors de l'utilisation de ces applications.



Organisation mondiale de la Santé

Le secteur de la santé a beaucoup évolué au cours des 20 dernières années. Les innovations technologiques ainsi que notre connaissance des maladies ont contribué à allonger l'espérance de vie au 20^{ème} siècle. Cependant, l'un des plus grands défis aujourd'hui n'est pas de rester au fait des procédures cliniques les plus récentes ou des équipements de haute technologie dernier cri, mais plutôt d'améliorer la sécurité des soins dispensés dans des environnements complexes, sous pression et où la rapidité d'action joue un grand rôle. Dans ce type d'environnements, les choses peuvent souvent mal tourner. Des événements indésirables surviennent. Des dommages non intentionnels, mais graves, affectent des patients dans le cadre de la pratique clinique habituelle ou consécutivement à une décision clinique.

De nombreux pays du monde ont déjà reconnu l'importance de la sécurité des patients et élaborent des méthodes et approches visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ils ont aussi pris conscience de la nécessité d'éduquer les professionnels de santé aux principes et concepts de la sécurité des patients. Il est indispensable de renforcer ces compétences afin de s'adapter à la complexité croissante du système et aux exigences imposées aux professionnels.

L'Organisation mondiale de la Santé se pose en chef de file d'un mouvement mondial s'appuyant sur l'éducation à la sécurité des patients, ses principes et approches pour faire que, partout dans le monde, les nouvelles générations de professionnels de santé soient formées à dispenser des soins centrés sur le patient. Elle s'est attachée à élaborer un guide pédagogique pour la sécurité des patients en adoptant une perspective multiprofessionnelle et une approche systémique de la santé à l'échelle mondiale. Elle a accéléré ses efforts visant à aider les universités et les écoles de sciences de la santé à développer l'apprentissage sur la sécurité des patients et à l'intégrer dans leurs curriculums existants.

En collaboration avec les gouvernements, les universités et les écoles du monde entier et avec les associations professionnelles internationales de chirurgie dentaire, médecine, maïeutique, soins infirmiers et pharmacie et les associations d'étudiants de ces disciplines, l'Organisation mondiale de la Santé a rendu l'éducation à la sécurité des patients conforme aux besoins et aux exigences des environnements de travail actuels. La combinaison des efforts, des ressources et des expertises a été essentielle pour élaborer l'édition multiprofessionnelle du Guide pédagogique pour la sécurité des patients. L'application de ses recommandations aura des effets immédiats et mesurables en termes de renforcement des connaissances et des compétences des étudiants en santé, qui seront mieux préparés pour une pratique plus sûre.

Dr Margaret Chan
 Directeur général
 Organisation mondiale de la Santé

RÉSEAU DE PRÉVENTION
DES ADDICTIONS

Avec le soutien de Santé publique France

PROGRAMME

3^e COLLOQUE
LIEU DE SANTÉ
PROMOTEUR DE SANTÉ

Mercredi 3
mai 2023

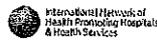
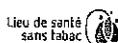
LYON

HÔPITAL
DES CHARPENNES
BÂTIMENT C - 1^{er} ÉTAGE

27 rue Gabriel Péri
69100 Villeurbanne

ENVIRONNEMENT
& PROMOTION DE
LA SANTÉ

www.reseau-lsps.org



▶ 9h00 - 9h30 ACCUEIL des participants
PRÉSIDENTE DE SÉANCE : Marianne Hochet, RESPADD

▶ 9h30 - 9h45 → OUVERTURE
▶ François Beck, *Santé publique France*
▶ Virginie Valentin, *Hospices Civils de Lyon*

▶ 9h45 - 11h00 **TABLE RONDE L'ENVIRONNEMENT AU CŒUR DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ**
Discutants : Pr François Atta, CHU de Bordeaux et Marianne Hochet, RESPADD
▶ Pr Béatrice Fervers, *Centre Léon Bérard*
▶ Oriana Villa, *Unisanté*

▶ 11h00 - 11h30 Pause café

▶ 11h30 - 13h00 **TABLE RONDE INTERNATIONAL NETWORK OF HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES**
Discutant : Pr Philippe Michel, Hospices Civils de Lyon
▶ Pr Oliver Groene, *secrétariat du réseau HPH*
▶ Ming-Nan Lin, *Groupe de travail Environnement, HPH*
▶ Elke Miedema, *Groupe de travail Environnement bâti, HPH*

▶ 13h00 - 14h00 Pause déjeuner (buffet offert)

▶ 14h00 - 15h30 **ATELIER AU CHOIX**

ATELIER 1 | LES ACTEURS DU SOIN ET DE LA PRÉVENTION AU SERVICE DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Discutant : Gaël Conan, IREPS Auvergne-Rhône-Alpes

Rapporteur : Juliette Tardy, Centre Léon Bérard

- ▶ Lucie Pelosse, *IREPS Auvergne-Rhône-Alpes*
- ▶ Julie Marconnet, *Hospices Civils de Lyon*
- ▶ Marie-Alice Bayle-Dufetelle, *Métropole de Lyon*

ATELIER 2 | L'ENJEU DE LA MISE EN PLACE D'ENVIRONNEMENTS PROMOTEURS DE SANTÉ POUR LES HÔPITAUX

Discutant : Pr Christine Lasset, Centre Léon Bérard

Rapporteur : Pierre Leblanc, Hospices Civils de Lyon

- ▶ Thomas Gilbert et Stéphanie Malka, *Hospices Civils de Lyon*
- ▶ Virginie Wautot, *Hospices Civils de Lyon*

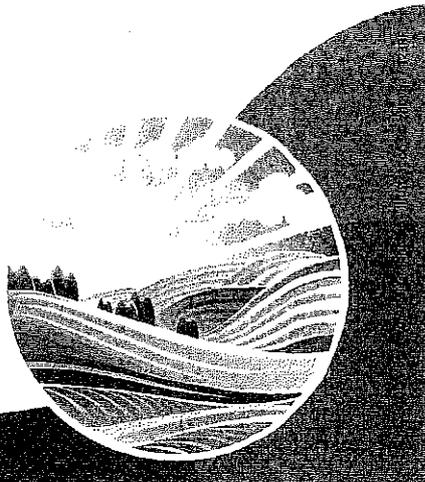
▶ 15h30 - 15h45 Pause

PRÉSIDENTE DE SÉANCE : Christine Ferron, FNES

▶ 15h45 - 16h15 → Restitution des ateliers
▶ ATELIER 1 : Juliette Tardy, *Centre Léon Bérard*
▶ ATELIER 2 : Pierre Leblanc, *Hospices Civils de Lyon*

▶ 16h15 - 16h30 → Conclusion
▶ Pr Philippe Michel, *Hospices Civils de Lyon*
▶ Christine Ferron, *Fnes*
▶ Marianne Hochet, *RESPADD*

▶ 16h30 → CLÔTURE





**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de l'offre de soins**



**Guide PASS : Organisation des PASS au sein d'un Groupement Hospitalier de
Territoire (GHT)**

Bureau référent : R4 - Prise en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale

Le cadre juridique du groupement hospitalier de territoire (GHT)

o **Les textes de référence**

- Loi de modernisation du système de santé n°2016-41 du 26/01/2016, Article 107 : « Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours » ;
- Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 encadre la création des GHT et impose la rédaction d'un projet médical et soignant partagé ;
- Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire ;
- Décret n°2021-675 du 27/05/2021 relatif aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

o **La mise en place des GHT repose sur un projet médical partagé (PMP)**

La qualité de la prise en charge et l'égalité d'accès aux soins sont les mots clés des GHT. Le Projet médical partagé du GHT doit permettre de construire une vision commune de l'offre publique de soins sur le territoire et une prise en charge du patient commune et graduée sur le territoire. Il vise à garantir la qualité, l'accessibilité de l'offre, aussi bien d'un point de vue géographique que financier, à la fois dans un besoin de proximité mais aussi de référence et de recours. Il s'inscrit dans les objectifs du Programme Régional de Santé (PRS)¹ élaboré en concertation avec les acteurs de santé de la région et du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS)².

Les PASS s'inscrivent dans le cadre des PRAPS. Elles sont destinées à faciliter l'accès des personnes en situation précaire au système hospitalier, aux réseaux de soins et d'accompagnement social.

En tant que dispositif de lutte contre les inégalités sociales et de santé, les PASS d'un GHT doivent pouvoir travailler en réseau, et s'engager dans une démarche de mutualisation d'outils et de compétences. L'objectif est de faciliter le parcours de soins des patients les plus démunis entre les établissements relevant d'un même GHT mais aussi en lien avec la médecine de ville.

¹ Le PRS définit les priorités en matière d'accès à la santé, de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. L'enjeu principal du PRS est de développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations transversales entre des secteurs : promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques, soins ambulatoires, soins hospitaliers

² Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), créé par la loi 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions, a été conforté par la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 comme l'unique programme obligatoire du Projet Régional de Santé. Le PRAPS « s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels ». Il est à l'interface entre les champs du sanitaire et du social pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis.

Les PASS d'un territoire au sein d'un projet médical partagé (PMP)

La mise en place des GHT constitue l'opportunité d'adapter le dispositif PASS aux nouvelles organisations territoriales de l'offre de soins. Plusieurs niveaux d'interventions sont envisageables :

- Formaliser des liens entre les PASS généralistes et spécialisées du GHT ;
- Assurer une meilleure coordination des pratiques (protocoles, procédures) ;
- Mutualiser des moyens humains en PASS pour favoriser des interventions multi-sites (pour lutter contre les difficultés de recrutement médicaux/paramédicaux/travailleurs sociaux) et faciliter l'accès au dispositif pour les populations éloignées du soin ;
- Participer au renforcement des liens ville/hôpital, développer et structurer les partenariats avec les structures médico-sociales du territoire ;
- Sensibiliser/former les professionnels sur les thématiques en lien avec les missions des PASS (précarité, accès aux soins, santé mentale, santé publique, participation à l'animation de réseau d'acteurs, etc.) ;
- Organiser des stages inter-PASS (dispositif régional impulsé par la coordination régionale des PASS).

L'échelle GHT peut également s'avérer être un support intéressant pour :

- Le partage de conventions institutionnelles (CPAM, Conseil Départemental, etc.) ;
- Le partage autour de parcours complexes ou de situations bloquantes ;
- La mobilisation d'éventuels marchés communs (en interprétariat, en médiation sanitaire...) ;
- La mobilisation d'expertises spécifiques (juridiques en droits sociaux, de santé, médical : en pédiatrie / en santé mentale...).

Avec la loi de modernisation du système de santé de 2016 et les orientations de « *Ma santé 2022* » de nouveaux dispositifs voient le jour pour mettre en place des parcours de soins coordonnés (CPTS, équipes de soins primaires, DAC, etc.). Il s'agira pour les PASS de tenir compte de ces nouveaux liens ville-hôpital qui se structurent à l'échelle du GHT (dispositifs de coordination associant des réseaux de soins et des plateformes). L'objectif est de faciliter le parcours des patients.

Les PASS d'un GHT : Outils de gouvernance

o Le comité de pilotage

Un comité de pilotage annuel des PASS du GHT pourrait rassembler les équipes des PASS ainsi que leurs partenaires du secteur sanitaire, social, médico-social et permettre de fixer les axes de travail communs aux PASS pour l'année à venir, en respectant des spécificités et besoins locaux. Il serait également l'occasion de renforcer le partenariat, de présenter le projet de territoire et de communiquer sur les critères d'inclusion de la PASS, les publics accueillis, les difficultés liées aux PASS, les difficultés du territoire, etc.

Il pourrait avoir lieu alternativement sur les sites des différentes PASS composant le GHT et il pourrait se substituer au COPIL individuel des PASS dans le cadre de directions communes en particulier.

o La communication au sein d'un GHT

La formalisation des échanges réguliers entre les PASS d'un GHT peut prendre différentes formes. Elles peuvent avoir lieu à fréquence régulière sous forme de :

- Réunions de coordination à fréquence régulière (trimestrielle par exemple) : elles ont pour but de formaliser les échanges entre les PASS et les établissements de santé constituant le GHT, améliorer la coordination, évoquer les problématiques liées à l'organisation interne au centre hospitalier et inter-hôpitaux, ainsi qu'en externe avec les partenaires.
- Réunions pluridisciplinaires d'analyses des pratiques et des cas complexes : elles permettent de réfléchir collégialement à une prise en charge optimisée pour la personne accompagnée, celle-ci pouvant être invitée dans la mesure du possible pour participer à son propre parcours de soins et social. En fonction des situations, les partenaires peuvent être également conviés à ces réunions de façon à ce que la situation puisse bénéficier d'un regard croisé sanitaire/social/médico-social.



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Direction générale
de l'offre de soins**

Guide PASS : Articulation de la PASS avec la structure des urgences

Bureau référent : R4 - Prise en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale

Enjeux

L'instruction du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS) rappelle l'importance de la coordination entre les structures des urgences et la PASS, gage essentiel de qualité et de sécurité, utile et préalable à l'inscription dans un parcours santé de droit commun des patients qui, en l'absence d'autre solution, renonceraient aux soins ou reviendraient aux urgences de manière itérative. Le travail de complémentarité et de collaboration entre professionnels des services est donc essentiel.

Les urgences s'avèrent être un lieu « clef » pour repérer, capter les patients des plus éloignés du soin en particulier ceux qui présentent des difficultés importantes d'accès aux droits et aux soins.

L'enjeu est donc - dans la temporalité des urgences - de réaliser le « bon diagnostic » et l'orientation adéquate du patient vers les dispositifs adaptés permettant la sortie des urgences et la continuité des soins. Pour réaliser ce diagnostic, une collaboration et la complémentarité des professionnels des urgences et ceux travaillant en PASS s'avèrent primordiales.

PACTE de refondation des urgences

Les PASS proposent du soin ambulatoire en milieu hospitalier sur les jours ouvrés pouvant aller d'une demi-journée par semaine à 5 jours par semaine¹.

Conformément au PACTE de refondation des urgences, les PASS peuvent être :

- Un levier intéressant pour éviter les retours erratiques vers les urgences (le travail de complémentarité et de collaboration est essentiel pour éviter la rupture des soins et des droits ce qui conduirait de nouveau le patient à consulter aux urgences).
- Un dispositif apportant une offre de soins complémentaire à celle des urgences. Pour ce faire, la structuration et l'organisation de la PASS impliquent des ressources médicales et soignantes suffisantes² ainsi que des organisations variables selon les réalités du territoire.
- Une organisation qui s'appuie sur les dispositifs de soins existants avec des consultations médicales et sociales durant un temps différencié et plus conséquent que celui du passage aux urgences.
- Une PASS constituée et organisée efficacement permet un accès direct à des patients relevant de son champ d'action, et ainsi éviter le recours inapproprié aux urgences.

Rôle et plus-value des équipes PASS

Les PASS sont en mesure d'apporter un étayage sur des situations complexes. Les professionnels de la PASS sont des partenaires stratégiques pour l'élaboration de protocoles de repérage pour la prise en charge des spécificités du public en situation de précarité médico-psycho-sociale.

Une coordination et des articulations efficaces entre les urgences et la PASS constituent l'un des maillages essentiels de qualité et de sécurité, utile et préalable à l'inscription dans un parcours santé de droit commun de ces patients qui, en l'absence d'autres solutions, renonceraient aux soins ou reviendraient aux urgences.

¹ En 2018, il était enregistré une file active annuelle de 194 225 patients pris en charge en PASS sur toute la France avec une moyenne de 529 patients par PASS (exhaustivité estimée de 80 %).

² Équipe dédiée spécifique (consultations médicales dédiées, temps infirmier, temps d'Assistant Socio-Éducative (ASE) dédié)

Ainsi, sur la base des recommandations du PACTE de refondation des urgences :

- La PASS et ses actions doivent être connues de la structure des urgences et soutenues par l'établissement de santé
- La PASS doit être visible pour les patients et les soignants et facilement accessible à partir des urgences.

En étroite collaboration avec les urgences, la PASS soutient la prise en charge du public précaire aux urgences, accompagne au repérage du patient en « situation de précarité » et favorise la mise en place d'un parcours de soin adapté.

Formalisation du partenariat (exemples)

En pratique, ce travail de collaboration PASS/urgences existe mais il doit se formaliser par :

- Des passages fréquents de l'équipe PASS aux urgences (formation, information, échanges ...).
- Une coordination entre les professionnels travailleurs sociaux en fonction des paramètres d'action de la PASS et le service social hospitalier
- Une coordination médecin/IDE PASS avec l'équipe soignante des urgences et étroitement articulée avec le volet social
- La participation d'un membre des urgences au COPIL PASS.
- La mise en place de protocoles et de fiches reflexes.
- La coordination BE (Bureau des entrées) du SAU / DAF (Direction des Affaires Financières) / PASS avec liaison CPAM.
- La coordination PASS et SAU sur la sortie du SAU du « patient précaire » (médicaments, parcours de soin coordonné ...).
- Les formations/informations lors de staffs et accueil des internes.
- Les formations-actions.

Pour aller plus loin

- [Pacte de refondation des urgences - 20 décembre 2019 - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- [rapport pour un pacte de refondation des urgences 2019-058r.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)



La politique de prévention du suicide

mise à jour : 05.04.23

 [Prévention en santé](#) | [Santé](#) | [Santé mentale](#)

Le suicide est un phénomène complexe qui résulte de l'interaction de nombreux facteurs. Ces **déterminants biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux** sont de mieux en mieux connus. Parmi les principaux facteurs de risque figurent les troubles psychiques, les antécédents familiaux, l'appartenance à un groupe vulnérable, la précarité des conditions de vie, l'isolement, etc. Les idées suicidaires et des antécédents personnels de comportement suicidaire comptent également parmi les facteurs de risque les plus importants.

*« Chaque suicide est une catastrophe, à l'origine de beaucoup de douleurs ou de traumatismes chez les proches, et il peut être l'un des événements les plus difficiles auxquels sont confrontés les professionnels de santé. On considère qu'un suicide endeuille en moyenne sept proches et impacte plus de vingt personnes. Il est aussi démontré que le risque de suicide augmente significativement dans l'entourage d'une personne suicidée (famille, camarades de classe, collègues de travail, etc.) », Pierre Thomas, « Prévention du suicide : l'évaluation est indispensable », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, SPF.*

Les études épidémiologiques de ces vingt dernières années ont permis d'identifier des actions permettant de diminuer la mortalité et la morbidité suicidaires de façon efficace : **le suicide est en grande partie évitable.**

Chiffres clefs :

- ▶ Le suicide représente en France **plus de 9 200 décès par an**, soit trois fois plus de décès que les accidents de la route ;
- ▶ 89 000 personnes ont été **hospitalisées en médecine et chirurgie** pour tentatives de suicide en 2017 mais on estime à 200 000 le nombre de tentatives de suicide au total ;
- ▶ Le **taux de suicide** est en France l'un des plus élevés d'Europe avec 12,5 décès pour 100 000 habitants, pour une moyenne européenne de 10,3/100 000 habitants ;
- ▶ Le suicide en France concerne en premier lieu les **hommes**, avec un taux de suicide de 19,4 sur 100 000 habitants, et dans une moindre mesure les femmes avec un taux de suicide de 6,0 sur 100 000 habitants ;
- ▶ Chaque année le suicide est responsable de la mort de près de 400 **adolescents** en France, ce qui en fait la 2e cause de mortalité pour cette tranche d'âge.

Pour aller plus loin : Les données épidémiologiques les plus récentes avec le [Bulletin épidémiologique hebdomadaire](#) de [Santé publique France](#) et les rapports de l'[Observatoire national du suicide](#).

C'est pourquoi, l'une des recommandations principales du **Haut conseil de la santé publique**, dans son rapport d'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2015, est de **centrer les actions de prévention du suicide sur les populations à risque**, en prenant en compte les catégories de comportement suicidaire et de troubles psychiques suicidogènes.

La prévention du suicide est un enjeu majeur de santé publique.

C'est une priorité pour le ministère chargé de la Santé qui l'a inscrite dans l'action 6 de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018.

L'objectif de la stratégie nationale de prévention du suicide, décrite dans l'instruction N° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022, consiste à **mettre œuvre de façon coordonnée dans les territoires un ensemble d'actions intégrées** de prévention du suicide qui sont :

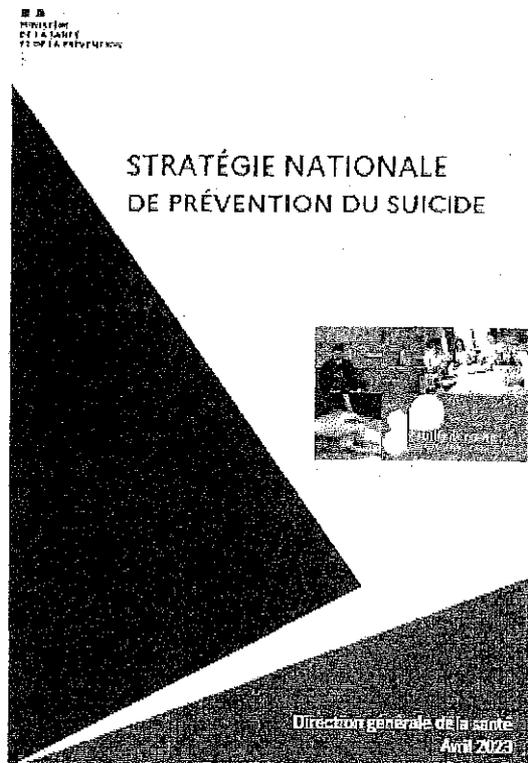
- Le dispositif Vigilans de maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide ;
- La formation actualisée au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire ;
- Les actions de prévention de la contagion suicidaire ;
- La mise en place du **numéro national de prévention du suicide**, le 3114 ;
- Et l'information du public.

Soutenance
Prévention
du suicide

C'EST LE MOMENT
D'APPELER

Écoute professionnelle
et confidentielle
24h/24 - 3114 - Appel gratuit

Documents à consulter



PDF [Stratégie nationale de prévention du suicide \(avril 2023\) Téléchargement du pdf \(1.4 Mo\)](#)

PDF [Instruction DGS/SP4/2022/171 du 06/07/2022 Téléchargement du pdf \(645.1 ko\)](#)

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

Préparer l'arrivée de bébé est l'occasion de s'interroger sur la qualité de l'air de notre intérieur. Certains gestes sont simples à adopter au quotidien pour éviter autant que possible les produits chimiques, les polluants et l'excès d'humidité.

D'où vient la pollution intérieure ?

Nous sommes, sans forcément le savoir, exposés à un grand nombre de polluants présents dans l'air intérieur que nous respirons. Si ces polluants peuvent être d'origine biologique (acariens, animaux domestiques, moisissures...), présents dans les poussières (fumées, **allergènes**, particules...) ou physique (radon...), de nombreux polluants chimiques envahissent nos logements. Une partie de ces polluants provient de la pollution de l'air extérieur. Pourtant, la plus grande majorité d'entre eux vient de nos activités quotidiennes ou encore des objets présents à la maison.

Il y a des sources continues de pollution. Elles émettent des substances chimiques nocives sur une longue durée. Ces sources sont par exemple :

- Les matériaux de construction,
- Les revêtements de sol,

Il existe aussi des sources occasionnelles de pollution. Elles sont liées aux habitudes de vie. Ces sources sont par exemple :

- La fumée du tabac,
- Les émissions des appareils de chauffage,
- Les parfums d'intérieur,
- Les produits ménagers,
- Les cosmétiques...
- Les meubles.

Des sources d'humidité peuvent être à l'origine de moisissures. Ce sont par exemple la cuisson des aliments, la toilette du corps, le séchage du linge.

Des dépolluants plutôt polluants.

Les parfums d'intérieur tels que l'encens, les bougies parfumées ou encore les parfums d'ambiance n'éliminent pas la pollution, mais ajoutent au contraire de nouvelles substances dans l'air. Ils émettent notamment des **particules** fines et des **composés organiques volatils** (COV).

Aérer permet :

- d'évacuer les polluants,
- d'évacuer l'humidité,
- de réduire la transmission des **virus** comme la Covid-19 ou la grippe.

Pour renouveler l'air d'une pièce **on ouvre en grand la fenêtre au moins 10 minutes**.

Un geste à faire dans chaque pièce, au moins une fois par jour, été comme hiver.

On pense aussi à aérer pendant et après certaines activités comme la cuisine, le ménage, la douche, le bain ou le bricolage.

Ventilation

Les grilles de ventilation de notre logement renouvellent l'air en continu. Il peut y en avoir sur les portes et fenêtres mais aussi au niveau des murs ou des plafonds. Il ne faut surtout pas les boucher. Au contraire, il faut les nettoyer régulièrement.

ON Y PENSE.

J'aère bien et au bon moment.

En hiver, pour ne pas gaspiller l'énergie et si cela est possible, on baisse la puissance les appareils de chauffage pendant l'aération.

L'été s'il fait très chaud, on privilégie les heures les plus fraîches pour aérer.

Si on habite à côté d'une route, on privilégie les heures à faible trafic.

Si on habite à côté d'une zone agricole, on évite d'aérer pendant les **épandages** de substances chimiques.

Comment limiter les sources de polluants dans la maison ?

Il est possible d'agir efficacement pour améliorer l'air intérieur de notre logement. Il faut pour cela bien choisir nos produits d'entretien, de bricolage, nos meubles et contrôler nos appareils ménagers et de combustion.

Pour nettoyer notre intérieur, privilégier des produits adaptés, avec un label environnemental : les limiter en nombre, respecter les consignes d'utilisation et aérer pendant et après leur utilisation. On peut aussi utiliser des ingrédients traditionnels, moins agressifs pour l'environnement et la santé, sans y ajouter d'huiles essentielles : vinaigre blanc, savon noir, bicarbonate de soude...

Par exemple, le vinaigre blanc détartre, nettoie, fait briller, adoucit le linge.

Pour retirer les poussières, utiliser des serpillières, des chiffons microfibrés ou un aspirateur équipé de **filtre HEPA** pour éviter de remettre en suspension dans l'air une partie des poussières.

Pour nos travaux, choisir des produits à faible émission. Depuis 2012, une étiquette obligatoire sur tous les produits de construction et de décoration permet de choisir les produits avec le moins de composés organiques volatiles (COV) à l'émission. Préférer des colles et vernis « sans solvants » et avec un label environnemental de qualité. Par mesure de précaution :

- éviter de participer aux travaux quand on est enceinte,
- penser à aérer encore plus la pièce dans laquelle des travaux ont été effectués,
- éviter de stocker trop de flacons dans le logement,
- garder ceux dont on se sert dans des endroits ventilés,
- refermer soigneusement les emballages,
- respecter les consignes d'utilisation.

Pour aménager le coin de bébé, on prend des précautions. Tout comme la réalisation des travaux, la pose de certains meubles peut émettre des polluants volatils pouvant être dangereux pour la santé (COV, formaldéhyde). Ces émissions sont liées à l'utilisation de colles et de panneaux de particules lors de leur fabrication. C'est d'autant plus important lorsqu'ils sont neufs.

Il est donc important de finaliser l'aménagement de la chambre de bébé bien avant sa naissance et de l'aérer souvent pour évacuer les polluants émis.

Pour utiliser les appareils de chauffage ou de cuisson, on fait attention au monoxyde de carbone. Le **monoxyde de carbone** ou CO est un gaz très toxique, particulièrement pour les femmes enceintes et les enfants. Il ne se voit pas et ne sent rien.

Il vient d'une mauvaise combustion des appareils de chauffage, de cuisson ou d'eau chaude fonctionnant au gaz, au bois, au charbon, à l'essence, au fuel ou à l'éthanol. Ces appareils et les conduits de fumée doivent être vérifiés chaque année par un professionnel qualifié. En plus, une chaudière bien entretenue consomme moins de **combustible** et produit moins de polluants. Une bonne ventilation doit être assurée dans le logement et en particulier dans la pièce où se trouve l'appareil ou l'installation.

"Zéro alcool pendant la grossesse", un message pour tous

A l'occasion de la Journée mondiale de sensibilisation au syndrome d'alcoolisation foétale du 9 septembre 2020, Santé publique France rappelle le message de précaution « zéro alcool pendant la grossesse » et sensibilise les femmes et leur entourage aux risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Publié le 8 septembre 2020

La solidarité de l'entourage des femmes enceintes, un rôle clé mis en valeur cet été

Dans la période estivale où les occasions de consommer de l'alcool sont souvent plus nombreuses, pourquoi ne pas partager la responsabilité du zéro alcool à l'entourage des femmes enceintes, conjoint, famille ou même amis ? "Tous solidaires et supporters du zéro alcool" : cette signature de la campagne alcool et grossesse a été entendue tout l'été à la radio, diffusée à la TV sur les chaînes du Groupe M6, et vue sur internet via un important volet digital. Son objectif : rappeler qu'une femme enceinte qui ne boit pas, ce peut être aussi une femme enceinte à qui on n'aura pas proposé d'alcool, où une femme qui n'aura pas été seule à trinquer au sans alcool !

Ecouter le spot radio "tous solidaires, tous supporters"

La journée du SAF, pour s'adresser aux femmes et leur rappeler le principe de précaution "zéro alcool pendant la grossesse"

Parce qu'il est important de continuer à sensibiliser et rappeler aux femmes enceintes ou en âge de procréer le principe de précaution « zéro alcool pendant la grossesse »; le mois de septembre est l'occasion de s'adresser à elles, avec la journée mondiale de sensibilisation au syndrome d'alcoolisation foétale.

En effet, consommer de l'alcool pendant la grossesse est toxique pour le fœtus et peut entraîner diverses complications (retard de croissance, atteintes du système nerveux central, malformations...), dont le syndrome d'alcoolisation foétale est la forme la plus grave.

C'est pourquoi, à partir du 9 septembre 2020 et durant tout le mois, Santé publique France met en place un important volet digital, un spot radio rappelant les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse et un dispositif d'affichage complémentaire dans les départements d'Outre-Mer.

Ecouter le spot radio "Alcool et grossesse - Le saviez-vous ?"

Deux dispositifs pour accompagner les femmes enceintes et répondre à leurs besoins

Agirpourbebe.fr

Se passer d'alcool pendant 9 mois est possible assez facilement pour la plupart des femmes enceintes. Pour toute recherche d'informations sur le sujet, le site Agir pour bébé donne les clés aux futurs parents et parents de jeunes enfants pour prendre soin de la santé de leur (futur) enfant. Ne pas boire d'alcool étant une façon parmi de nombreuses autres, pour "agir pour bébé".

agirpourbebē.fr

Alcool-info-service.fr

Ne pas boire d'alcool pendant la grossesse peut être beaucoup plus difficile et devenir un sujet de préoccupation majeur. Les femmes ayant besoin d'accompagnement pour arrêter l'alcool peuvent trouver de l'aide sur alcool-info-service.fr. Ce dispositif complet d'aide à distance (téléphone et internet) répond 7 jours/7 aux questions en apportant :

un soutien et un accompagnement par des professionnels expérimentés dans ce domaine ;

une rubrique "alcool & grossesse" sur le site internet Alcool info service qui délivre de manière simple, au travers d'articles et de vidéos pédagogiques, les recommandations et les aides concrètes en cas de difficultés ;

un annuaire permettant de trouver une structure d'aide spécialisée la plus proche de chez soi

ALCOOL-INFO-SERVICE.FR
7/7 de 8h à 2h. Appel anonyme et non surtaxé 0 980 980 930



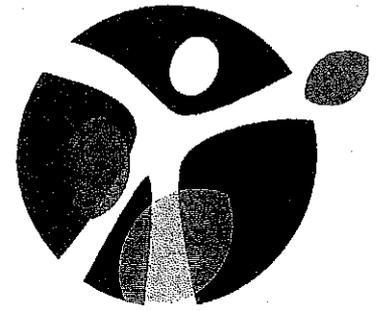
La
Revue

#8

←
Octobre 2022
→

LSPS

RÉSEAU FRANÇAIS
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ



Grand Dossier

Une enquête nationale révèle
l'état de santé mentale préoccupant
des étudiants en médecine

L'Hôpital Saint Joseph
à Marseille

Focus



Agir

au quotidien

Présentation de l'Unité
hospitalière d'innovation en
prévention du CHU de Bordeaux :
une plateforme au service de
la recherche en prévention
dans le système de soin

Echo de réseaux

L'Hôpital Foch :
hôpital promoteur de santé

Outils

SOLALE : la plateforme sur la réduction
des risques (RdR) alcool

Lieu de santé
sans tabac



respodd

RÉSEAU FRANÇAIS
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ



LSPS

RÉSEAU FRANÇAIS
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ



International Network of
Health Promoting Hospitals
& Health Services

International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services : une dynamique renouvelée

LE RÉSEAU INTERNATIONAL HPH

Issu d'une réflexion sur la promotion de la santé par l'OMS, le réseau HPH (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services) propose aux établissements de santé de les accompagner dans la mise en place d'une stratégie de promotion de la santé et de les mettre en réseau pour bénéficier des expériences de chacun. Ainsi, des outils, des standards, un site Internet, une conférence internationale annuelle ou encore des groupes de travail, tous basés sur les preuves et les bonnes pratiques éprouvées et reconnues, sont autant de ressources proposées par le réseau HPH pour soutenir le déploiement et l'implémentation de stratégie de promotion de la santé.

Aujourd'hui, le réseau international compte environ 600 membres actifs, hôpitaux, structures de santé et membres affiliés, répartis dans 30 pays, et 20 réseaux nationaux et régionaux. La charte graphique du réseau a également été renouvelée, accompagnant la parution des nouveaux standards 2020 et donnant ainsi une nouvelle dynamique à ce réseau international.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN FRANCE

En France, le concept de promotion de la santé apparaît dans plusieurs textes officiels comme une préoccupation du législateur ainsi que le démontre la loi du 31 juillet 1991 qui introduit dans les missions de l'hôpital la nécessité de prendre part à des actions de santé publique, notamment en termes de prévention et d'éducation pour la santé. Les ordonnances du 24 avril 1996 viendront structurer quant à elles la mise en place d'une politique nationale et régionale de santé publique, qui tend à réduire les inégalités de santé et prend en compte la satisfaction des usagers. La promotion de la santé des populations et la réduction des inégalités de santé s'imposeront alors avec force et la loi du 21 juillet 2009 viendra conforter le rôle des établissements de santé dans l'éducation et la prévention.

C'est dans ce contexte que naît le réseau international des hôpitaux promoteurs de santé sous la coordination de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). C'est ensuite Santé publique France qui se voit confier le déploiement et la coordination du réseau *Health Promoting Hospitals* pour la France, avant de déléguer ces missions au RESPADD en 2018.

LE RÉSEAU LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

Coordonné par le RESPADD, le Réseau français Lieu de santé promoteur de santé permet aux établissements qui le souhaitent de mettre en place une stratégie de promotion de la santé au sein de leur établissement, au bénéfice des soignants, des bénéficiaires de soins, des visiteurs et de la communauté environnante. Aujourd'hui, une douzaine d'établissements français ont adhéré au réseau HPH et bénéficient ainsi des outils et de la mise en réseau proposés par la coordination internationale. Ils profitent également du soutien et de l'accompagnement proposés par le RESPADD qui leur fournit des ressources, des expériences et la visibilité nécessaire pour la mise en place de leurs actions.

La Revue LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

Octobre 2022 - N° 8 - ISSN 2648-9414 (imprimé)

ISSN 2649-4973 (en ligne)

Directeur de publication : Amina Benyamina

Directeur de rédaction : Nicolas Bonnet

Comité de rédaction : Nicolas Bonnet, Marianne Hochet

Secrétariat : Maria Baraud

Ont collaboré à ce numéro : François Alla, Isabelle Barcos, Jean-Michel Bartoli, Amina Benyamina, Nicolas Bonnet, Justine Derain-Court, Ariel Frajerman, Rolland Franck, Marianne Hochet, Yannick Morvan, Valérie Moulins, Rebecca Ratel, Michael Schwarzingger.

© Textes et visuels : RESPADD 2022

Cette revue bénéficie du soutien de Santé publique France

Bernard Artal Graphisme / Imprimerie Peau, Berd'huis

Tirage : 2 000 exemplaires



Éditorial

L'Organisation mondiale de la santé estime que 23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux. Ceux-ci peuvent contribuer à l'apparition de maladies, souvent d'origine multifactorielle : cancers, addictions, pathologies respiratoires, allergies, asthmes, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, etc.

La politique de prévention en la matière repose sur un axe majeur : la formation et l'information. Elle concerne tant le grand public que les professionnels de santé, les élus et, plus largement, l'ensemble des citoyens qui peuvent et veulent agir sur leurs déterminants de santé en ayant l'assurance des bénéfices et changements attendus.

Or santé et développement sont étroitement liés.

Les programmes de prévention et de promotion de la santé doivent traiter des besoins sanitaires de base car la satisfaction de ces besoins fait partie intégrante de la réalisation des objectifs visés.

Les liens qui existent entre la santé, l'environnement et l'amélioration de la situation socio-économique nécessitent des efforts partagés. De tels efforts reposent tant sur l'éducation que sur l'accès à un logement stable, la réalisation d'aménagements urbains et le soutien des groupes

communautaires. Il importe tout particulièrement ici de mettre en place des programmes préventifs plutôt que de se contenter de mesures correctives et curatives. Nous devons, collectivement, élaborer des plans d'actions prioritaires reposant sur une planification concertée aux divers niveaux des pouvoirs publics, des organisations non gouvernementales et des collectivités locales. Le traitement donné à la situation des consommateurs de crack à Paris et en Seine-Saint-Denis est un exemple criant des conséquences d'un manque de concertation a priori, de programmes de prévention esseulés et insuffisamment dotés, et de moyens trop centrés sur la seule option répressive.

La santé dépend de la capacité de gérer, de façon satisfaisante, l'interaction entre le cadre de vie et l'environnement biologique, économique et social. Nous n'aurons de développement viable sans une population saine. Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, satisfaire de ces besoins et objectifs : il est tributaire du développement social et économique. Il dépend

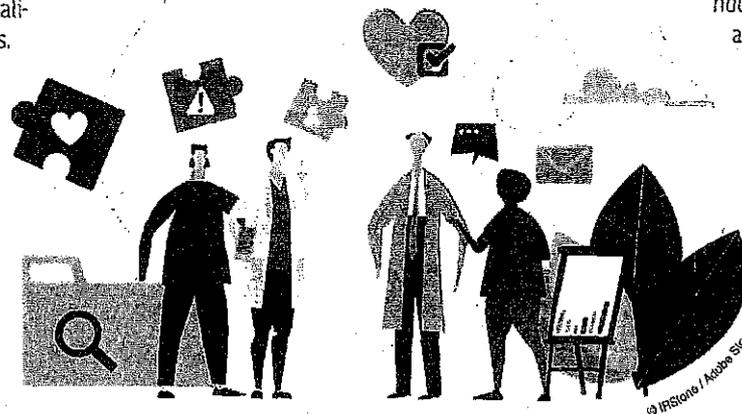
également d'un environnement sain et notamment de l'approvisionnement en eau salubre, de l'assainissement et de la promotion d'une alimentation saine et d'une nutrition appropriée auxquelles nous devons accorder une attention particulière dans toutes situations, pour tous et à tout moment.

La santé dépend également de notre capacité à offrir et renforcer des systèmes de soins de santé primaires qui soient pratiques, organisés à l'échelon des collectivités, scientifiquement valides, socialement acceptables et adaptés aux besoins des

communautés locales en soutenant les initiatives d'autogestion de services prises par des groupes communautaires permettant ainsi de desservir davantage les populations vulnérables.

Ces enjeux sont inscrits au cœur de nos actions, quels qu'en soient les sujets. Ils sont le moteur du réseau Lieu de santé promoteur de santé, l'énergie qui fait vivre la stratégie Lieu de santé sans tabac, pensée dès sa conception comme une action de promotion de la santé à même de pouvoir créer un engagement fort des Lieux de santé dans une dynamique large et durable de promotion de la santé.

Amine Benyamina
Président du RESPADD



© IPStone / Akobo Stock

Écho de réseaux

L'HÔPITAL FOCH : hôpital promoteur de santé



Situé à Suresnes, dans les Hauts-de-Seine, l'Hôpital Foch fait référence à bien des égards. Au-delà de l'excellence des soins prodigués, dont bénéficient des patients en provenance de 65 pays, et de l'attention accordée de longue date au bien-être de ses équipes, cet établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) de 611 lits se démarque également par **une démarche proactive en faveur de la promotion de la santé, autour de laquelle il a su amorcer une dynamique collective.**

Depuis des années, l'Hôpital Foch s'attache à dépasser la seule sphère de la relation de soins pour s'engager toujours plus sur les terrains de l'expérience patient et de la promotion de la santé.

L'année 2021 a vu Foch franchir un cap important avec l'obtention du label Lieu de santé promoteur de santé et l'intégration du réseau international d'hôpitaux et de services de santé qui compte désormais plus de 600 membres désireux de croiser les regards et les expériences sur les questions de prévention, de sensibilisation et d'éducation à la santé.

Un groupe de travail a été organisé en interne afin de travailler sur les différents sujets du label. Les membres de ce groupe sont très variés. Il regroupe des médecins, infirmières, paramédicaux, agents administratifs et directeurs.

L'ambition de l'Hôpital Foch est de renforcer la capacité des patients et de leurs proches à agir sur les événements qui influent sur leur santé et plus généralement sur leur qualité de vie. Cette volonté s'illustre de plusieurs façons.

Côté événementiel, au cours de grands rendez-vous annuels, tels qu'*Octobre rose*, le mois de sensibilisation au cancer du sein, *Movember* pour la sensibilisation aux cancers masculins ou la *Journée mondiale de lutte contre le sida* du 1er décembre. D'autres sujets ont également fait l'objet de journées dédiées : les maladies rares (fin février), les pathologies du rein et le cancer du côlon (mars), les troubles de la voix (avril), le papillomavirus, le cancer de l'utérus et les cancers ORL (mai), etc.

Une journée Hôpital sans tabac est organisée tous les ans afin de sensibiliser le plus grand nombre et renforcer l'obtention de notre label Lieu de santé sans tabac.

Les associations de patients, les médecins de l'hôpital mais aussi les médecins de ville sont présents afin de parler des sujets avec les patients présents ainsi qu'avec les salariés. Afin de relayer



ces rendez-vous, l'Hôpital Foch s'est mobilisé sur ces thématiques au travers de podcasts grand format diffusés en direct sur les réseaux sociaux.

Le média podcast est désormais très utilisé par l'établissement qui a créé en septembre 2021 sa propre chaîne. En effet, les patients ont souhaité disposer d'informations plus précises avant leur intervention. Les médecins, chirurgiens, personnels soignant, etc. parlent aux patients pour expliquer une chirurgie, une pathologie, un examen d'imagerie, donner des conseils sur le tabac, la consommation d'alcool, etc. C'est aujourd'hui la 11^e chaîne de santé nationale, et sa renommée dépasse désormais les frontières de la France – il y a même des auditeurs en Allemagne !

Côté affichage, des totems à affichage digital ont été installés dans tous les espaces d'accueil et d'attente de l'hôpital afin de diffuser les campagnes de sensibilisation gouvernementales sur tous les sujets de promotion de la santé : alcool et tabac, maladies cardiovasculaires, canicule, etc. De la même façon des téléviseurs ont été installés dans les salles d'attente afin de donner des informations aux patients sur leur parcours.

Dans le cadre du parcours des patients, des ateliers thérapeutiques sont organisés par les services pour les pathologies comme l'asthme, les AVC, l'hypertension artérielle, le diabète, etc.

Enfin, une Maison des usagers est ouverte dans l'accueil de l'hôpital. Ce lieu permet de donner de l'information aux patients sur les pathologies à travers des flyers ou livrets mais aussi par l'accueil par des associations de patients qui se relaient pour venir à la rencontre des usagers (France Alzheimer, Maladie de Crohn, cancer du sein, etc.).

Cette sensibilisation concerne aussi bien le public des patients que celui des salariés. En effet, un large programme de sensibilisation a été mis en place pour les collaborateurs de l'hôpital (2 300 personnes) qui trouve un sens à travers la politique de qualité de vie au travail.

Titulaire du trophée 2018 du « Mieux vivre en entreprise », l'Hôpital Foch met en place de nombreuses actions de protections collectives au quotidien :

- formation à la prévention des risques liés au port de charges lourdes ;
- mise à disposition dans les services de soins de différents matériels et outils d'aide à la manutention des patients : lève-malade sur rail ou mobile au sol, verticalisateur, drap de glisse, etc. ;
- recherche de solutions ergonomiques autour du poste de travail ;
- cours gratuits de yoga et Pilates entre 12 h et 14 h ;
- activité physique adaptée pour les salariés de nuit (séances entre 22 h 30 et 3 h) ;
- création et mise à disposition d'une salle de sport équipée.



« Nous sommes très à l'écoute de notre personnel, et recherchons de façon continue des solutions pour améliorer leurs conditions de travail et agir de façon préventive à travers différents ateliers » explique Dorota Roll – responsable de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail de l'Hôpital Foch.

Prévenir les troubles musculo-squelettiques (TMS) est une mesure prioritaire face aux risques professionnels et aux conditions de travail en milieu hospitalier. Chez les soignants, les parties du corps majoritairement touchées par les TMS concernent le dos et les membres supérieurs. Soins, toilettes au lit, changes, réfections de lits, réinstallations des patients ou encore soins techniques sont autant de tâches qui stimulent fortement leur dos. Il est alors nécessaire de leur permettre d'adapter leurs fonctions, de façon à moins les exposer à la charge physique et aux postures contraignantes. L'exosquelette répond à cette demande. Ce dispositif permet de soulager les soignants en les protégeant des postures à risque.

Enfin, des messages de promotion de la santé ont été insérés dans le livret d'accueil des personnels et dans la newsletter hebdomadaire adressée aux salariés.

Des journées « autour d'un café » sur les principaux sujets de santé publique sont organisées dans le courant de l'année à l'entrée du self afin de toucher le plus grand nombre. Des bornes d'évaluation ont été placées à l'entrée du restaurant du personnel afin de récupérer systématiquement une évaluation des actions mises en place. ☺

Valérie Moulins, directrice de la communication et de l'expérience patient, Hôpital Foch

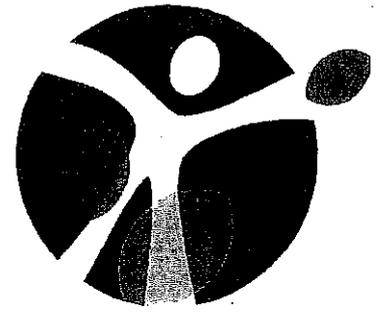
La
Revue

#4

Juin 2020

LSPS

RÉSEAU FRANÇAIS
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ



Grand entretien

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

Adhérer

au Réseau français
Lieu de santé
promoteur de santé

Jeanne de Flandre :
premier CHU
de France IHAB

Focus



Agir au quotidien

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

Écho de réseaux

Environnements favorables
à la santé : pourquoi
et comment agir ?

Outils

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

Lieu de santé
sans tabac



respadd
RÉSEAU PRÉVENTION DES ADDICTIFS



LSPS
RÉSEAU FRANÇAIS
LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ





Editorial **Communication(s) en santé.**

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

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

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

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

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

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

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

l'information et les conseils auprès de personnes disposant de compétences en santé limitées. Les professionnels supposent parfois que les personnes en quête de conseils ont une compréhension

en matière de santé similaire à la leur et disposent de

compétences comparables lorsqu'il s'agit de recevoir ou traiter des informations.

Les outils à développer doivent aider concrètement à déterminer les capacités de lecture, d'écriture ainsi que

les compétences en santé dans le but d'aider à la planification et à la réalisation

d'interventions conformes aux besoins. Les besoins concernent un vaste champ de pratiques

professionnelles, allant de l'aide sociale et des consultations médicales, aux organismes publics, associations et professionnels de santé qui informent et interagissent

quotidiennement avec les patients. Leurs mises en œuvre doivent utiliser des concepts didactiques appropriés en fonction des groupes cibles.

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

Anne Borgne,
présidente du RESPADD

Grand entretien

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

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

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

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

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

Par ailleurs, la mission institutionnelle FIDES, créée en 2006, met en œuvre une prise en charge globale de prévention et de soin des addictions pour le personnel médical et non médical de l'AP-HP.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

QUELQUES CHIFFRES

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

Cécile Caroui, Béatrice Mestdagh, CHU de Lille

Écho de réseaux

Environnements favorables à la santé : pourquoi et comment agir

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

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

Un exemple concret : le développement du réseau piéton

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

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

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

Le projet vise à :

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

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

Exemples d'environnements favorables

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

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

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

En quoi suis-je concerné ?

En quelques mots

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

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

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

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

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

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

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

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

Aurélien Georges, Oriana Villa, Unisanté

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

environnements@unisanté.ch

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

Amélioration des pratiques et sécurité des soins

La sécurité des patients

Mettre en œuvre la gestion des risques
associés aux soins en établissement de santé

Des concepts à la pratique

Partie 5

Des fiches techniques pour
faciliter la mise en œuvre

Fiche 1. Concepts et points clés pour aborder la sécurité des soins

Objectif

Partager les notions de base pour aborder ensemble la sécurité des soins

Cette fiche reprend, synthétise ou développe des notions exposées au sein d'un précédent guide auquel le lecteur est renvoyé³⁷.

1. Quelques considérations relatives à la notion de risque

Le risque est défini comme l'exposition, souhaitée ou non, à un danger (une falaise est un danger, la grimper est un risque). On peut distinguer quatre situations :

- **le renoncement au risque** (ex : ne pas opérer un patient porteur de trop nombreuses co-morbidités pour une intervention de confort),
- **la prise volontaire de risque liée à la recherche d'un bénéfice dans l'activité réalisée** (ex : traitement chirurgical d'une appendicite permettant d'éviter l'évolution vers la péritonite et le décès, malgré le risque chirurgical et anesthésique),
- **la prise volontaire d'un risque comme condition de la performance** (ex : traitement de la myopie pouvant s'effectuer par des verres correcteurs, mais pour laquelle le traitement chirurgical recherche un bénéfice supérieur, avec la prise de risque liée à l'intervention),
- **la prise involontaire d'un risque subi** (ex : période de travail en sous effectif aigu ou changement de mode opératoire de dernière minute pour raison de la non disponibilité d'un dispositif médical essentiel).

Le risque n'est pas seulement une donnée objective. C'est aussi une construction sociale pouvant expliquer une perception et une acceptabilité non uniformes au sein des professionnels de santé, des patients, du public et des médias. L'acceptabilité du risque suppose donc la prise en compte de trois niveaux : la société, les professionnels, les patients.

La gestion des risques comporte toujours des aspects positifs (performance accrue pour le patient, le médecin et/ou l'institution) et des aspects négatifs (le dysfonctionnement vécu comme un échec avec ses éventuels effets délétères).

La prise de risque est indissociable de l'activité humaine, de celle d'un établissement de santé en particulier. La démarche de gestion des risques vise donc à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent. Elle repose sur la connaissance des risques, sur l'élimination de certains risques, sur la prévention et la protection vis-à-vis des risques à prendre pour la prise en charge des patients.

2. Éléments de terminologie

La gestion des risques fait appel à une terminologie propre (en sachant l'existence de plusieurs terminologies)³⁸. Quelques termes sont proposés ici, destinés à introduire des développements à venir.

37. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Saint Denis La Plaine: ANAES; 2003.

38. Plusieurs références de glossaires sont indiquées en annexes.

Sécurité du patient	Absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé (OMS, CISP 2009) (une atteinte associée aux soins découle de mesures prises pendant la dispensation des soins et ne résultant pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacent(e))
Danger	Ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose (Le Petit Robert de la langue française, 2006)
Risque	Probabilité de survenue d'un incident
Situation à risque	Évènement possible dont la survenue est susceptible de créer des dommages
Évènement évitable	Jugement de valeur accepté par la collectivité compte tenu des pratiques et savoirs médicaux recommandés dans des circonstances données et à un moment donné par la communauté scientifique
Évènement indésirable associé aux soins	Tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. (Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010). Peut aussi concerner un patient venant le temps d'une consultation, d'une investigation ou d'un traitement
Évènement porteur de risque (EPR)	Évènement n'ayant pas engendré de conséquence grave pour le patient (« presque accident »), dont l'analyse méthodique favorisera la compréhension des causes de survenue, mais aussi celles des modalités de la récupération ayant permis à temps sa détection et son traitement
Erreur humaine	Réalisation non volontaire d'un acte qui empêche d'obtenir le résultat souhaité. La littérature ³⁹ distingue les erreurs de routine (en anglais « slips », de très loin les plus fréquentes, plus de 80 % du total des erreurs) et les erreurs de connaissances (en anglais « fault », à ne pas traduire par faute en français) qui se séparent elles-mêmes en deux catégories : les erreurs de contexte (10 à 15 % du total des erreurs, connaissance exacte employée dans le mauvais contexte) et les erreurs par manque de connaissance (très rares, moins de 2% en général chez les experts)
Violation	Écart volontaire à la norme ou la recommandation pour maximiser un bénéfice souhaité (technique, financier, humain)
Cause immédiate	Cause objective la plus immédiatement liée à la survenue de l'évènement, par exemple blessure per opératoire ou chute du patient
Facteur favorisant (ou cause profonde)	Circonstance, acte ou élément susceptible d'avoir participé à la naissance ou à la survenue d'un incident ou d'avoir accru le risque d'évènement indésirable grave (EIG). Les facteurs favorisants peuvent être externes (l'établissement n'en a pas la maîtrise), liés à l'organisation (absence de protocoles acceptés), liés au personnel (problème comportemental d'une personne, absence d'encadrement, manque de collaboration ou communication insuffisante) ou liés au patient (attitude problématique)
Démarche de gestion des risques <i>a posteriori</i>	Démarche réactive ou corrective axée sur l'analyse rétrospective des évènements indésirables et le traitement des causes identifiées
Démarche de gestion des risques <i>a priori</i>	Démarche préventive axée sur l'analyse et la mise en œuvre de mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue d'évènements indésirables
Résilience	Mesure dans laquelle un système est capable, en permanence, de prévenir, de détecter, d'atténuer les dangers ou les incidents, ou d'y remédier
Anticipation	Mouvement de la pensée qui imagine ou vit d'avance un évènement. En sport : Faculté à prévoir l'attaque de l'adversaire et d'en préparer la parade (Le Petit Robert de la langue française, 2006)
Récupération	Dépistage et traitement d'une défaillance entre le moment où elle se produit et la réalisation de l'évènement redouté auquel elle aurait pu conduire (« l'échappée belle » des québécois)
Approche systémique	Approche globale centrée sur la cohérence du tout plutôt qu'une approche par décomposition centrée sur l'optimisation des parties.

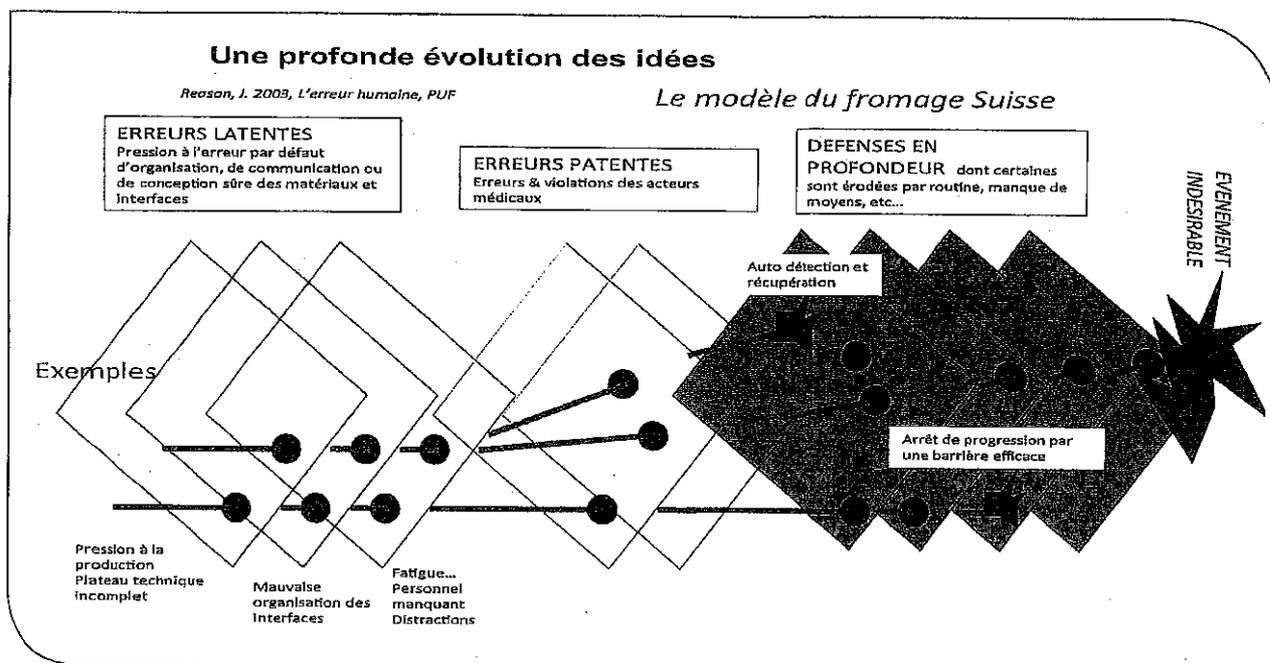
3. Une typologie des défaillances d'un système complexe

Le modèle bien connu de « fromage suisse » (ou de plaques) développé par J. Reason offre un cadre simple à la gestion systémique des risques. L'idée générale du modèle est qu'un système complexe met en jeu beaucoup d'acteurs et de ressources, chacun d'eux ayant des faiblesses mais aussi des forces en matière de sécurité. La sécurité globale du système consiste à empiler ces plaques d'acteurs de sorte que les faiblesses ne s'alignent pas, mais au contraire soient bloquées par les points de sécurité et n'impactent pas le patient. Ce modèle distingue trois types de plaques :

- les acteurs des plaques relatives à l'organisation, à la conception et, au management peuvent commettre des **erreurs latentes** en ce sens qu'elles ne touchent pas directement le patient mais faciliteront les erreurs de ceux qui sont au contact du patient,

39. Reason J. L'erreur humaine. Paris: PUF; 1993.

- les acteurs de première ligne (médecins, sages-femmes et soignants) qui interagissent directement avec le soin peuvent commettre des **erreurs patentes** avec des conséquences immédiates pour le patient,
- les **défenses en profondeur ou barrières de sécurité** du système qui sont pensées pour bloquer et récupérer les erreurs patentes (ex : pharmacien qui contrôle l'ordonnance du médecin et récupère des erreurs de doses, *check-list* au bloc opératoire qui correctement utilisée favorise la récupération d'erreurs, en matière d'identité ou de côté à opérer).



4. La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs, mais à les gérer de façon adaptée

Ce modèle renvoie aussi à d'autres aspects fondamentaux de la gestion des risques liés aux **facteurs humains et organisationnels** :

- **le flux d'erreurs par être humain est considérable** (en aviation civile où il a été mesuré sur plus de 5000 vols, le taux d'erreurs d'un équipage reste supérieur à 2 par heure⁴⁰).
- **on ne peut pas réduire le flux d'erreur d'un être humain qui travaille** (il commettra toujours autant d'erreurs car les erreurs sont le revers automatique de toute activité mentale).

Mais :

- **on peut empêcher ou réduire la fréquence de certaines erreurs** en prenant des mesures ciblées (ex : en mettant en place une *check-list* en bloc opératoire ou en mettant des détrompeurs physiques sur les fluides médicaux, oxygène et protoxyde d'azote, empêchant ainsi l'inversion des gaz utilisés).
- **on peut récupérer les erreurs commises** : 85 % des erreurs (Reason, 1993 opus cité) sont détectées et récupérées en quelques secondes par le sujet qui les a commises tandis qu'une bonne fraction du reste des erreurs est récupérée par l'entourage, l'équipe ou des détrompeurs physiques. **La récupération comprend trois phases** : détection du problème, identification/compréhension et action de récupération proprement dite.
- **la gestion des risques renvoie autant à l'évitement des erreurs qu'à leurs récupérations**. D'ailleurs les hôpitaux les plus sûrs ne sont pas ceux qui ont les plus bas taux d'EIG mais ceux qui dont la gestion et la récupération des événements indésirables est la plus efficace, en bref qui traitent mieux leurs événements^{41,42}.

40. Helmreich RL. *On error management: lessons from aviation*. BMJ 2000;320(7237):781-5.

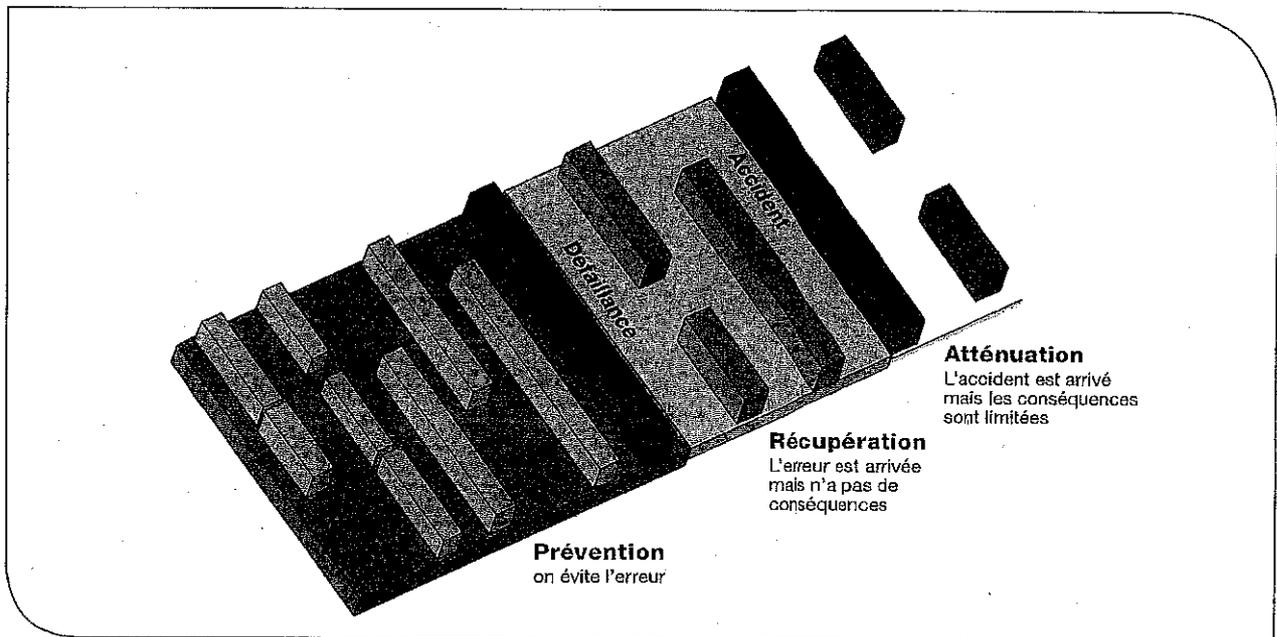
41. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. *Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery*. N Engl J Med 2009;361(14):1368-75.

42. Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle, Daniellou, F, Simard, M, Boissières, I. *Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art*. Toulouse: ICSI; 2010. http://www.icsi-eu.org/francais/dev_cs/cahiers/CSI-FHOS-Etat-de-l-art.pdf

5. Les types de barrières pour gérer les erreurs (concept dit de « défense en profondeur »)

Un système sûr possède une combinaison de **trois types de barrières** :

- **les barrières de prévention** : elles empêchent la survenue de l'erreur et de l'accident (ex : la *check-list* chirurgicale, barrière destinée à empêcher l'oubli d'une antibioprofylaxie péri-interventionnelle),
- **les barrières de récupération** : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences (ex : une antibioprofylaxie est prescrite au bloc opératoire mais l'infirmière prend connaissance de l'existence d'une allergie à la pénicilline dans le dossier médical et alerte le prescripteur qui modifie la prescription en conséquence),
- **les barrières d'atténuation des effets** : l'accident est avéré, mais les conséquences sont limitées (ex : un patient n'ayant pas bénéficié d'une antibioprofylaxie est en choc septique, mais des hémocultures ont été réalisées très tôt, le germe a été identifié rapidement, un lit en réanimation est immédiatement disponible, le traitement est engagé rapidement).



Aucune barrière n'est capable à elle seule de contenir tout le risque. Il faut associer plusieurs barrières pour obtenir la sécurité voulue +++.

À cet égard, les pratiques médicales et organisationnelles en établissement de santé surestiment souvent l'efficacité des barrières de prévention, tandis qu'elles peuvent fortement sous-estimer l'importance des deux autres types de barrières (ces dernières, non pensées et mises en œuvre collectivement, étant souvent laissées au professionnalisme et à l'initiative de chacun)⁴³.

Outre leurs différentes fonctions (prévention, récupération, atténuation), les barrières peuvent être de différentes natures :

- **barrières immatérielles** : lois et réglementation, consignes, bonnes pratiques de sécurité, recommandations, procédures et protocoles, programme de formation, organisation du travail, etc.
- **barrières matérielles** : détrompeur physique (ex : en branchement des fluides en anesthésie, en prescription médicamenteuse informatisée), alarme, verrouillage d'un dispositif, etc.

43. Un des points essentiels du dispositif national d'accréditation des médecins est l'analyse des événements indésirables porteurs de risques (EPR) déclarés par les médecins inscrits dans cette procédure. Au-delà de la recherche des causes immédiates et des facteurs favorisants, l'un des axes de travail porte sur les modalités de la récupération avec ses temps de détection (qui, quand, comment), de diagnostic (qui, quand, comment) et d'action (qui, quand, comment). L'enjeu est majeur : identifier au sein de chaque spécialité des situations à risques méconnues, étudier grâce à une base de données (base REX) des « paniers » d'EPR semblables pour tenter d'identifier des causes communes. Ceci pour élaborer des recommandations professionnelles en conséquence, rédigées sous la forme de barrières de sécurité.

Fiche 2. Des exigences réglementaires récentes pour la sécurité des soins en établissement de santé

Objectif

Disposer d'un aide mémoire sur les principales dispositions réglementaires récentes relatives à la gestion des risques dans les établissements de santé (en premier lieu la circulaire du 18/11/11 que ce guide vient compléter)

1. La circulaire au service de laquelle le guide est conçu

Circulaire N°DGOS/PF2/2011/ 416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé (plan)

http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34191.pdf

Plan	
Contexte, enjeux et leviers	
Annexe 1	Gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins <ul style="list-style-type: none"> • pilotage stratégique • pilotage opérationnelle
Annexe 2	Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
Annexe 3	Programme d'actions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Annexe 4	L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)
Annexe 5	Formation des professionnels de santé et sécurité des soins
Annexe 6	Coopération entre établissements de santé

2. Autres textes, décrets et arrêtés récents, relatifs à la qualité et sécurité des soins

Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission Médicale d'Établissement dans les établissements publics de santé (extraits)

<http://www.legifrance.gouv.fr/>