



Rapport de mission de la Public Factory

Missions et positionnement du Pôle de Santé Publique des Hospices Civils de Lyon, réalités et perspectives

Analyse et benchmark en France et à l'étranger pour nourrir les réflexions sur les missions et le positionnement du Pôle de Santé Publique dans le cadre du Projet Stratégique des Hospices Civils de Lyon



Groupe PF8 : Gwenola Paulic, Lou Patenne, Eloise Goletto, Matteo Millardet, Thibaud Guilbert, Justine Pichon, Mathilde Flye Sainte Marie, Lison Peltier

Année 2025 / 2026

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce projet portant sur le positionnement du Pôle de Santé Publique des Hospices Civils de Lyon.

Nous adressons tout d'abord nos remerciements à **Scott Sitbon**, notre encadrant, pour son accompagnement tout au long de l'année. Ses conseils, sa disponibilité et son regard critique nous ont permis de structurer et d'enrichir notre réflexion à chaque étape du projet.

Nous remercions chaleureusement **Isabelle Dadon**, Directrice référente du Pôle de Santé Publique des HCL, à l'initiative de ce projet. Son implication, ses orientations précieuses et la pertinence constante de ses remarques ont été déterminantes pour la qualité de ce rapport et constituent également un apport précieux pour notre future pratique professionnelle.

Nous souhaitons également remercier **Philippe Michel**, chef du service 3P, pour sa présence et son soutien dans le cadre de ce projet.

Nos remerciements s'adressent aussi à **Cyrille Colin**, du Service d'évaluation économique en santé, pour la richesse de ses échanges. Ses interventions et les discussions menées ont nourri notre réflexion et contribué de manière significative à l'avancement de notre travail.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à l'ensemble des personnes que nous avons interviewées au sein des HCL et d'autres structures, pour le temps qu'elles nous ont accordé, la qualité de leurs témoignages et leur contribution essentielle à ce projet.

Enfin, nous remercions **David Vallat** et **Martine Huyon** de la Public Factory pour leur accompagnement tout au long de ce projet, tant sur les aspects organisationnels que sur la structuration du rapport. Leur soutien méthodologique, ainsi que leur appui, ont été particulièrement précieux.

À toutes et tous, nous adressons nos plus sincères remerciements.

INTRODUCTION	7
Définition de la santé publique.....	7
Les enjeux liés au financement des hôpitaux et des activités de santé publique.....	8
Le projet stratégique 2035 des HCL : être à l'avant-garde de la santé de demain.....	9
Le projet Public Factory : contexte et intérêt	9
PARTIE 1 : MÉTHODOLOGIE.....	11
Chapitre 1 : Méthodologie.....	11
I. Problématique	11
II. Revue de littérature et cadrage initial	12
III. Observation de terrain et visites de services	12
IV. Entretiens semi-directifs	12
V. Outils d'analyse et productions.....	14
Chapitre 2 : Revue de littérature.....	15
I. Les activités de prévention et de promotion de la santé	15
A. La prévention en France.....	15
B. La promotion de la santé en France	16
II. Penser la santé publique dans l'organisation des soins.....	17
III. Le CHU : un acteur à l'initiative de la recherche et de l'innovation	19
A. Enjeux de la recherche et de l'innovation en France	19
B. Utilisation de la recherche et de l'innovation pour bâtir les « CHU de demain ».....	20
PARTIE 2 : ENQUÊTE	22
Chapitre 1 : France	22
I. Organisation des CHU	22
A. Des pôles de santé publique structurés mais aux périmètres variables.....	22
B. Des organisations partiellement éclatées des fonctions de santé publique	23
C. Des configurations sans pôle de santé publique identifié	23
II. La place des activités de santé publique au sein de la gouvernance des hôpitaux.....	24
A. Pôle de santé publique rattaché à une direction fonctionnelle.....	24
B. Pôle de santé publique transversal au même niveau que les autres pôles.....	24
C. Activités de santé publique rattachées à la direction générale.....	24
III. Projets innovants en santé publique	25
A. Recherche et innovation.....	26

B.	La Santé Environnementale	26
C.	Les addictions	27
IV.	Liens avec les acteurs du territoire.....	28
A.	Liens avec les universités.....	28
B.	Les liens entre CHU	29
C.	Liens avec les professionnels de santé et le secteur ambulatoire.....	30
D.	Liens avec les collectivités régionales et locales	31
E.	Liens avec les instances et acteurs à l'étranger.....	32
	Chapitre 2 : International.....	33
I.	Organisation du système de santé publique	33
A.	Vision de la santé publique	33
B.	Organisation du système de santé publique et place des hôpitaux	33
II.	Projets innovants	34
A.	La prévention	34
B.	La promotion de la santé.....	35
C.	L'innovation organisationnelle	37
III.	Lien avec l'extérieur : vers une ouverture du pôle de santé publique	38
A.	Lien avec les universités et la recherche.....	38
B.	Liens avec les autorités de santé et les collectivités locales	39
C.	Liens avec la médecine de ville et le secteur ambulatoire	40
D.	Liens avec le secteur associatif, les ONG et les acteurs privés.....	40
E.	Liens internationaux et réseaux de santé publique.....	41
	PARTIE 3 : PLAN D'ACTION PARTAGÉ	42
	Chapitre 1 : Le Pôle de Santé Publique : moteur dans la réussite de projets au sein des HCL ? ...	42
I.	Communication opérationnelle du PSP	44
II.	Communication institutionnelle du PSP	44
	Chapitre 2 – Le Pôle de Santé Publique au sein des HCL : une place inadaptée ?	46
I.	Constats et analyses	46
II.	Préconisations	47
A.	Premier scénario : rattacher le PSP à la direction générale, en créant un sixième pôle de direction consacré à la Santé Publique.....	48
B.	Deuxième scénario : créer une direction Santé Publique qui fusionnerait avec celle de la Prévention dans le pôle de direction « Stratégie, Parcours et Territoire »	49

C. Troisième scénario : l’instauration de missions ou de postes d’animateurs en Santé Publique dépendant du pôle dans chaque groupement hospitalier	51
III. Conclusion	51
Chapitre 3 – Réflexions sur un repositionnement des HCL	53
I. Sur le territoire	53
II. Les professions libérales	55
III. La ville	56
IV. Avec les universités	57
V. Conclusion	58
CONCLUSION.....	59
Bibliographie.....	60
Annexes.....	65
Annexe 1 : Organigrammes des CHU en France et à l’international.....	65
Annexe 1.1 : Organigramme des directions des AP-HM.....	65
Annexe 1.2 : Organigramme Pôle Santé Publique- Informations Médicales des AP-HM.....	66
Annexe 1.3 : Organigramme Hôpital San Juan de Deú Barcelone.....	66
Annexe 1.4 : Organigramme Pôle de Santé Publique du CHU de Bordeaux	67
Annexe 1.5 : Organigramme de la Direction Générale du CHU de Brest.....	68
Annexe 1.6 : Organigramme CHU de Caen	68
Annexe 1.7 : Organigramme Pôle Santé Publique du CHU Clermont-Ferrand	69
Annexe 1.8 : Organigramme du Pôle de Santé Publique CHU Grenoble Alpes	69
Annexe 1.9 : Organigramme Pôle Santé Publique CHU La Réunion	70
Annexe 1.10 : Organigramme Pôle Qualité CHU La Réunion (comprend des missions de santé publique)	70
Annexe 1.11 : Organigramme PSP CHU Lille	71
Annexe 1.12 : Organigramme CHU Nantes	71
Annexe 1.13 : Organigramme des Directions du CHU de Poitiers	72
Annexe 1.14 : Organigramme des Directions générales CHU Rennes.....	72
Annexe 1.15 : Organigramme des Pôles hospitalo-universitaires CHU Rennes	73
Annexe 1.16 : Organigramme Pôle Santé publique CHU Saint Etienne.....	74
Annexe 2 : Grilles d’entretiens (France, international).....	74
Annexe 2.1 : grille d’entretien HCL	74
Annexe 2.2 : grille d’entretien CHU France	75
Annexe 2.3 : grille d’entretien hôpitaux à l’étranger.....	75

Annexe 3 : Cartes des recherches / entretiens réalisés en France et à l'international	76
Annexe 3.1 : carte des recherches et entretiens réalisés en France.....	76
Annexe 3.2 : carte des recherches et entretiens réalisés en Europe	76
Annexe 3.3 : carte des recherches et entretiens réalisés dans le monde	77
Annexe 4 : Liste des entretiens.....	77
Annexe 5 : Projet stratégique	78
Annexe 6 : Présentation Assemblée Générale du PSP - 3/02.....	78
Annexe 7 : cartographie des masters en Santé Publique (ou équivalent) à Lyon	88
Résumé de 150 mots	89
Liste de sigles.....	90

INTRODUCTION

La pandémie de Covid-19 nous a rappelé l'importance de la santé pour le collectif, mais également pour l'individu. La prévention, l'anticipation des risques, l'organisation des soins ont été des enjeux cruciaux dans la gestion de la pandémie. Il est possible de réunir toutes ces dimensions au sein d'un terme : la santé publique.

La définition de la santé publique

On peut définir la santé publique comme « *l'étude, d'une part, des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population et d'autre part, des actions en vue d'améliorer la santé de la population* »¹. Cette définition de l'Agence canadienne de la santé publique nous a paru intéressante en ce qu'elle souligne que la santé publique est une discipline de l'action, combinant étude scientifique et action au service de la santé des populations. On peut simplifier cette définition en distinguant, entre autres, trois dimensions de la santé publique : la promotion de la santé, la prévention et l'organisation des soins. La santé publique regroupe une multitude d'acteurs, dont, en France, les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Les CHU constituent un des acteurs centraux du système de soins en France. En effet, ils disposent d'un large panel de compétences avec trois missions : les soins, l'enseignement et la recherche. Les CHU ont ainsi constitué un des éléments essentiels de la modernisation du système hospitalier français. Toutefois, leur rôle central est remis en cause aujourd'hui, comme en témoigne le rapport de la Cour des comptes intitulé « *Le rôle des CHU dans l'offre de soins* », remis au Sénat en novembre 2018². Le rapport s'inquiète de la perte de la dimension de recours et de référence des CHU pour leur mission de soins. « *Si les missions de formation et de recherche constituent une caractéristique propre aux CHU, leur activité d'offre de soins apparaît nettement moins distinctive. Or, des trois missions assignées en 1958 aux CHU, c'est l'offre de soins qui concentre aujourd'hui la plus grande partie de leurs moyens* »³. Ce constat, parmi d'autres, interroge la place des CHU dans notre système de soins.

La santé publique fait partie des thématiques sur lesquelles le rôle des CHU peut être interrogé, comme en témoigne un récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) portant sur « *Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé* »⁴. Ce dernier insiste sur le rôle des établissements de santé aux premiers rangs desquels les CHU, qui peinent toutefois à exercer un rôle compte tenu de leur orientation quasi exclusivement curative, ce que traduit leur faible niveau de dépenses (0,4 % des budgets hospitaliers) consacrées à la prévention en général.

¹ Rapport sur l'Institut de santé publique du Québec (1997)

² Cour des comptes. (2018). *Le rôle des CHU dans l'offre de soins. Exercices 2011 à 2017* [Rapport]. Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-role-des-chu-dans-loffre-de-soins>

³ *Ibid.*, p. 7.

⁴ Inspection générale des affaires sociales. (2024). *Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé* [Rapport]. IGAS.

Les enjeux liés au financement des hôpitaux et des activités de santé publique

En effet, le financement T2A (tarification à l'activité) vise à financer les hôpitaux sur la base de leur activité réelle. Les critiques sont diverses : incitation au volume plutôt qu'à la qualité, sous-financement des pathologies complexes, impact limité sur la qualité des soins et inégalités entre hôpitaux. Ainsi, *“la tarification à l'activité ne favorise ni la qualité des soins, ni la prévention”*⁵.

Cependant, certaines activités ne sont pas financées par la T2A, comme les urgences, la recherche, la veille épidémiologique, les médicaments onéreux, ou la prévention.

Le rapport IGAS⁶ évoque notamment le financement de la prévention primaire. La prévention primaire consiste à réduire la mortalité et la morbidité évitables. Elle se concentre sur 4 facteurs de risque : tabac, alcool, alimentation, activités physiques. C'est un enjeu de santé publique mais également un enjeu de financement de notre modèle de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met aussi l'accent sur la prévention primaire car elle a un impact important sur la maîtrise des dépenses de santé. Elle peut améliorer l'état de santé global de la population et ainsi réduire les possibles interventions médicales.

Ce rapport est somme toute assez critique au sujet du financement des activités de santé publique et notamment de la prévention. Ainsi, il démontre que les établissements de santé peinent à jouer un rôle de santé publique et de prévention. Seulement 0,4 % des dépenses sont allouées à la prévention. Le rapport recommande ainsi de confier le modèle de financement au Conseil économique de l'hospitalisation publique et privée (CEHPP), plutôt que de financer par la T2A.

Il recommande également de confier le pilotage aux Agences Régionales de Santé (ARS) et de créer une branche de prévention primaire pour mettre l'accent sur son importance. Il faudrait ainsi mobiliser les collectivités territoriales comme partenaires des établissements de santé dans l'accompagnement des actions primaires. Ce qui est très peu le cas actuellement, puisque les liens entre les CHU et les autres acteurs de la santé sur le territoire, sont peu développés.

Cela fait écho aux propos du Professeur Cyrille Colin, chef du Service d'évaluation économique en santé au Pôle de santé publique des Hospices Civils de Lyon (HCL), et du Professeur Philippe Michel, directeur de l'École de Santé Publique de Lyon, qui nous ont accompagnés lors de nos travaux. Ils nous ont en effet expliqué à quel point il est difficile de trouver des sources de financement pour les actions de santé publique au sein du CHU, car ces actions ne rentrent pas dans des missions avec des budgets définis. Pourtant, comme en témoigne ce même rapport de l'IGAS, les actions de santé publique et notamment la prévention peuvent constituer une solution financière à l'amélioration du système de santé dans son ensemble, en améliorant la santé générale de la population et en réduisant ainsi le nombre d'interventions médicales.

Au-delà des problématiques liées au financement, les bouleversements engendrés par la crise sanitaire de 2020 et l'émergence de nouvelles technologies (télémédecine, usage de l'intelligence artificielle) (IA) réinterrogent les méthodes et le positionnement des acteurs de la santé au premier rang desquels les CHU.

⁵ Vie publique. (2022, 6 octobre). *Entre T2A et ONDAM, quel financement pour l'hôpital ?* <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272716-entre-t2a-et-ondam-quel-financement-pour-lhopital>

⁶ Bensadon, A.-C., Maurice, B., & Turblin, F. (2024, octobre). *Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé* (Rapport n° 2023-084R). Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Le Projet Stratégique 2035 des HCL : être à l'avant-garde de la santé de demain

Dans leur Projet Stratégique 2035⁷, les HCL veulent se démarquer en étant aux avant-postes de la santé de demain. Leur vision à 10 ans marque une approche constructive et améliorative de leur travail et de leur vision de la santé, et non plus du seul soin ; la santé publique se voulant globale et populationnelle.

Leur projet affiche l'ambition de se positionner à l'avant-garde de la santé de demain. L'objectif est de construire un « hôpital universitaire humain, agile, robuste, précurseur et solidaire », en faisant évoluer ses missions.

Le CHU entend ainsi mieux anticiper les risques et limiter les hospitalisations évitables, tout en renforçant son rôle à l'échelle du territoire. Cette évolution s'accompagne d'une approche plus territorialisée de la responsabilité hospitalière. Les HCL souhaitent ainsi devenir un véritable « hub de santé », en développant les coopérations avec la médecine de ville, les collectivités territoriales et le secteur médico-social, afin d'assurer des parcours de soins plus fluides et coordonnés.

Cette stratégie repose sur les objectifs suivants : améliorer les soins grâce aux innovations (technologiques mais aussi managériales, de parcours, etc.) et renforcer la relation avec les patients et les parties prenantes en général. Le développement de la médecine de précision et l'usage croissant de l'intelligence artificielle doivent en ce sens permettre des soins plus pertinents, et donc libérer du temps médical pour l'écoute et l'accompagnement.

Enfin, le Projet Stratégique prend aussi en compte les enjeux environnementaux. Les HCL s'inscrivent dans une démarche de réduction de leur impact, avec notamment un objectif de neutralité carbone et le développement de pratiques de soins plus durables.

L'ensemble de ces orientations se décline en plusieurs programmes de transformation tels que « Prévenir autant que soigner », « Piloter et innover avec la donnée » ou encore « Développer le territoire universitaire de santé ».

Le projet Public Factory : contexte et intérêt

C'est dans ce cadre que le Pôle de Santé Publique réalise un partenariat avec la Public Factory, lieu de travail de Sciences Po Lyon qui met en lien des étudiants de 4^e année en master d'Affaires publiques, et des professionnels du secteur public. Dans ce projet, le Pôle de Santé Publique demande aux étudiants une étude à la fois descriptive et prospective, en étudiant d'autres organisations médicales dans d'autres CHU ou hôpitaux (travail de benchmark).

Au cours des échanges avec les responsables du projet du Pôle de Santé Publique (PSP) et notamment avec le Professeur Cyrille Colin, nous avons cerné le lien direct entre action politique et effets sur la santé publique et l'on peut comprendre ainsi l'intérêt d'avoir le point de vue d'étudiants en sciences politiques. En effet la santé publique est, par définition, politique puisqu'il n'y a généralement pas d'action en santé publique sans la présence de l'État ou d'une collectivité territoriale, que ce soit par la mise en œuvre, ou plus généralement par le financement.

⁷ Hospices Civils de Lyon. (2025). *Projet stratégique 2035 : Construire la santé de demain*. <https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/projet-strategie-hcl.pdf>

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour répondre à notre problématique : Comment les activités de santé publique se structurent-elles pour répondre aux grands enjeux stratégiques de la politique de santé publique française ?

Nous avons tout d'abord connu une première phase de compréhension et de prise de contact avec le Pôle de Santé Publique des HCL. Cela est allé de pair avec une étude de la littérature relative à la santé publique, accompagnée de ressources méthodologiques pour mener à bien notre travail. Après cette première partie de cadrage du sujet, nous avons mené un travail prospectif de fond, notamment au travers d'entretiens afin de comparer le positionnement du PSP avec celui d'autres structures nationales et internationales sur leur vision et leur gestion de la santé publique.

C'est ce travail de fond qui nous permet aujourd'hui de nourrir ce rapport, que nous pouvons diviser en trois grandes parties. La première partie, plutôt théorique, est consacrée à l'analyse de la littérature sur la « santé publique » et le rôle de l'hôpital, mais également à la description de la méthodologie employée pour mener notre travail et justifier sa pertinence. La deuxième partie de notre rapport sera quant à elle consacrée à notre enquête descriptive et prospective, avec l'analyse de structures, notamment hospitalières, françaises et internationales. Cette enquête nous permettra de nourrir notre troisième partie, consacrée au plan d'action partagé, soit les recommandations sur les missions et l'organisation du PSP au vu de ce qui a été observé et de ce qui fonctionne dans les autres structures.

PARTIE 1 : MÉTHODOLOGIE

Chapitre 1 : Méthodologie

I. Problématique

Ce travail vise à répondre à la problématique suivante, établie par la commande du Pôle de Santé Publique : comment les pôles de santé publique se structurent-ils pour répondre aux grands enjeux stratégiques de la politique de santé publique française ?

Afin d'y répondre, nous avons adopté une méthodologie combinant analyse documentaire, observations de terrain, entretiens semi-directifs et comparaison inter-établissements à différentes échelles territoriales. Ces différentes étapes nous ont permis de mettre en évidence plusieurs enjeux récurrents, notamment la coordination des acteurs, l'intégration des logiques de prévention dans les services de soins, ainsi que la nécessité de valoriser les projets existants. Par ailleurs, l'identification de dynamiques institutionnelles en cours a conduit à interroger plus largement le rôle potentiel des équipes relevant de structures de santé publique dans les transformations organisationnelles du système de santé.

À partir de ces premiers éléments, la problématique générale a été déclinée en un ensemble de sous-questions analytiques, construites de manière itérative afin de couvrir les différentes dimensions identifiées comme structurantes pour l'action du pôle. Ces sous-questions ont ainsi été élaborées comme des angles d'analyse complémentaires, permettant d'opérationnaliser la question initiale et de structurer la collecte des données.

Les sous-questions retenues sont les suivantes :

- Comment le PSP peut-il mobiliser et sensibiliser plus efficacement les différents acteurs pour mener des projets de prévention ?

Cette sous-question émerge dans le cadre de multiples constats relatifs à l'importance de garantir et d'approfondir l'engagement des professionnels dans la réussite des actions du pôle, et cela à travers une meilleure coordination.

- Comment le PSP peut-il se positionner pour faciliter l'acceptabilité des différents projets liés à son domaine de compétence au sein des services de soins ?

Cette interrogation soulève l'importance des conditions d'adhésion des services pour la mise en œuvre des projets, elle vise ainsi à interroger le positionnement du PSP et les leviers susceptibles de favoriser l'appropriation des projets par les équipes.

- Comment le PSP peut-il capitaliser sur les réussites des projets menés par différents acteurs au sein des HCL ?

Cette question répond à l'identification d'un enjeu de valorisation des expériences réussies et de diffusion des bonnes pratiques à l'échelle institutionnelle.

- Au regard des dynamiques de réorganisation, le PSP aura-t-il une responsabilité à prendre sur l'innovation organisationnelle des soins au sein des HCL ?

Cette sous-question s'appuie sur l'observation de transformations organisationnelles en cours et sur le rôle croissant attribué à la santé publique dans l'organisation des parcours de soins.

- Comment le PSP peut-il contribuer aux réflexions en cours sur un éventuel repositionnement des HCL en tant que CHU ?

Enfin, cette interrogation s'inscrit dans une perspective plus stratégique, en lien avec les évolutions institutionnelles et les enjeux de structuration à long terme.

II. Revue de littérature et cadrage initial

Dans un premier temps, un travail de recherche documentaire sur la littérature existante a permis d'établir un cadre théorique et institutionnel autour des pôles de santé publique. Cette étape a permis d'identifier les principales missions associées à la santé publique hospitalière, les enjeux organisationnels contemporains ainsi que les modèles existants en France et à l'international. Elle a également contribué à orienter l'élaboration des outils d'enquête, notamment la grille d'entretien utilisée lors des phases de terrain.

III. Observation de terrain et visites de services

Sur le terrain, nous avons rencontré plusieurs services menant des actions de santé publique. L'objectif était double : observer concrètement l'organisation du pôle de santé publique et analyser la manière dont les différents services mènent des actions de santé publique en étant intégrés au pôle ou non.

Ces observations ont notamment concerné des services tels que ceux d'hémovigilance, de gestion du risque infectieux et de recherche, ainsi que des services cliniques impliqués dans des actions de santé publique, comme le service de pneumologie⁸.

La participation à l'Assemblée Générale du Pôle de Santé Publique, le 3 février 2026, a constitué un moment clé de cette phase d'observation. Elle a permis de comprendre la conception théorique de la santé publique portée par le Pôle, ainsi que sa déclinaison opérationnelle dans les pratiques quotidiennes des équipes.

IV. Entretiens semi-directifs

Afin d'approfondir la compréhension des dynamiques internes au Pôle, une série d'entretiens semi-directifs a été menée. Ces entretiens ont été réalisés en binôme et reposaient sur une grille commune⁹

⁸ Lors d'une visite à l'hôpital Lyon Sud le 8 octobre 2025

⁹ cf. Grille d'entretien en annexe 2

comportant des questions transversales ainsi que des questions adaptées aux spécificités des interlocuteurs.

Les objectifs de ces entretiens variaient selon les profils rencontrés. Les échanges avec les membres de la Direction ont permis d'identifier les orientations stratégiques du Pôle, les attentes institutionnelles ainsi que les principales difficultés liées à son pilotage. Les entretiens menés auprès des équipes opérationnelles avaient pour objectif de recueillir leurs perceptions des réalités du terrain, leurs expériences quotidiennes ainsi que les modalités de coordination intersectorielle entre les différents services.

Au sein des Hospices Civils de Lyon (HCL), ces entretiens ont concerné plusieurs niveaux organisationnels, notamment :

- La cheffe du Pôle de Santé Publique
- Les chefs adjoints responsables des axes du Pôle
- La Direction de l'Innovation
- La Direction de la Prévention
- La Direction du Personnel
- La Direction de la Qualité
- La Direction générale
- La présidence de la Commission Médicale d'Établissement (CME)
- La déléguée du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)

Des entretiens ont également été menés avec plusieurs équipes opérationnelles du pôle, notamment :

- L'équipe d'évaluation Article 51 ¹⁰
- Le service 3P
- Le SEES (Service d'Évaluation Économique en Santé)
- Le SDS (Service des Données de Santé)
- Le DIM (Département d'Information Médicale)

Tout au long de ce projet, nous avons bénéficié de l'accompagnement de trois professionnels des HCL : Cyrille Colin, Philippe Michel et Isabelle Dadon, qui ont contribué à l'orientation des travaux et à la compréhension des enjeux institutionnels.

Une fois les entretiens réalisés au sein des HCL, la démarche a été élargie à une échelle territoriale plus large afin de comparer différentes organisations de santé publique hospitalière.

Des entretiens ont ainsi été menés avec des pôles de santé publique situés dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, notamment à Grenoble et Saint-Étienne, permettant d'identifier des logiques organisationnelles régionales. Cette phase a été complétée par des échanges avec des pôles influents à l'échelle nationale, notamment au sein de centres hospitaliers universitaires tels que l'AP-HM ou

¹⁰ L'Article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2018 a instauré un cadre dérogatoire permettant de tester, pour une durée limitée, des **expérimentations innovantes** en matière d'organisation et de financement des soins.

Objectif : soutenir des projets innovants portés par les professionnels de santé, établissements, associations ou collectivités pour **mieux répondre aux besoins des patients et transformer le système de santé**.

Source : Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. (s. d.). *Le dispositif article 51 : Innover pour transformer le système de santé*. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/le-dispositif-article-51-innover-pour-transformer-le-systeme-de-sante>

Bordeaux, Rennes etc. ou de CHU identifiés lors de la revue de littérature. Au total, sept CH et CHU ont été interrogés dans le cadre de notre projet¹¹.

Enfin, une ouverture internationale a été intégrée à la démarche, afin d'enrichir la réflexion comparative et d'identifier des modèles organisationnels alternatifs. Quatre entretiens ont ainsi été menés avec l'hôpital Sant Joan de Déu à Barcelone, l'hôpital de Taiwan Adventist, ainsi que deux membres du réseau Health Promoting Hospitals en France et en Autriche¹². Cette dimension internationale s'inscrit dans une logique de benchmark visant à analyser des structures hospitalières comparables à l'étranger et à identifier des pratiques innovantes en matière d'organisation de la santé publique hospitalière.

Au total, nous avons réalisé 29 entretiens au sein des HCL, avec des acteurs du territoire, auprès d'autres CH et CHU ainsi qu'à l'étranger¹³.

V. Outils d'analyse et productions

Afin de traiter les données collectées et de répondre à la problématique posée, plusieurs outils analytiques ont été mobilisés.

Tout d'abord, un benchmark des missions de santé publique a été réalisé, incluant des centres hospitaliers universitaires français ainsi que des structures hospitalières comparables à l'étranger. Ce benchmark a permis d'analyser l'organisation des missions de santé publique au sein des établissements, l'existence éventuelle de pôles ou structures regroupant des activités semblables, ainsi que les liens avec l'organisation des filières de soins à l'échelle régionale. Il a également contribué à identifier des projets de prévention d'ampleur portés par ces structures.

En complément, une cartographie organisationnelle a été élaborée afin de visualiser les interactions entre les différentes entités impliquées dans la mise en œuvre des actions de santé publique.

Enfin, l'analyse s'est appuyée sur des études de cas, portant sur des projets spécifiques menés dans différents domaines de la prévention et de l'organisation des soins. Ces études de cas ont permis d'illustrer concrètement les modalités de mise en œuvre des politiques de santé publique au sein des établissements étudiés et d'identifier des leviers d'amélioration organisationnelle.

L'ensemble de ces éléments a contribué à l'élaboration d'un plan d'action, destiné à proposer des pistes d'amélioration organisationnelle adaptées aux enjeux contemporains de la santé publique hospitalière.

¹¹ cf. Annexe 3.1 carte des entretiens et recherches en France

¹² cf. Annexe 3.3 des entretiens et recherches réalisés dans le monde

¹³ cf. Annexe 4 : liste des entretiens réalisés

Chapitre 2 : Revue de littérature

Il y a 4 grands axes au sein du Pôle de Santé Publique des HCL : la prévention, l'organisation des soins et la recherche, ainsi que les vigilances réglementaires. Chacun de ces "axes" a des problématiques et des enjeux différents de santé publique, que nous allons à présent développer.

I. Les activités de prévention et de promotion de la santé

A. La prévention en France

La prévention constitue un axe majeur de la santé publique. Au sein, des Hospices Civils de Lyon (HCL), elle s'inscrit comme l'un des quatre piliers du Pôle de Santé Publique (PSP).

Les travaux de santé publique distinguent trois niveaux de prévention. La première est la **prévention primaire**, qui a pour objectif d'anticiper le soin et de diminuer l'incidence des problèmes de santé. La seconde est la **prévention secondaire**, qui a pour but de réduire la prévalence ainsi que les conséquences et/ou une possible complication des soins du patient. Enfin, la troisième est la **prévention tertiaire**, qui intervient notamment dans la réadaptation et la diminution de la prévalence de la récurrence de maladies au sein de la population¹⁴. On parle même aujourd'hui d'une **prévention quaternaire**, qui vise à protéger le patient ou la population de la surmédicalisation, le risque étant la création de nouvelles entités pathologiques¹⁵.

Cette typologie est utile pour analyser les actions de prévention menées à l'hôpital et qui inclut ainsi trois grandes catégories d'acteurs : la population, les instances de soins (gouvernance) et les professionnels de la santé.

En France, la prévention est une activité qui demeure peu développée, au regard de l'ensemble des dépenses de santé¹⁶. Selon la DREES, les dépenses de prévention représentaient 8,7 milliards d'euros en 2024, soit 2,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), après un pic exceptionnel atteint pendant la crise sanitaire¹⁷. Cette évolution permet de constater que la prévention est dépendante des conjonctures, notamment épidémiques, alors même qu'elle constitue un levier structurel de réduction des risques et des inégalités de santé.

La prévention inclut principalement des dépenses finançant des fonds ou des campagnes, nationaux ou territoriaux, publics ou privés (médecine scolaire, médecine du travail, subventions au Planning familial, etc.). Elle inclut aussi les consultations chez le médecin qui sont spécifiquement identifiées comme de la prévention (examens de santé dans le cadre de bilans de routine par exemple).

¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé OMS. 1984. Genève. Glossaire de la série "Santé pour tous"(n°9)<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/751c8af9-0e4c-4950-9388-e5bb16e468cd/content>

¹⁵ Sorbonne Université, Département de médecine générale. (2020, 3 juin). *La prévention quaternaire*. <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/10/La-prevention-quaternaire.pdf>

¹⁶ Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DRESS). (2024, novembre). *Les dépenses de prévention : Fiche 21 - Les dépenses de prévention - Résultats de comptes de la santé* - Edition 2024. Gouvernement de la France. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/fitermesles/2025-02/CNS24%20-%20Fiche%2021%20-%20Les%20d%C3%A9penses%20de%20pr%C3%A9vention%20efficacit%C3%A9%20quaternaire.pdf>

¹⁷ Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DRESS). (2024, novembre). *Les dépenses de prévention : Fiche 21 - Les dépenses de prévention - Résultats de comptes de la santé* - Edition 2024. Gouvernement de la France. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/fitermesles/2025-02/CNS24%20-%20Fiche%2021%20-%20Les%20d%C3%A9penses%20de%20pr%C3%A9vention%20efficacit%C3%A9%20quaternaire.pdf>

La littérature en santé publique insiste également sur le fait que la prévention ne repose pas uniquement sur les établissements de soins. En effet, la prévention implique un ensemble d'acteurs de proximité, dont les professionnels de ville, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les structures médico-sociales, les établissements scolaires, les associations et les collectivités territoriales. Cette logique d'un hôpital « hors les murs » est cohérente avec les missions du service 3P du PSP, qui articule coordination des pratiques cliniques préventives, action avec les acteurs du territoire, animation d'événements de promotion de la santé et innovation dans les parcours ville-hôpital. De plus, l'importance de l'ouverture de la prévention vers l'extérieur, comme aux établissements scolaires et associations, nous a paru notable lors de la présentation du jeu de société « Respire »¹⁸, créé par l'équipe du service de pneumologie de l'hôpital Lyon Sud.

Le rapport du Professeur Chauvin¹⁹ sur la santé publique de demain s'inscrit dans cette orientation. Il souligne la nécessité de diffuser une culture de la santé publique dans les organisations de soins, notamment par le développement d'actions de prévention intégrées aux spécialités cliniques. La prévention ne peut être pensée comme une activité périphérique car elle participe à l'organisation même des soins et suppose une mobilisation conjointe des professionnels, des institutions et des usagers. Le rapport place le patient comme intervenant de la santé, tout en rappelant le rôle primordial du soignant. Ainsi, développer la culture en santé publique passe par la mise en place de dispositifs de prévention primaire et secondaire, voire tertiaire, personnalisés aux spécialités de santé concernées.

B. La promotion de la santé en France²⁰

La promotion de la santé se distingue de la prévention par son orientation plus large, centrée sur les déterminants de santé, l'environnement et les capacités d'action des populations. La charte d'Ottawa la définit comme : « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* »²¹. Cette approche dépasse la seule modification des comportements individuels et repose sur la création d'environnements favorables à « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »²².

À l'occasion d'un entretien avec un membre du RESPADD²³ et du réseau *Health Promoting Hospitals*, nous avons pu discuter de la définition de la promotion de la santé.

Voici sa définition : « *de faire en sorte que les gens aient les ressources pour naturellement adopter des comportements qui sont vertueux pour la santé. Alors que la prévention, c'est faire en sorte que les gens n'adoptent pas de comportements délétères ou qu'ils les arrêtent le plus vite possible* »

¹⁸ lors de notre visite du 8 octobre 2025 à l'hôpital Lyon sud

¹⁹ Chauvin, F. (2021, novembre). *Dessiner la santé publique de demain*. Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr>

²⁰ Notion développée à travers des entretiens cf. Marianne Hochet, CHU Poitiers

²¹ Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. OMS. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>

²² Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. OMS. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

²³ Réseau de Prévention des Addictions, association à but non lucratif, anciennement Réseau Hôpital Sans Tabac, le RESPADD a été fondé en 1996 par l'AP-HP et la MNH, à la suite de la loi Evin (1991), afin de favoriser la prévention et la prise en charge du tabagisme des personnels et des patients. Le champ d'intervention du RESPADD s'est progressivement étendu à l'ensemble des pratiques addictives. Depuis 2017, le RESPADD s'engage également en faveur de la promotion de la santé dans les Lieux de santé. Réseau de prévention des addictions (RESPADD). (s. d.). *RESPADD : Réseau de prévention des addictions*. <https://www.respadd.org>

Elle a ainsi donné l'exemple du tabac. La prévention consiste à réaliser des campagnes et essayer de sensibiliser les personnes aux méfaits du tabagisme. Tandis que la promotion de la santé va tout faire en amont pour désinciter à la consommation de tabac, à travers l'augmentation des prix, l'interdiction de fumer dans les lieux publics etc.

On pourrait ainsi résumer la distinction entre prévention et promotion comme ceci : « *la promotion agit sur les déterminants et l'environnement plutôt que sur le comportement individuel direct comme le fait la prévention*²⁴ ».

Ainsi, « l'éducation thérapeutique du patient » (ETP)²⁵ constitue un bon exemple d'articulation entre soins, prévention et promotion de la santé. L'ETP est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un « *processus par étapes, intégré aux soins, qui comprend un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage, et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient pour aider les patients et/ou leur entourage à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins, et prendre en charge leur état de santé afin de conserver et/ou améliorer leur qualité de vie* »²⁶.

À l'échelle hospitalière, cette logique rejoint celle des hôpitaux promoteurs de santé, qui visent à intégrer la promotion de la santé dans l'organisation, les pratiques professionnelles et la relation avec le territoire. Les HCL s'inscrivent dans cette dynamique avec le service 3P. De plus, le développement de projet mobilisant des « pair-aidants »²⁷ est une initiative qui semble porter ses fruits.

La promotion de la santé ne relève pas seulement d'actions ponctuelles d'information, mais d'une transformation plus globale des organisations de soins, de leurs partenariats et de leur rapport aux usagers et à l'environnement.

Au sein des HCL, la prévention et la promotion de la santé apparaissent comme des dimensions transversales, intégrées à l'ensemble des services et qui ne sont pas uniquement limitées au Pôle de Santé Publique. Cette transversalité souligne l'importance de l'articulation entre actions de prévention, promotion de la santé et organisations des soins. Elle pose également la question de l'harmonisation des pratiques, de la formation des professionnels et de la coordination entre les différents acteurs de l'établissement et du territoire.

Ainsi, l'analyse de la prévention et de la promotion de la santé conduit à s'interroger sur l'organisation des soins au sein des HCL, et sur la manière dont elle permet de porter une politique de santé publique cohérente.

II. Penser la santé publique dans l'organisation des soins

Outre la prévention, l'organisation des soins constitue une partie majeure des politiques de santé publique. Entendue comme l'ensemble des acteurs, ressources et organisations concernés pour répondre aux besoins de santé de la population, l'organisation des soins occupe aujourd'hui une place

²⁴ Issu de l'entretien avec un membre du RESPADD et du HPH

²⁵ Notion proposée par le CHU de Poitiers, lors d'un échange par mail

²⁶ Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe Copenhague. Éducation thérapeutique du patient [En ligne]. OMS; 1998. 56 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345371/9789289055987-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁷ Hospices Civils de Lyon. (s. d.). *Partenariat et expérience patient en santé*. CHU de Lyon. <https://www.chu-lyon.fr/partenariat-et-experience-patient-en-sante>

centrale dans les réflexions sur l'évolution du parcours de santé en France. Au niveau national se pose la question de la spécificité des CHU dans l'offre des soins ; la pertinence de celle-ci étant remise en question tant le quotidien des centres hospitaliers consiste davantage à prodiguer des soins primaires et considérés comme peu spécifiques²⁸. Le rapport de la Cour des Comptes de 2018²⁹ indique en effet que les soins de proximité représentent une part prépondérante de l'activité des CHU. Ce rapprochement entre les établissements tient non seulement au fait que la tarification à l'activité représente désormais la principale source de financement des centres hospitaliers (55 % de leurs recettes), mais aussi par la réduction des dotations spécifiques destinées à valoriser leurs missions d'enseignement, de recherche et d'intérêt général (MIGAC, MERRI).

Si un enjeu national de redéfinition du rôle et de la place des CHU au sein du système hospitalier français est clair, les CHU restent très hétérogènes par la diversité de leurs prises en charge. S'intéresser aux HCL nécessite alors d'étudier les enjeux régionaux d'organisation des soins.

Au niveau régional, l'organisation des soins au sein des groupements hospitaliers doit, en principe, permettre la concentration des procédures complexes ainsi qu'une meilleure collaboration entre hôpitaux, au bénéfice du patient. Au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes, l'analyse des réseaux de coopération entre hôpitaux publics français³⁰ montre que, si les grands établissements assurent des prises en charge complexes que les structures plus petites ne peuvent pas réaliser, les liens entre les différents hôpitaux du réseau demeurent néanmoins faibles, traduisant une coordination encore limitée au sein du territoire : « *The larger hospitals acted as reference care providers and performed treatments for patients that would have been difficult to manage in small hospitals (Fig. 5). The transitivity of the strong edges (> 100 patients) network was 18.0% (39.0% for the overall network considering all edges), which is also consistent with a network made of multiple loosely connected centralized islets.* »³¹

À l'occasion d'un entretien mené avec un des représentants du Groupement de coopération sanitaire HOURAA, nous avons abordé la coordination des soins au sein du Groupement dont les HCL font partie. Voici son avis sur la question :

“On peut dire que, peut-être par rapport à d'autres groupements de CHU, on a mis un peu de temps à vraiment lancer une démarche de coopération opérationnelle qui, on peut dire, est vraiment effective depuis maintenant 4 ou 5 années.”

Malgré cela, la personne interrogée souligne la nécessité de cette coopération inter-CHU, notamment en matière économique.

Au sein des hôpitaux intra-HCL, la coordination des soins est facilitée par l'existence d'outils, tel que le dossier médical unique ou la procédure partagée de communications internes. Cependant, les enjeux d'organisation des soins demeurent, notamment face au défi d'adopter une approche globale et continue des soins, adaptée aux besoins des patients. Des impulsions en ce sens ont déjà pu être incitées, en particulier via l'Article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018³². Cet

²⁸ VALLET Benoît, « CHU : les faire travailler en réseau ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 63, n° 1, Mai 2020, p. 43-50, DOI : [10.3917/seve1.063.0043](https://doi.org/10.3917/seve1.063.0043)

²⁹ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, rapport public thématique, novembre 2018 (Paris : Cour des comptes, 2018), consulté le [20 octobre 2025], disponible à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-role-des-chu-dans-loffre-de-soins>

³⁰ Chrusciel, J., Le Guillou, A., Daoud, E. *et al.* Making sense of the French public hospital system: a network-based approach to hospital clustering using unsupervised learning methods. *BMC Health ServRes* 21, 1244 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07215-4>

³¹ *ibid.*, p.7.

³² LEMAIRE Natacha POLTON Dominique et TAJAHMADY Ayden, « Article 51 : expérimenter pour innover mais aussi innover dans la façon d'expérimenter », *Les Tribunes de la santé*, vol. 63, n° 1, Mai 2020, p. 35-42, DOI : [10.3917/seve1.063.0035](https://doi.org/10.3917/seve1.063.0035)

Article 51 a en effet pour objectif, entre autres, d'optimiser et de mieux coordonner le parcours de santé. Dans ce cadre, les HCL se sont positionnés comme des acteurs engagés dans l'expérimentation à travers deux projets innovants : l'un à destination de patients diabétiques de type 1³³ et l'autre dans l'accompagnement des porteurs de maladies chroniques dans leur passage à l'âge adulte³⁴. Et ils bénéficient des compétences développées par des professionnels du SEES pour l'analyse de nombreux projets « Article 51 » dans les autres établissements de santé en France.

Au sujet de l'Article 51, nous avons pu échanger avec un médecin de Santé Publique au Service Promotion, Prévention et Santé Populationnelle des HCL. Parmi ses nombreuses activités, ce praticien travaille sur l'innovation organisationnelle, autrement dit tout ce qui a trait aux organisations au sein d'un système de santé.

Pour ce médecin, « l'article 51, [...] permet vraiment d'aller au-delà de la recherche et de proposer des choses très concrètes dans tous [les] projets. »

Dans ce contexte, l'un des rôles du Pôle de Santé Publique peut-il être d'assurer l'impulsion en faveur d'un suivi soutenu continu et global du parcours de santé des patients ? Autrement dit, au vu des dynamiques actuelles visant à renforcer la coordination entre les acteurs de santé, le Pôle de Santé Publique a-t-il la responsabilité d'initier et de piloter cette innovation organisationnelle au sein des HCL ? Le cas échéant, nous pourrions notamment interroger l'implication de l'axe Parcours et Santé des Populations dans la mise en œuvre de cette évolution organisationnelle.

III. Le CHU : un acteur à l'initiative de la recherche et de l'innovation

A. Enjeux de la recherche et de l'innovation en France

Le modèle de recherche en santé français s'est développé et structuré dès les années 1950. Cette professionnalisation s'est traduite par la création d'institutions comme l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, créé en 1964, et un rôle central donné à l'hôpital, avec la création à travers la réforme Debré des CHU en 1958. La recherche s'est ensuite structurée, avec, par exemple, la création des Directions de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) en 1993, devenues en 2007 Délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Ces délégations visent à assurer au sein des établissements de santé un rôle de pilotage et d'organisation de la politique de recherche clinique et d'innovation.

En 2015, selon les données de l'Observatoire des Sciences et Techniques du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, la France se situait à la 7^e place mondiale en recherche biomédicale avec environ 3,4 % des publications mondiales, derrière les États-Unis (26,1 %), la Chine (8,1 %), le Royaume-Uni (6,1 %), le Japon (5,5 %), l'Allemagne (5,2 %) et l'Italie (4,3 %)³⁵. Comme relevé par France Universités dans leur communiqué de presse de 2025 en faveur d'une politique ambitieuse, lisible et partagée au service de la recherche en santé, « la position relative de la France dans la recherche scientifique mondiale est en recul, globalement et dans le domaine

³³ DIAB-eCARE, une prise en charge novatrice | Actualité | Hospices Civils de Lyon - CHU de Lyon, disponible à l'adresse : <https://www.chu-lyon.fr/diab-ecare-une-prise-en-charge-novatrice>

³⁴ Pass'âge : Un espace dédié pour anticiper le passage à l'âge adulte | Actualité | Hospices Civils de Lyon—CHU de Lyon. (2026). disponible à l'adresse <https://www.chu-lyon.fr/passage-un-espace-dedie-pour-anticiper-le-passage-lage-adulte>

³⁵ Observatoire des Sciences et Techniques. (2018). *La position scientifique de la France dans le monde 2000-2015*.

de la santé »³⁶. La littérature illustre des causes multiples, qu'elles soient externes comme l'émergence de nouvelles puissances scientifiques comme l'Inde ou la Corée du Sud, ainsi que des causes internes comme le sous-financement de la recherche scientifique française par rapport aux autres pays de l'Union Européenne (UE) et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la fragmentation de la recherche en France, ainsi que la difficulté à transformer la recherche en innovation. Concernant le sous financement de la recherche, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, en 2024 environ 77 % des dépenses de santé en France ont été consacrées à la consommation de soins et de biens médicaux³⁷. Elle souligne que l'augmentation des dépenses en santé ne s'explique pas par une part plus importante consacrée à la recherche mais bien par une augmentation des coûts liés aux soins.

Ce classement mondial de la recherche en santé est également modifié du fait de l'apparition de nouveaux enjeux importants, au premier rang desquels la gouvernance des données de santé. Ces ressources, jugées stratégiques, sont l'objet de politiques importantes en faveur de leur développement et de leur exploitation. Ainsi a été lancé l'appel à projet « Entrepôts données de santé » de France 2030 par le Ministère de la Santé et de la Prévention. C'est un enjeu duquel se sont saisis les HCL, en partenariat avec les trois autres CHU de la région, puisque le projet de Data Hub régional du GCS HOURAA figure parmi les 10 projets lauréats de la deuxième vague de l'appel à projet.

B. Utilisation de la recherche et de l'innovation pour bâtir les « CHU de demain »

Le rôle du CHU sur le territoire en matière de recherche et d'innovation a sensiblement évolué depuis 1958. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme du mode de financement des hôpitaux (en lien avec la tarification à l'activité T2A en 2004), les financements de la recherche et de l'innovation ont subi des modifications profondes. Par exemple, l'instauration du financement des missions d'enseignement, de recherche et de référence et d'innovation (MERRI) par crédits versés à différents CHU en 2016, a entraîné une dynamique de performance entre les acteurs et CHU, pour continuer de bénéficier d'une allocation/aide à la recherche. On peut questionner les bénéfices de cette nouvelle méthode de financement en observant l'utilisation du système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) déployé largement en 2008 en complément des MERRI. Ce système oblige une publication régulière des CHU en matière de recherche et cette quantité de publications sert à déterminer le montant des dotations pour la recherche³⁸. Ainsi, la Cour des comptes annonce en 2017 une baisse des publications des CHU, à l'exception de AP-HP et des Hospices Civils de Lyon, au profit de nouveaux acteurs privés disposant de plus grands moyens financiers³⁹.

De plus, l'ordonnance de 1958 a également instauré le statut de médecin hospitalo-universitaire : des médecins dotés de fonctions hospitalières et universitaires (travail tant en service de médecine clinique qu'en recherche). L'implication des hospitalo-universitaires dans la recherche au sein des CHU oblige une relation avec les universités de secteur. Néanmoins, cette collaboration reste variable selon les territoires et les liens historiques entre le CHU et son université. Mais le développement de différents services et programmes d'appui à la recherche clinique (programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) crée en 1992), de partenariats institutionnels (Centre National de la

³⁶ France Universités. (2025, 28 novembre). *Recherche en santé : France Universités CHU Inserm.* <https://franceuniversites.fr/actualite/recherche-en-sante-france-universites-linserm-et-les-chu-sassocient-en-faveur-dune-politique-de-site-ambitieuse/>

³⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). (2025). *Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé.*

³⁸ Larousserie, D. (2011, 24 novembre). *Dis-moi combien tu publies, je saurai ce que tu rapportes.* Le Monde. https://www.lemonde.fr/planete/article/2011/11/24/dis-moi-combien-tu-publies-je-saurai-ce-que-tu-rapportes_1609011_3244.html

³⁹ Cour des comptes Le Rôle des CHU dans l'Enseignement Supérieur et la Recherche Médicale", décembre 2017 <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/194000190.pdf>

Recherche Scientifique (CNRS), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) etc.) ainsi que l'apparition de services de santé publique, a permis aux CHU de garder un rôle central dans l'organisation de la recherche et de l'innovation en France. Le secteur privé appuie une concurrence notable, d'où l'importance de réviser les liens avec les acteurs de territoire, extérieurs au CHU.

La spécificité et la force du CHU restent son expertise en matière de soins de pointe, de projets de recherche et d'innovation, tout en conservant un rôle d'acteur de proximité. Ainsi, les missions de recherche et d'innovation sont soumises à ces deux exigences de haut niveau (portée nationale et internationale) et de proximité en réponse à des besoins territoriaux.

Concrètement, les liens entre les CHU et les acteurs de territoire sont étroits : collaboration avec les universités, avec les mairies et collectivités locales, associations de secteur ainsi qu'avec les instances régionales (ARS) et nationales avec les organismes nationaux de recherches.

Néanmoins, depuis la crise du Covid-19, la place du CHU comme acteur "universitaire" demande à être renforcée. Comme l'analyse C. Boitard, B. Clément, F. Michot, P. Miossec, P. Netter, dans l'article « *Refonder la recherche et l'innovation au cœur des Centres hospitalo-universitaires* » publié en 2023⁴⁰, le CHU doit être « au cœur de l'université », afin de diversifier les projets de recherche et d'innovation (clinique comme organisationnelle). De plus, afin de renforcer la communication et la promotion des travaux français en recherche et innovation, les auteurs encouragent la création d'une équipe chargée de mener des recherches à visibilité internationale, plaçant le CHU dans une collaboration internationale.

C'est pourquoi, sur la base des évolutions des moyens financiers et humains, et des problématiques en recherche et innovation, le Projet Stratégique 2035 des HCL prône la mise en lumière des projets de recherche et une affirmation de l'intérêt de l'innovation pour le CHU et son lien avec le territoire⁴¹.

Ainsi, effectuer une revue de littérature nous a permis de cibler les champs de compétences, les dynamiques organisationnelles et les enjeux de santé publique en France et à l'étranger. Un travail réalisé dans l'optique de mieux appréhender nos futurs entretiens avec des professionnels de santé en France et à l'étranger.

⁴⁰ C. Boitard, B. Clément, F. Michot, P. Miossec, P. Netter, *Refonder la recherche et l'innovation au cœur des Centres hospitalo-universitaires*, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Volume 207, Issue 3, 2023, Pages 322-327, ISSN 0001-4079, <https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.01.012> (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000140792300033X>)

⁴¹ Hospices Civils de Lyon. (s. d.). *Innovation : dessiner la médecine et l'hôpital de demain*. #TeamHCL. <https://teamhcl.chu-lyon.fr/innovation>

PARTIE 2 : ENQUÊTE

Cette deuxième partie est consacrée à l'enquête menée dans le cadre de notre étude sur les missions et positionnement du Pôle de Santé Publique des Hospices Civils de Lyon. Elle s'inscrit dans le contexte de notre benchmark, qui vise à approfondir la compréhension des modes d'organisation et des dynamiques institutionnelles propres aux structures de santé publique, en France comme à l'étranger.

L'objectif de cette enquête est de comparer le positionnement du PSP avec celui d'autres structures nationales et internationales afin d'identifier les facteurs déterminants de leur efficacité stratégique et de leur intégration dans les grandes orientations de la politique de santé publique française.

En croisant les différentes sources, cette phase d'enquête permet de saisir les spécificités du PSP des HCL, d'en évaluer les atouts, les marges de progression et les perspectives d'évolution, tout en alimentant la réflexion sur un possible repositionnement du Pôle.

Chapitre 1 : France

I. Organisation des CHU

L'analyse des CHU met en évidence une diversité marquée dans la manière dont la santé publique est structurée. Un certain nombre d'établissements disposent d'un Pôle de Santé Publique clairement identifié bien que les contours, les missions et le degré d'intégration de ces pôles varient sensiblement d'un site à l'autre.

A. Des pôles de santé publique structurés mais aux périmètres variables

La majorité des CHU analysés – Clermont-Ferrand, Rennes, Bordeaux, Marseille, Grenoble, Saint-Étienne – possèdent un pôle de santé publique identifié⁴², généralement transversal et au service de l'ensemble de l'hôpital. Ces structures partagent un socle commun d'activités : la production et valorisation de l'information médicale (DIM, PMSI), l'épidémiologie, les biostatistiques, l'appui méthodologique à la recherche clinique, la santé au travail, la qualité et gestion des risques.

Les contours divergent toutefois de manière significative selon les établissements. **Bordeaux** et **Marseille** intègrent explicitement des missions de prévention et d'éducation thérapeutique, avec par exemple des activités dédiées à la prévention des maladies chroniques, au VIH ou encore à la réduction des inégalités de santé. À **Rennes**, ces missions existent également, mais de façon plus diffuse, portées par plusieurs services sans structuration spécifique.

Certains CHU se distinguent par des spécificités organisationnelles. Celui de **Clermont-Ferrand** intègre un service de thanatologie regroupant médecine légale et victimologie, ce qui introduit un lien

⁴² cf. Annexe 1

direct avec des patients spécifiques. À **Grenoble**, le pôle inclut des activités cliniques telles que l'addictologie ou les maladies infectieuses, en complément de ses fonctions de support. À **Marseille**, le pôle est particulièrement étendu et structuré autour de grandes fonctions (information médicale, évaluation, épidémiologie), avec des priorités affirmées en matière de prévention et de réduction des inégalités, il n'existe pas de prise en charge directe de patients en dehors de dispositifs ciblés comme la PASS (permanence d'accès aux soins de santé).

Le CHU de **Saint-Étienne** s'inscrit également dans cette catégorie, avec un pôle « Prévention et santé des populations » qui se rapproche d'un PSP tout en intégrant directement des services de soins et d'accompagnement. On y retrouve notamment la PASS, l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et l'unité d'accueil et de soins pour les sourds (UASS).

Enfin, Nantes et Lille proposent une déclinaison élargie du modèle. Dans ces deux établissements, le pôle regroupe la santé publique avec la pharmacie et la pharmacologie. Le PHU 11 de **Nantes** couvre à la fois l'information médicale, l'hygiène, la santé publique et environnementale, mais aussi la gestion des produits de santé, l'analyse des données et le développement de l'informatique médicale. À **Lille**, le pôle « Santé publique, Pharmacie et Pharmacologie » associe des activités d'épidémiologie, de prévention, de pharmacologie et de prise en charge à domicile.

B. Des organisations partiellement éclatées des fonctions de santé publique

Le CHU de La **Réunion** illustre une organisation plus fragmentée. Un pôle de santé publique existe, mais il est principalement centré sur les données et la recherche, à travers le département d'information médicale, les archives et le centre d'investigation clinique en épidémiologie (CIC-EC), qui assure notamment un appui méthodologique aux projets de recherche.

D'autres missions relevant de la santé publique sont toutefois réparties dans d'autres pôles. Les activités d'hygiène, de vigilances ou d'évaluation de la douleur relèvent par exemple du « pôle qualité », tandis que les champs de l'addictologie, de la médecine légale ou de la prise en charge en milieu pénitentiaire sont regroupés dans un « pôle Santé-justice-addiction ». L'ensemble couvre ainsi un périmètre proche de celui d'un PSP, mais sans unité organisationnelle unique.

C. Des configurations sans pôle de santé publique identifié

Certains établissements ne disposent pas de pôle de santé publique à proprement parler, tout en assurant des missions relevant de ce champ.

Au CHU de **Caen**, la santé publique est intégrée au pôle Recherche, à travers une unité dédiée aux activités d'épidémiologie, d'évaluation et d'appui méthodologique à la recherche clinique.

Le CHRU de **Brest** présente une organisation différente, reposant sur plusieurs directions fonctionnelles. Il existe une direction « Stratégie et transformation » composée de sous-directions au sein desquelles l'on pourrait rattacher à des activités de santé publique (au sens du Pôle de Santé Publique des HCL). Les missions qui relèvent de la santé publique sont réparties entre les sous-directions de la « stratégie et la transformation », les « services numériques », la « qualité et la gestion des risques », et la « recherche et l'innovation ».

Enfin, l'**AP-HP** constitue un cas particulier en raison de sa taille et de son organisation en groupements hospitalo-universitaires. Il n'existe pas de pôle de santé publique à l'échelle de

l'institution, mais plusieurs hôpitaux, comme la Pitié-Salpêtrière, Bichat ou Cochin, qui disposent de services de santé publique dédiés, souvent fortement liés aux universités et aux activités de recherche. La santé publique y est ainsi organisée de manière décentralisée, avec des logiques propres à chaque site.

Ainsi, l'analyse des différents CHU français met en lumière la diversité des configurations organisationnelles en matière de santé publique. Si un certain nombre d'établissements disposent d'un pôle structuré, d'autres répartissent encore ces missions entre plusieurs entités, révélant une approche plus fonctionnelle que véritablement intégrée. Cette hétérogénéité témoigne de la souplesse du modèle hospitalier français, mais aussi de l'absence d'un cadre homogène guidant la structuration des pôles de santé publique à l'échelle nationale.

II. La place des activités de santé publique au sein de la gouvernance des hôpitaux

La littérature existante sur la gouvernance hospitalière démontre que cette dernière joue un rôle déterminant dans la performance, la qualité et la résilience du système. En effet, les hôpitaux sont des structures complexes, avec une multitude d'acteurs. La structure de l'hôpital et les liens hiérarchiques en son sein sont donc des enjeux essentiels dans le bon fonctionnement de l'hôpital. C'est tout particulièrement le cas pour la santé publique. En effet, en tant qu'activité transversale, son positionnement dans l'organigramme des hôpitaux est moins évident que d'autres spécialités. Ainsi, il n'existe pas un positionnement organisationnel de la santé publique dans les CHU français mais plusieurs modèles organisationnels. Dans un objectif de synthèse, on peut distinguer trois grands modèles organisationnels.

A. Pôle de santé publique rattaché à une direction fonctionnelle

C'est le modèle des **HCL**, où le Pôle de Santé Publique est rattaché à la Direction « Innovation », elle-même rattachée au Pôle de Direction « Innovation et Recherche ». Ce modèle est peu partagé en France. C'est toutefois le cas à **Nantes**, où le Pôle de Santé Publique, Pharmacie et Prévention est rattaché à un pôle plus large d'offre de soin.

B. Pôle de santé publique transversal au même niveau que les autres pôles

C'est le modèle organisationnel le plus répandu en France. C'est en effet le cas des pôles de santé publique de **Bordeaux**, **Rennes**, du pôle transversal de santé publique de la **Réunion**, du pôle prévention et santé des populations de **Saint Etienne** ou encore du pôle santé publique-information médicale de **Marseille**. Dans tous ces cas de figure, les activités de santé publique sont regroupées au sein d'un pôle, placé au même niveau que les autres pôles de l'hôpital, assurant ainsi une forme de transversalité sans relations hiérarchiques vis-à-vis des autres pôles.

C. Activités de santé publique rattachées à la direction générale

Enfin, le dernier modèle consiste à rattacher les activités de santé publique à la direction générale, sous différentes formes possibles. Cela peut se faire à travers une direction de santé publique. Ce fut

le cas à **Poitiers** en 2017 ce qui a permis à travers un fort soutien de la direction générale l'émergence du projet ambitieux de la Villa Santé, transformant alors la santé publique au CHU en un modèle plus « hors les murs ». C'est également le cas aujourd'hui au CHU d'**Angers** qui a fait le choix en 2021 de créer une direction en charge de la prévention, de la santé publique et des relations ville-hôpital, afin de répondre à l'importance des enjeux de prévention. Cela a ainsi été valorisé par *la Revue hospitalière de France* en 2025 dans son article « Comment repenser les missions d'un CHU à l'aune de la prévention ? »⁴³. Le CHRU de **Brest** ne dispose pas de pôle de santé publique à proprement parler mais il existe toutefois une direction « Stratégie et Transformation » au sein de la direction générale et composée de sous-directions que l'on pourrait rattacher à des activités de santé publique, comme la direction de la qualité et de la gestion des risques ou la direction de la recherche et de l'innovation.

À Paris, c'est à travers un comité de la recherche en matière biomédicale et de la santé publique qu'est représentée la santé publique au niveau central de l'**AP-HP**. La santé publique se décline ensuite dans les différents établissements du CHU à travers des services de santé publique.

Enfin, la présence au sein de la direction générale de la santé publique peut prendre une forme plus originale. C'est le cas au CH d'**Angoulême** où la santé publique est exercée à travers deux animateurs de santé publique, qui sont directement rattachés à la direction générale de l'établissement et également à celle du GHT (avec les 5 autres animateurs de santé publique qui exercent leur mission sur le territoire).

Lors d'un entretien avec les animateurs de santé publique du CH d'Angoulême, ils nous ont confié que cela représentait « *la bonne échelle* ».

Ce positionnement est en effet nécessaire selon eux, plutôt que d'être rattaché à une direction des soins par exemple, ce qui leur paraît incohérent au vu de la transversalité des activités de santé publique.

Cette analyse montre que la santé publique occupe des positions variées au sein de la gouvernance hospitalière, oscillant entre pôles transversaux, rattachements fonctionnels spécifiques ou intégration directe à la direction générale. Chaque modèle reflète des choix stratégiques distincts, qui ont des incidences concrètes sur la visibilité, la coordination et la portée des actions de santé publique au sein des CHU.

III. Projets innovants en santé publique

Nous avons observé de nombreuses initiatives portées par d'autres grands CHU de France. Cette étude comparative permet de mettre en lumière trois piliers fondamentaux pour la Santé Publique de demain : l'innovation, la santé environnementale et la prévention des addictions.

⁴³ Schnebelen, C., Descatha, A., & Jaglin-Grimonprez, C. (2025). Comment repenser les missions d'un CHU à l'aune de la prévention ? *Revue Hospitalière de France*, 622.

A. Recherche et innovation

Cette dynamique d'innovation est impulsée par de grandes structures comme l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) avec le projet de « La fondation AP-HP⁴⁴ ». Créée en 2016, cette organisation soutient la recherche et l'innovation dans les 38 hôpitaux du groupe pour répondre aux besoins stratégiques et opérationnels. Les principales ambitions de ce projet consistent à améliorer la médecine de demain par le biais de la recherche médicale pour prévenir les maladies, et l'innovation en intégrant notamment l'intelligence artificielle mais également d'inclure le bien-être des patients, de leurs accompagnants et des soignants. Depuis sa création, la fondation a soutenu plus de 500 projets. Cette filiale existe également à l'échelle internationale pour fournir des expertises en matière de gestion de service de santé, de formation et de projets de recherche.

L'innovation s'incarne aussi dans des stratégies de santé publique à fort impact social. C'est le cas du CHU de la Réunion avec son projet dédié à l'« Éradication du cancer du col de l'utérus⁴⁵ » ayant été récompensé par le 3^{ème} prix de l'innovation et de la prévention des CHU en 2024 lors du salon SantExpo. Ce projet est apparu comme essentiel pour la santé publique puisque le cancer du col de l'utérus est plus fréquent et lié à une plus forte mortalité qu'en France métropolitaine. Ce plan d'action s'insère dans une spécificité populationnelle de ce département français qui a un taux de jeunes de moins de 25 ans de 41%⁴⁶, plus élevé qu'en métropole. Les objectifs de ce plan concernent donc la vaccination des jeunes et le dépistage précoce des femmes. La mise en œuvre novatrice de ce projet s'est faite par des méthodes innovantes et ludiques de mobilisation de la jeunesse : mise en place d'ateliers immersifs comme des *escapes games* mais aussi par la formation d'élèves chargés de sensibiliser directement leurs camarades. En ce qui concerne l'isolement géographique et social, ce projet a déployé des bus de prévention circulant dans toute l'île, et des kits d'auto-dépistage pour simplifier le parcours de soins et toucher les populations les plus éloignées du système de santé.

Le premier prix de l'innovation 2024 a été quant à lui remporté par le CHU de Nantes pour le projet DigiCapSanté⁴⁷ axé sur les pathologies cardio-neuro-vasculaires. DigiCapSanté est une plateforme numérique qui permet d'accompagner les patients souffrant de maladies chroniques, de sécuriser leur retour à domicile après une hospitalisation et d'éviter les récidives. Le succès de Nantes réside dans sa capacité à réduire la distance entre l'hôpital et le domicile en créant un lien numérique continu qui rassure le patient et optimise le temps des soignants par le télé suivi, l'éducation thérapeutique (ETP) digitale et la prévention personnalisée. Il s'agit donc d'un modèle de soin « Hors les murs ». Le patient transmet ses constantes (symptômes, tension...) grâce à l'application. Si une anomalie est détectée par l'algorithme, une alerte est immédiatement envoyée à l'équipe soignante. En ce qui concerne l'ETP la plateforme propose des contenus pédagogiques ajustés pour permettre au patient de mieux comprendre sa maladie et donc de mieux prendre en charge sa santé.

B. La Santé Environnementale

La Santé Publique est également liée aux enjeux de la Santé Environnementale.

⁴⁴ La Fondation de l'AP-HP | APHP. (s. d.). Consulté 3 mars 2026, à l'adresse <https://www.aphp.fr/nous-connaître/lorganisation-de-lap-hp/la-fondation-de-lap-hp>

⁴⁵ Le CHU de La Réunion remporte le 3ème prix pour son projet Éradication du cancer du col de l'Utérus. (s. d.). Consulté 3 avril 2026, à l'adresse https://www.memento.fr/article_31-05-2024-le-chu-de-la-reunion-remporte-le-3eme-prix-pour-son-projet-eradication-du-cancer-du-col-de-l-uterus

⁴⁶ INSEE. (2023, 16 août). *La Réunion, troisième région la plus jeune de France*. Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4482473>

⁴⁷ Pasquier, F. (s. d.). *Prix de l'innovation et prévention*. CHU de Nantes. Consulté 3 avril 2026, à l'adresse <https://www.chu-nantes.fr/prix-de-linnovation-et-prevention>

Depuis 2021, et pour une durée de 5 ans, la ville de Marseille s'est engagée dans un projet Européen nommé RECETAS⁴⁸ (*Re-imagining Environments for Connection and Engagement : Testing Actions for Social Prescribing in Natural Spaces*), financé par l'Union Européenne et composé de 13 entités de 9 pays différents. Ce projet vise à étudier et évaluer l'impact de la nature en ville sur le bien-être des citoyens. Son idée centrale repose sur des « prescriptions sociales » pouvant traiter l'anxiété ou certains troubles physiques et passe par 3 grandes dimensions : le social, le psychique et le physique. RECETAS s'appuie alors sur des protocoles rigoureux pour mesurer les bénéfices réels des espaces verts sur la santé mentale.

Par ailleurs, inaugurée fin 2018, « La Villa Santé »⁴⁹ est une structure installée sur le site du CHU de Poitiers. Le projet est à l'initiative de Virginie Migeot, cheffe du pôle de Santé Publique de Rennes et présidente de la Fédération Promotion Santé. L'originalité de ce projet réside dans l'architecture de cette « maison » ; chaque pièce est dédiée à un aspect précis de la santé globale avec des ateliers dans chacune d'elle : la cuisine pour la nutrition ; la chambre pour le sommeil, la gestion du stress ; le jardin pour l'activité physique et la sensibilisation aux allergènes... Ces ateliers ouverts aux patients, aux aidants mais également au grand public permettent de sensibiliser chacun à prendre soin de sa santé.

C. Les addictions

Le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable en France. Pour relever ce défi, le CHU de Saint-Etienne, en étroite collaboration avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) a lancé une nouvelle approche : le label « Lieu de Santé sans Tabac » (LSST). Ce projet vise à dénormaliser le tabac au sein même de l'hôpital mais pas seulement. En partenariat avec la ville de Saint-Etienne et la ligue contre le cancer, des zones extérieurs sont définies comme strictement non-fumeuses pour protéger la santé de chacun. Ces zones concernent les parcs, les jardins publiques, les écoles et les crèches mais également les établissements culturels et sportifs. Du côté hospitalier, le CHU ne se contente pas de restreindre la consommation au sein de l'hôpital, il soigne l'addiction avec la mise en œuvre de plusieurs mesures. Le personnel de l'hôpital est formé pour aborder la question du tabac avec les patients, des dispositifs de soutien et des substituts nicotiniques peuvent leur être proposés s'ils le désirent.

Concernant le CHU de Bordeaux, il a pu se distinguer par une approche novatrice des addictions chez les jeunes à travers son équipe AdDoc (Addictions Adolescents). Ce projet ayant reçu le prix « coup de cœur » ESS (Économie Sociale et Solidaire) de la Métropole de Bordeaux en 2025, ne permet pas uniquement de traiter l'addiction mais de prendre en charge l'adolescent dans sa globalité grâce à une équipe composée de divers partenaires comme des médecins addictologues, des psychiatres, des infirmiers, des éducateurs et assistants sociaux. L'objectif principal de ce projet est de réduire le délai entre l'apparition des premiers signes de dépendance et la prise en charge médicale. Il s'agit ici d'une approche « hors les murs » car l'équipe ne travaille pas uniquement au sein de l'hôpital mais également avec les lycées, les associations locales et les familles facilitant ainsi la démarche de soin pour les jeunes.

Il est intéressant d'effectuer un parallèle entre le projet de Saint-Etienne et celui des Hospices Civils de Lyon, qui en partenariat avec l'ARS ont mis en place depuis 2024 le programme RITA (Réfèrent et Infirmier TABac). Ce dispositif vise à accompagner patients, aidants ou professionnels de santé

⁴⁸ RECETAS. (s. d.). Recetas. Consulté 3 mars 2026, à l'adresse <https://www.recetasproject.eu/>

⁴⁹ Vie la Santé. Consulté 3 mars 2026, à l'adresse <https://www.chu-poitiers.fr/specialites/vie-la-sante/>

pour leur sevrage tabagique et se caractérise par un suivi et un soutien psychologique par des infirmiers formés. Également porté par le Groupe Soins et Santé⁵⁰, ce service bénéficie de l'expertise de professionnels de l'hospitalisation à domicile intervenant sur Lyon, le Rhône et le Nord Isère, une approche également "hors les murs".

L'ensemble de ces initiatives menées par d'autres grands CHU français confirme que la santé publique de demain s'appuie sur trois piliers majeurs : l'innovation numérique et organisationnelle, la santé environnementale et la prévention des addictions. Ces expériences montrent que la santé publique peut sortir des murs de l'hôpital pour s'inscrire dans le territoire, dans les quartiers ou dans les écoles, tout en restant au cœur des missions stratégiques des établissements de santé.

IV. Liens avec les acteurs du territoire

La présence de CHU sur le territoire français s'organise en collaboration avec différents partenaires. Dans l'optique de mettre en lumière l'étendue des liens avec les acteurs de la santé « hors les murs », il semble pertinent d'analyser la nature des partenariats et la profession des acteurs impliqués.

Ainsi, durant chacun de nos entretiens avec des professionnels travaillant dans différents CHU, nous avons dédié une partie de celui-ci à des questions traitant des liens de l'hôpital avec les acteurs du territoire. En effet, le CHU étant l'établissement de référence en matière de santé sur le territoire, il doit disposer de liens étendus et pluridisciplinaires.

A. Liens avec les universités

Tout d'abord, à travers les recherches et entretiens menés, nous avons constaté une variation des relations entre les CHU et les universités de secteur. Bien qu'en médecine clinique ces relations s'inscrivent dans la logique de l'internat en médecine, les écoles/facultés de santé publique n'ont pas toutes de liens avec les missions de santé publique réalisées par les CHU.

Tout comme les différents choix dans la création d'un PSP ou non au sein du CHU, on observe des liens historiques entre le CHU et son université de secteur. Par exemple, le CHU de Bordeaux et la Faculté de Santé Publique bordelaise (ISPED) ont une relation historique, permettant de tisser un réseau large d'acteurs impliqués en santé publique. Lors d'un entretien avec un professionnel du Pôle de Santé Publique de Bordeaux, celui-ci mettait en avant les bénéfices de ce partenariat avec l'ISPED, leur permettant d'augmenter les actions de santé publique (notamment en matière de recherche).

Dans le cadre d'un entretien avec un professionnel du Pôle de Santé publique du CHU de Bordeaux, nous avons évoqué les liens du CHU avec son environnement, voici les réponses à cette question :

“Alors, la spécificité de Bordeaux, c'est que la santé publique est assez unie. Historiquement, d'abord, sur le plan de l'enseignement, avec l'ISPED, qui est la seule faculté de santé publique de France. C'est-à-dire que ce n'est pas un département de la fac de médecine, c'est l'équivalent d'une UFR.”

⁵⁰ Soins et Santé. (s. d.). *Hospitalisation à domicile (HAD) Lyon, Rhône et Nord Isère*. Soins et Santé. <https://www.soinsetsante.fr/>

C'est la seule en France qui regroupe toutes les forces de santé publique, tous les enseignants-chercheurs et notamment les hospitalo-universitaires de santé publique.”

“Une deuxième spécificité, c'est que toutes les équipes de recherche de santé publique sont dans le même centre, le Centre Bordeaux Population Health, un centre de recherche INSERM où il y a une douzaine d'équipes, je ne sais plus combien il y en a, mais donc ça fait à peu près 300-500 personnes, chercheurs, personnes de recherche, donc qui est unies.”

Le CHU de Nantes noue également de forts liens avec l'université, proposant et coordonnant des formations en santé publique : le diplôme universitaire Partenariat Patients-Professionnels de santé, Education thérapeutique du patient ou encore un Master 2 MEQS (Méthodes d'évaluation qualité et sécurité des soins) en lien avec l'Université de Rennes. Il en est de même avec le CHU de Saint Etienne et les filières universitaires en santé publique proposées (“Prévention et économie de la santé” et biostatistiques, informatique médicale et technologie de la santé”). Pour finir, le PSP des HCL dispose également des liens forts avec l'université, via les PU-PH. Lors d'un entretien réalisé avec un PU-PH du PSP, celui-ci a démontré des liens, bien que partiels en santé publique et majoritairement en médecine clinique. Cependant, ces liens sont démultipliés entre plusieurs équipes de recherche (Reshape, Umrest, CIRI, etc), démontrant une grande richesse de potentialités.

Ainsi, l'intérêt d'un ancrage universitaire territorial s'intègre dans la mission originelle du CHU, mais l'enjeu observé reste la mobilisation d'étudiants et de (futurs) professionnels disposant d'un regard neuf, extérieur et dissocié des problématiques hiérarchiques, administratives propres au CHU. Ces liens territoriaux restent tournés vers la santé, et constituent un départ pour un échange de savoirs, se poursuivant avec des liens entre les CHU.

B. Les liens entre CHU

La mise en place, depuis 2016, du dispositif de groupement hospitalier de territoire (GHT) par la loi de modernisation du système de santé⁵¹, s'intègre dans un objectif de transmission et de cohérence territoriale des pratiques en santé. Cela s'articule à travers une stratégie commune partagée, afin de mobiliser les ressources (humaines, matérielles et financières) entre les CHU. Cela permet de bénéficier des spécialisations et expertises de chaque établissement afin de mieux répondre aux besoins de territoires.

Pour étude, le GHT Hôpitaux de Provence (HdP) a constitué un projet stratégique⁵², une feuille de route commune, adaptée aux problématiques de la région : on observe une stratégie autour du partage des pratiques et de la question de l'attractivité de l'hôpital au sein du territoire.

De plus, une méthodologie de projet, commune au GHT a été établie : par exemple, le PCMG⁵³ et ses 3 sous commissions de la CMG⁵⁴ travaillent la mise en place d'une commission de soutien à la recherche clinique et sur les questions de la qualité et la sécurité des soins (suivi des données, vigilances). Ce projet stratégique du GHT coordonne des activités transversales, impliquant des professionnels des CHU du groupement sur des grandes questions stratégiques telles que : l'inégalité d'accès et de continuité des soins, la coopération entre acteurs de santé publique, la coopération dans

⁵¹ Haut Conseil de la santé publique. (2017). Groupements hospitaliers de territoires et santé publique. HCSP.

⁵² CREMIEUX, F., ROSSI, D., CATANAS, M., & GHT Hôpitaux de Provence (2023). *PROJET STRATEGIQUE du GHT Hôpitaux de Provence. RAPPORT* https://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/ght13/290324%20-%20APHM%20-%20projet%20strategique_VF%20WEB%20BD.pdf

⁵³ PCMG : Président de la Commission Médicale de Groupement

⁵⁴ CMG : Commission médicale de groupement

les projets de recherche et d'innovation sur le territoire, la transition environnementale, les gestions des données, les affaires médicales, les ressources humaines, la qualité gestion des risques ou encore les achats réalisés pour le fonctionnement du GHT (comme préconisé par l'article R6132-3 du Code de la santé publique). L'intérêt de cet exemple se trouve dans la rédaction d'un projet stratégique de GHT pour le GHT des Hôpitaux de Provence.

En dehors du GHT, les différents PSP de CHU ont des liens avec des établissements de santé. C'est le cas du CHU de Grenoble travaille avec d'autres établissements de santé tels que les hôpitaux d'Annecy et de Chambéry, afin de coordonner des actions de prévention, d'amélioration de l'offre de soins et des programmes de recherche et de formations adaptés au territoire alpin. Il en est de même pour les HCL qui ont également des conventions avec de nombreux CH pour organiser certains des parcours complexes (par exemple avec Valence, Bourgoin, Villefranche sur Saône, etc.).

C. Liens avec les professionnels de santé et le secteur ambulatoire

Comme observé dans le projet stratégique 2035 des HCL, la place du CHU s'inscrit dans la proposition de soins de pointe et d'expertise, tout en s'articulant avec le travail des différents professionnels de santé du secteur ambulatoire et libéral. Dans une optique d'avoir recours à l'hôpital en dernier recours, la santé publique est obligée d'investir le territoire et de toucher chaque acteur. C'est pourquoi les CHU sont globalement en lien avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui ont une relation directe et quotidienne avec les patients en ambulatoire. Cela permet de mettre en place des actions de prévention et promotion de la santé, d'enrichir les évaluations des données en santé et d'observer les tendances des pathologies cliniques du territoire. Le CHU de Grenoble travaille les problématiques de prévention primaire et secondaire avec des CPTS de son territoire. En l'espèce, les liens entre le CHU de Grenoble et les CPTS concernent un repérage des pathologies chroniques sur le territoire Sud-Isère, dans une optique de santé populationnelle. Le PSP de Grenoble fournit un appui méthodologique, d'outillage et tente d'appuyer son rôle d'acteur fédérateur sur le territoire.

Lors d'un entretien avec un acteur du Pôle de Santé Publique du CHU de Grenoble en charge notamment des coopérations internationales, celui-ci a développé des projets en relation avec les acteurs du territoire isérois en matière de prévention :

« Un premier, celui que j'ai évoqué, projet de santé populationnelle (...) qui vise à développer des activités de repérage de personnes à risque de développer des pathologies chroniques, liées de type 2 et insuffisance cardiaque sur la population en territoire du Sud-Isère, donc on travaille avec les CPTS en la matière, et donc on a un accompagnement, aujourd'hui, métier, de ce projet auprès des CPTS. On est vraiment sûr de la prévention entre le primaire et le secondaire, mais on est aussi proche de personnes qui ne sont pas forcément malades ou qui sont très proches de déclencher la pathologie. C'est beaucoup de premiers recours qui sont mobilisés. Mais nous, par contre, on a cette fonction d'appui du premier recours. C'est un projet pour nous qui est extrêmement important, puisque sur le champ de la santé publique, On a une fonction qui est très importante de fédération, d'outillage, de déploiement de méthodes pour que ce projet puisse aboutir. »

De plus, la collaboration entre les CHU et les établissements de santé mentale semble essentielle pour repérer les comorbidités entre pathologies physiques et mentales. C'est pourquoi, le CHU de Caen

renforce ses partenariats avec les établissements publics de santé mentale (EPSM) de la région afin de travailler les parcours de soin des patients⁵⁵.

D. Liens avec les collectivités régionales et locales

La santé publique reste un domaine transversal traité à l'échelle institutionnelle et nationale (avec notamment le Haut Conseil de Santé Publique). Ces orientations sont déclinées localement dans les CHU et hôpitaux, en lien avec les collectivités territoriales telles que les mairies ou les métropoles. Ce lien peut se faire via l'ARS : c'est le cas à Bordeaux avec des financements accordés au PSP par l'ARS. Ou du CHU d'Angoulême qui, sur initiative de l'ARS de la Charente, a créé les postes « d'animateur de santé publique »⁵⁶, présents dans les 7 hôpitaux du GHT de la Charente. Ces animateurs de santé publique occupent des fonctions similaires à celles d'un PSP et sont en appui des services de soins des CHU de la région.

Nous avons conduit un entretien avec des animateurs de santé publique afin de comprendre cette spécificité régionale, qui vient remplacer la présence de PSP, leur rôle consiste en l'appui des professionnels de santé dans chaque service et CHU :

« (...) l'idée, c'est aussi d'avoir des groupes de santé publique dans chaque établissement, ce qui nous permet d'être au plus près des services. Donc, les groupes sont assez représentatifs des établissements. Ça peut être aussi bien des services techniques, des para-meds, des médecins ou des membres de la direction. Et l'idée, c'est de partager avec eux, qui nous fassent remonter des informations de terrain et qu'on construise les projets ensemble. »

Ces différents acteurs locaux sont à mobiliser afin de mener des actions fortes de santé publique. Et c'est ce qui a été observé au GHT de Nouvelle-Lorraine, où le CHRU de Nancy travaille avec les partenaires locaux sur un projet de responsabilité populationnelle : concrètement, les CPTS, contrats locaux de santé, France Assos Santé et autres partenaires, vont coconstruire ce projet afin de suivre les tendances pathologiques, les problématiques de santé de territoire⁵⁷.

De plus, la municipalité joue un rôle important dans la santé publique sur le territoire. En effet, durant un entretien réalisé avec des maires d'arrondissements et agents travaillant sur les questions de santé à la municipalité de Lyon, nous avons observé une co-coordination de projets avec les HCL dans les domaines de prévention et promotion de la santé. Ces liens sont essentiels, notamment durant les périodes de crises et renforce le rôle de l'hôpital en dernier recours quant à la gestion de la santé populationnelle. Les partenariats CHU et mairies entrent dans l'approche de type « One Health »⁵⁸, focalisant sur la dimension pluridisciplinaire et multi causale de la santé.

⁵⁵ ESPM Caen, Accueil - ESPM Caen <https://epsm-caen.fr/> (consulté le 30 mars 2026)

⁵⁶ Inrage. (2025, 19 mars). Laura Isidoro et Guillaume Queneau : Animateurs en santé publique ? Un métier de lien et d'avenir ! Acteurs Actions Santé Environnement Nouvelle-Aquitaine. <https://santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/publications/risques-chimiques/animateur-en-sante-publique-un-metier-de-lien-et-davenir/>

⁵⁷ Hayek, J. (n.d.). Le CHRU de Nancy prend le virage de la responsabilité populationnelle. Hospitalia, le magazine de l'hôpital pour toute l'actualité et l'information hospitalière. Retrieved March 30, 2026, from https://www.hospitalia.fr/Le-CHRU-de-Nancy-prend-le-virage-de-la-responsabilite-populationnelle_a3892.html

⁵⁸ En lien avec l'approche One Health de l'OMS

Les liens avec les collectivités locales viennent cadrer la place du CHU sur le territoire. Durant un entretien avec une professionnelle d'un service de santé, prévention et santé environnementale d'une mairie d'arrondissement de Lyon, nous avons pu discuter de la place des HCL sur le territoire :

« (...) la santé ça ne se résume plus à l'hôpital et aux soignants. Au contraire, cela doit passer par la prévention et la promotion de la santé. »

La question de l'accès aux soins et de la prévention s'intègre dans les compétences des municipalités, c'est pourquoi le CHU de Brest a pour ambition de co-coordonner avec la municipalité le projet « WeCare », un centre de dépistage précoce du cancer. Ce projet encore en attente de financements, impliquerait également des liens avec les professionnels de santé de territoire.

E. Liens avec les instances et acteurs à l'étranger

Enfin, les missions inhérentes au CHU en France implique un prolongement à l'étranger, notamment en santé publique à travers la recherche, l'innovation, la gestion des données, les préventions et autres problématiques. C'est pourquoi, différents CHU français cherchent à répondre à des appels à projet internationaux mais également à participer à la mise en commun des pratiques. En l'espèce, le réseau Health Promoting Hospitals (HPH), crée par l'OMS, comprend 35 établissements français membres, ainsi que de nombreux professionnels hospitaliers étrangers, qui échangent sur leurs pratiques respectives en matière de promotion de la santé, et permet la création d'une fédération internationale de professionnels de santé hospitaliers⁵⁹.

De plus, on retrouve le cas de l'AP-HP qui propose une filiale « AP-HP à l'international » dans l'objectif de fournir des expertises en matière de gestion de santé, de formation et de projets de recherche à l'international⁶⁰.

L'analyse des liens entre les CHU et les acteurs du territoire révèle que la santé publique ne se construit plus uniquement à l'intérieur des murs hospitaliers, mais à travers une trame dense de partenariats avec les universités, les GHT, les CPTS, les collectivités territoriales, les autres établissements de santé et des acteurs internationaux. Cette porosité entre l'hôpital et le territoire constitue un levier essentiel pour renforcer la prévention, la prise en charge des populations et la cohérence des politiques de santé publique.

Ainsi, l'étude des différentes organisations et missions de pôles de santé publique en France, nous a permis d'observer une variation dans la définition de ce qu'est la santé publique et la manière de s'en saisir, de l'organiser, de « l'inclure dans les structures organisationnelles ». Bien que la France conserve une organisation centralisée avec une place importante accordée aux CHU sur le territoire, les différents projets innovants montrent une nécessaire adaptation à la population et à l'évolution des enjeux relatifs à la santé publique. C'est pourquoi, afin d'avoir une vue d'ensemble des perceptions et pratiques en santé publique, nous avons élargi nos recherches à l'international.

⁵⁹ Entretiens réalisés avec des professionnels français et internationaux membres du réseau HPH

⁶⁰ AP-HP. (s. d.). *La filiale AP-HP International / The AP-HP International subsidiary*. APHP. <https://www.aphp.fr/nous-connaître/international/la-filiale-ap-hp-international-ap-hp-international-subsidiary>

Chapitre 2 : International

Cette seconde partie de notre benchmark est consacrée à la manière dont est traitée la santé publique à l'étranger, afin de ne pas avoir seulement une approche franco-française et en s'ouvrant à d'autres approches et systèmes d'organisation.

I. Organisation du système de santé publique

A. Vision de la santé publique

À l'échelle internationale, la vision de la santé publique varie selon les contextes culturels et organisationnels, mais repose globalement sur une approche populationnelle centrée sur la prévention et la promotion de la santé. Dans plusieurs pays européens comme la Suisse, le Canada ou le Royaume-Uni, la santé publique est fortement associée à une logique de médecine communautaire, organisée à l'échelle nationale et locale afin d'adapter les actions aux besoins des territoires. Cette territorialisation permet de cibler les populations et de mobiliser différents acteurs institutionnels et associatifs. Dans d'autres contextes, la perception inclut des dimensions plus larges : à Taïwan, la santé publique est étroitement liée à la médecine préventive et au bien-être global, incluant la santé physique et mentale ainsi que la promotion de modes de vie sains. Par ailleurs, dans plusieurs pays européens comme l'Allemagne, la Suède ou l'Autriche, la santé publique est fortement associée au monde universitaire, avec un accent marqué sur la recherche, l'enseignement et l'innovation en lien avec les données hospitalières

Le modèle suisse illustre une organisation de la santé publique reposant sur un équilibre entre orientations nationales et adaptation territoriale.

Au niveau national, des orientations stratégiques sont définies par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), notamment à travers des programmes tels que « Health 2030 », portant sur des priorités comme la lutte contre le VIH, la prévention des addictions (tabac, alcool, drogues) et la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique.⁶¹

La mise en œuvre des politiques relève toutefois en grande partie des cantons, qui disposent de larges compétences en matière d'organisation des soins et de prévention. La coordination entre ces niveaux est assurée par la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé, qui contribue à l'harmonisation des politiques entre territoires. Les hôpitaux y ont une place limitée.

B. Organisation du système de santé publique et place des hôpitaux

Concernant l'organisation des structures, la majorité des pays étudiés ne dispose pas d'un équivalent strict aux pôles hospitaliers ou directions de santé publique tels qu'observés en France. À la place, les missions de santé publique sont souvent réparties entre différentes structures territoriales, universitaires ou hospitalières. Dans des pays comme le Canada, le Royaume-Uni ou l'Espagne, la

⁶¹ Federal Office of Public Health. (2025). *National strategy for the prevention of non-communicable diseases* (Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles). Federal Office of Public Health.

santé publique est principalement pilotée par des autorités nationales ou régionales, tandis que les hôpitaux jouent un rôle de soutien scientifique, clinique ou opérationnel, sans porter seuls les actions territoriales. Dans d'autres systèmes, notamment en Allemagne, Suède, Autriche ou Pays-Bas, la santé publique s'organise autour de structures hospitalo-universitaires, où les universités constituent le principal moteur des activités de recherche et de prévention, en lien étroit avec les hôpitaux. Enfin, certains modèles comme celui de la Suisse ou du Québec illustrent une organisation très territorialisée, où la santé publique repose sur des réseaux intégrés d'acteurs de ville (Offices cantonaux de Santé Publique en Suisse et CISSS ou CIUSSS) plutôt que sur une unité hospitalière unique, soulignant que l'hôpital intervient le plus souvent comme un partenaire parmi d'autres dans l'amélioration de la santé des populations.

II. Projets innovants

L'étude des différents systèmes de santé publique à l'étranger nous a conduit à identifier plusieurs projets nous semblant innovants et pertinents sur un certain nombre de sujets liés à la santé publique.

Par souci d'exhaustivité, nous avons réalisé une sélection des projets qui nous semblent les plus adéquats au vu de la structuration et des activités du pôle de santé publique des HCL.

A. La prévention

Au cours de nos recherches sur la santé publique à l'international nous avons constaté l'étendue de projets liés à la prévention. Cela semble cohérent avec la définition commune de la santé publique.

Les enjeux de prévention des maladies étant multiples, nous nous sommes concentrés sur ceux qui reviennent dans les pays occidentaux. Nous avons pris pour cas d'espèce la situation du Royaume-Uni dans la gestion de l'obésité infantile. Contrairement à la France où les hôpitaux comme les HCL peuvent piloter des actions via des pôles de santé publique, l'étude du système britannique met en exergue une coordination décentralisée mêlant acteurs locaux, nationaux et hospitaliers afin d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux.

Le Royaume-Uni est aujourd'hui touché par une proportion grandissante d'obésité et de surpoids chez les enfants et les adolescents. Selon les chiffres du gouvernement, plus d'un quart des enfants de l'école primaire sont déjà en surpoids ou en situation d'obésité^{62,63}.

Les causes de ce mauvais état de santé sont multiples. Ce qui est principalement mis en avant est la consommation de produits alimentaires ultra-transformés, trop gras, trop sucrés, trop salés, et un réel manque d'activité physique. Les enfants vivant dans des quartiers étant considérés comme économiquement précaires sont les plus touchés.

Des analyses prédictives ont été faites par la Royal Society for Public Health⁶⁴, et sont préoccupantes puisqu'elles indiquent que d'ici 2035, 4 enfants sur 10 seront touchés par le surpoids ou l'obésité.

⁶² Overweight children. (2024, juillet 11). <https://www.ethnicity-facts-figures.service.gov.uk/health/diet-and-exercise/overweight-children/latest/>

⁶³ Campbell, D., & editor, D. C. H. policy. (2026, janvier 25). Almost a quarter of UK GPs are seeing obese children aged four and under. The Guardian. <https://www.theguardian.com/society/2026/jan/25/uk-gp-obese-children-research>

⁶⁴ Gregory, A., & editor, A. G. H. (2025, juin 23). Majority of children will be overweight or obese in nine areas of England by 2035, study shows. The Guardian. <https://www.theguardian.com/society/2025/jun/23/majority-children-overweight-obese-nine-areas-england-by-2035-study>

Face à ce constat alarmant, mais qui n'est pas nouveau, des mesures gouvernementales nationales sont mises en place, notamment via le NHS (National Health Service).

Toutefois, les acteurs jouant un rôle déterminant sont avant tout les autorités locales, en agissant sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé. La législation britannique prévoit en effet que ce sont les collectivités qui ont la compétence en matière de santé publique (« *Each local authority must take such steps as it considers appropriate for improving the health of the people in its area* »)⁶⁵.

Dans ce cadre, plusieurs territoires participent à expérimenter des solutions locales innovantes en matière de prévention et de lutte contre l'obésité dès le plus jeune âge.

Nous avons choisi ici le cas de la ville de Leeds⁶⁶, avec des résultats concrets puisque l'on a observé ces dernières années une baisse du taux d'obésité infantile à 9,1% pour la période 2023-2024⁶⁷.

Pour ce faire, le conseil municipal a développé depuis une dizaine d'années tout un panel de projets couvrant toutes les composantes de la vie d'un enfant, de la grossesse jusqu'à 19 ans. Ces projets ont bien sûr été portés par et avec des partenaires de natures très diverses. Ainsi, les parents, les crèches, les écoles maternelles et primaires, mais également les associations locales sont mises à contribution pour adopter de bonnes pratiques. Il ne s'agit donc pas seulement de se concentrer sur un régime alimentaire sain ; il y a tout un travail qui est fait sur l'environnement dans lequel l'enfant grandit. Un point d'attention a été apporté aux quartiers les plus défavorisés de Leeds, avec l'intervention de l'association caritative HENRY⁶⁸ dont les membres (professionnels de santé, spécialistes de la petite enfance) interviennent directement auprès des parents ou des structures de la petite enfance.

B. La promotion de la santé

Au-delà de la prévention, la promotion de la santé constitue une part majeure de l'activité en santé publique, notamment à l'international.

C'est d'ailleurs dans ce cadre que nous avons pris contact avec un membre du RESPADD ainsi que du réseau *Health Promoting Hospitals*. En échangeant avec lui, nous avons pris conscience de l'importance de la promotion de la santé :

« Le réseau HPS a été créé par l'OMS, l'Organisation Mondiale de la Santé, parce qu'il y avait un constat fort qui existe toujours, qui est que dans les hôpitaux, on est beaucoup dans le cure, on est beaucoup à guérir, à soigner, à prendre en charge des maladies qui sont déjà là, Mais on est moins dans le care, qui est la communication, la prévention, la promotion de la santé, aider les gens à s'emparer de leur santé, à connaître les déterminants, les facteurs de risque. Et l'idée, c'était de la part de l'OMS de se dire, en fait, il y a plein de pathologies qu'on pourrait éviter. Et au lieu de soigner ces pathologies une fois qu'elles sont là, on pourrait les prévenir pour qu'elles n'arrivent jamais. »

⁶⁵ Health and Social Care Act 2012

⁶⁶ *Leeds childhood obesity programme*. (s. d.). Leeds City Council News. Consulté 20 janvier 2026, à l'adresse <https://news.leeds.gov.uk/leeds-spotlight/leeds-childhood-obesity-programme>

⁶⁷ Latest data shows fall in childhood obesity rates in Leeds. (s. d.). Leeds City Council News. Consulté 20 janvier 2026, à l'adresse <https://news.leeds.gov.uk/news/latest-data-shows-fall-in-childhood-obesity-rates-in-leeds>

⁶⁸ Rudolf, M., Perera, R., Swanston, D., Burberry, J., Roberts, K., & Jebb, S. (2019). Observational analysis of disparities in obesity in children in the UK : Has Leeds bucked the trend? *Pediatric Obesity*, 14(9), e12529. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12529>

Dans la lignée des propos de cette personne, nous avons entrepris des recherches sur les systèmes de santé qui mettaient au cœur de leurs activités la promotion de la santé. À cette occasion, nous avons étudié la place qu'occupe la promotion de la santé au sein du système de santé taiwanais.

Deux hôpitaux situés à Taipei résument de façon claire l'approche taiwanaise de la santé publique.

En particulier, le Taiwan Adventist Hospital qui a été fondé en 1955. Dès ses origines, la politique de l'établissement est tournée non seulement vers le soin hospitalier, mais aussi et surtout au profit d'un bien-être général, tant sur le plan physique que sur le plan mental. C'est dans cette perspective que l'hôpital porte un point d'attention particulier à la médecine préventive et au parcours de santé pour chaque patient. Au sein du personnel hospitalier, un certain nombre de praticiens affichent parmi leurs spécialités la médecine préventive.

L'hôpital compte un "département de développement de la santé". Ce bureau comprend plusieurs spécialités :

- Centre sportif
- Service de nutrition
- Service anti-tabac
- Programme de promotion d'un mode de vie sain

Il existe aussi un service d'information sur l'éducation à la santé qui publie un certain nombre de vidéos concernant la prévention de certaines maladies, les bonnes pratiques de santé et des conseils pour des situations en particulier (comme la grossesse par exemple).

Au-delà de ces services, le Taiwan Adventist Hospital participe activement à plusieurs projets, dont le Programme NEWSTART⁶⁹ (Nutrition, Exercise, Water, Sunlight, Temperance, Air, Rest and Trust in God). Ce programme a été conçu par le Weimar Health Center⁷⁰, basé en Californie, afin de sensibiliser le public à la prévention et au traitement des maladies chroniques et dégénératives, et promouvoir l'utilisation de remèdes naturels. L'hôpital taiwanais est membre de ce programme depuis 1997 et soutient que plus de 4000 patients y ayant déjà participé sont pleinement satisfaits de leur expérience.

Ces recherches ont été complétées par un entretien avec Ming-Nan Lin, praticien à l'hôpital bouddhiste Dalin Tzu Chi, et Professeur en promotion de la santé à l'Université Hualien Tzu Chi. Ming-Nan Lin nous a fait part de la place qu'occupe la promotion dans le raisonnement des médecins taiwanais :

« [...] lorsque vous avez déjà une maladie, comme le diabète, il faut aussi continuer à faire de la prévention. Donc cela relève de la prévention, c'est ce qu'on appelle la médecine préventive. Mais si on agit au niveau de la promotion de la santé, cela permet de renforcer vos capacités à lutter contre la maladie, de renforcer votre organisme lui-même. Donc je pense que la promotion est préférable, mais la prévention reste également importante. »

Dans cette optique, Ming-Nan Lin travaille sur les liens entre l'impact des facteurs environnements et les activités de promotion de la santé. Chargé du Global Green and Healthy Hospitals (GGHH)

⁶⁹NEWSTART Program—Taiwan Adventist Hospital. (s. d.). Consulté 30 mars 2026, à l'adresse <https://www.tahsda.org.tw/en/NEWSTARTProgram.php>

⁷⁰NEWSTART Lifestyle Program | Reclaim Vibrancy in Life. (s. d.). NEWSTART®. Consulté 30 mars 2026, à l'adresse <https://newstart.com/>

Program⁷¹ à l'hôpital Dalin Tzu Chi, il étudie notamment les impacts du changement climatique sur le développement de certaines maladies. À ce sujet, les Taiwanais et Taiwanaises sont particulièrement exposés au virus de la dengue qui se propage de façon endémique du fait des nombreuses vagues de chaleur que connaît l'île. Pour faire face à ce genre de risques et adapter l'hôpital aux futurs enjeux environnementaux, Ming-Nan Lin et ses équipes participent à l'initiative "Race to Zero"⁷² lancée par le programme GGHH. Avec l'idée de réduire l'impact environnemental tout en traitant les patients et en promouvant la santé au sein de la société taiwanaise, les principaux objectifs mis en place ont été la réduction des déchets et de la consommation d'énergie. L'implémentation de nouvelles sources d'énergie et le changement de certaines pratiques ont eu des effets mesurables notables : économie de 6,018,147 kWh d'électricité et baisse de 3,971,977 kg d'émissions de CO2 annuellement. L'hôpital Dalin Tzu Chi est actuellement l'établissement régional de santé qui consomme le moins à Taiwan.

C. L'innovation organisationnelle

Le troisième aspect que nous avons souhaité mettre en avant porte sur l'innovation organisationnelle.

Sur ce point, nous souhaitons mettre en avant une innovation qui a été étudiée par trois enseignants-chercheurs spécialisés en sciences des organisations, Miguel Vega, Miesko Mazur et Martin Quinn⁷³. Cette innovation a été implantée dans un hôpital public espagnol (anonymisé pour des raisons de confidentialité) *via* la méthode dite de l'*employee-driven innovation*. Autrement dit, il s'agit d'un processus organisationnel imaginé et mis en place par les praticiens dans une logique *bottom-up*. En l'espèce, l'innovation a consisté en l'adoption d'une nouvelle procédure de remplacement des prothèses de hanche et d'un parcours de soin pour accompagner le patient dans son parcours de soin. Si cette innovation semble relever simplement de l'expertise technique des chirurgiens au premier abord, l'étude menée par Vega, Mazur et Quinn montre en réalité que bien d'autres aspects organisationnels ont été impliqués dans la mise en place de cette procédure.

De ce cas, nous avons en effet retenu que les aspects liés au management et à la communication des différents services de l'hôpital ont favorisé toutes les phases de l'innovation. Les auteurs retiennent en particulier les aspects suivants :

- Un soutien managérial et institutionnel à l'expertise des praticiens
- Une communication interne efficace : échanges entre les différents départements, un partage d'informations sur l'évaluation des risques du patient
- Une mobilisation d'indicateurs de performance au niveau organisationnel
- Une collaboration externe avec une université (donc un lien avec les Professeurs et chercheurs en médecine et les étudiants)

Des freins à l'innovation ont également été identifiés :

- Ressources limitées en recherche et développement
- Résistance au changement
- Contraintes du système de santé régional

⁷¹Health Care Climate Action. (s. d.). Health Care Climate Action. Consulté 2 mars 2026, à l'adresse https://healthcareclimateaction.org/CLI_DalinTzuChiHospital

⁷² Race to Zero for Health Care. (s. d.). Consulté 2 mars 2026, à l'adresse <https://greenhospitals.org/racetozero>

⁷³ Vega, M., Mazur, M. et Quinn, M. (2024). Successful implementation of employee-driven innovation in a public healthcare organization. *Recherches en Sciences de Gestion*, n° 164(5), 41-64. <https://doi.org/10.3917/resg.164.0041>.

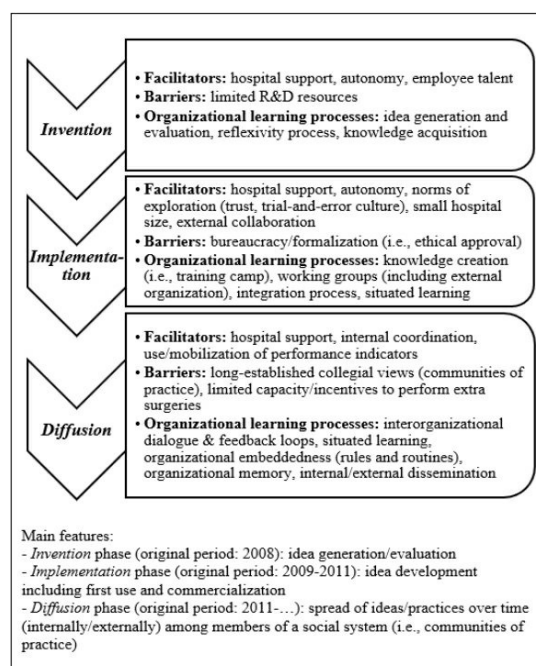


Schéma récapitulatif issu de l'article⁷⁴

III. Lien avec l'extérieur : vers une ouverture du pôle de santé publique

À travers nos recherches et nos entretiens, nous avons remarqué que les hôpitaux étrangers, et en particulier les équivalents de pôle de santé publique, étaient tournés vers une variété d'acteurs extérieurs. En effet, ils n'ont pas une vision « hospitalo-centrée » (répandue en France) mais ils s'inscrivent dans des écosystèmes complexes articulant : hôpitaux, universités, acteurs publics et privés, ainsi que des réseaux internationaux. Ces liens avec les différents acteurs permettent de développer la santé publique au niveau local, territorial et international.

A. Lien avec les universités et la recherche

Dans de nombreux pays étudiés, la santé publique au sein de l'hôpital est attachée à l'université. Ainsi, ce sont les universités qui sont à l'initiative des politiques de santé publique à l'hôpital, en l'absence de pôle dédié.

En Allemagne, l'*Institute of Public Health*⁷⁵ de la Charité à Berlin, s'articule avec la *Berlin School of Public Health*, ce qui permet de combiner recherches en santé populationnelle, formation de futurs professionnels et expertise appliquée à l'hôpital. Le groupe de recherche sur le « changement climatique et la santé » illustre ainsi une santé publique ouverte sur des enjeux transcendant les frontières nationales, dans le cadre de la santé planétaire.

⁷⁴ *ibid*

⁷⁵ *Research : Charité – Universitätsmedizin Berlin*. (s. d.). Berlin School Of Public Health - Charité – Universitätsmedizin Berlin. <https://bsph.charite.de/en/research>

En Autriche, le *Center for Public Health*⁷⁶ de la MedUni Vienna regroupe plusieurs départements : épidémiologie, santé économique, médecine générale, médecine sociale et prévention, santé environnementale. Ainsi, ce centre joue le rôle de référent pour la santé publique au *Vienna General Hospital* (où ne figure pas de pôle de santé publique).

De façon similaire, à Göteborg en Suède, le département de santé publique et de médecine communautaire de la *Sahlgrenska Academy*⁷⁷ fournit des savoirs et des compétences qui nourrissent les politiques de santé de la région et de l'hôpital.

À l'hôpital pédiatrique Sant Joan de Déu à Barcelone, dont on a pu interroger le responsable du service expérience patient, Joan Vinyets, les actions de prévention et d'éducation à la santé sont assurées par une unité spécifique appelée « École de Santé ». Les missions principales de cette école sont : informer les patients et les familles, produire des ressources pédagogiques et éducatives, expliquer les maladies, aider les familles à mieux gérer les pathologies. Ainsi, ces actions relèvent de l'éducation à la santé, une dimension importante de la santé publique.

À travers ces exemples, il apparaît que la santé publique est davantage pensée comme une fonction partagée entre l'hôpital, la faculté de médecine et les autorités territoriales.

B. Liens avec les autorités de santé et les collectivités locales

Dans plusieurs systèmes, souvent fédéraux, comme la Suisse, le Canada ou la Suède, les responsabilités de santé publique sont massivement portées par des autorités régionales ou territoriales. L'hôpital joue un rôle de partenaire scientifique et clinique, qui permet de récolter des données.

En Suisse par exemple, la santé publique est organisée autour de 26 cantons dotés de leurs propres stratégies, collectivités, offices de santé publique et structures de promotion de la santé. Les hôpitaux bénéficient de l'expertise de centres universitaires de médecine générale et de santé publique, comme *Unisanté*⁷⁸ à Lausanne, qui assure la continuité des soins, la prévention et la promotion de la santé au niveau cantonal, en lien avec le *CHUV* et les autorités de santé.

En Allemagne, l'*Institut für Urban Public Health* d'Essen⁷⁹ collabore directement avec la ville sur les questions d'urbanisme et d'aménagement qui influencent la santé des populations (qualité de l'air, espaces verts, cohésion sociale).

À Göteborg en Suède, la gestion de la santé publique repose sur trois acteurs : la région Västra Götaland, qui porte les politiques de santé publique et leur financement ; l'hôpital *Sahlgrenska*⁸⁰, qui fournit les données de santé ; et l'université de médecine qui assure la recherche. Cette collaboration est une forme originale de pôle hospitalo-universitaire et ancré dans un territoire.

Enfin, au Canada, la logique est similaire mais la forme varie, les CISSS et CIUSSS intègrent les soins, les services sociaux et la santé publique avec une responsabilité populationnelle territorialisée. En effet, à Montréal, le CHUM, n'est pas le seul porte-parole de la santé publique et joue plutôt un

⁷⁶ Medical University of Vienna. (s. d.). *Departments and Working Groups | MedUni Vienna*. Medical University Of Vienna. <https://public-health.meduniwien.ac.at/en/our-departments/organisational-structure/>

⁷⁷ *Sahlgrenska Academy*. (2026, 4 mai). *University Of Gothenburg*. <https://www.gu.se/en/sahlgrenska-akademin>

⁷⁸ Rippstein, J. (s. d.). «On ne peut pas investir seulement dans la médecine de pointe». *BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES*.

⁷⁹ Institut für Urban Public Health. (2024, 13 mai). *Home - Institut für Urban Public Health*. Institut Für Urban Public Health. <https://inuph.uk-essen.de/en/>

⁸⁰ *Sahlgrenska Academy*. (2026, 4 mai). *University Of Gothenburg*. <https://www.gu.se/en/sahlgrenska-akademin>

rôle de partenaire scientifique et clinique. Les missions de santé publique sont confiées au CIUSSS du Centre Sud de l'île de Montréal et à sa Direction régionale de la santé publique.

Ces différents modèles montrent qu'une conception élargie de la santé publique, dépassant les murs de l'hôpital et s'inscrivant au sein du territoire, est possible.

C. Liens avec la médecine de ville et le secteur ambulatoire

Les relations entre l'hôpital et les officines de ville ou les structures de soins primaires (maison de santé, centres de santé communautaires, médecins généralistes), apparaissent comme un enjeu récurrent.

En Suisse, *Unisanté*⁸¹, qui est un centre universitaire de médecine générale et de santé publique, joue ce rôle d'interface entre l'hôpital et la médecine de premier recours. En effet, il développe une médecine communautaire et assure la continuité des soins sur le territoire cantonal. L'idée sous-jacente est que l'hôpital intervienne en dernier recours, tandis que la prévention et le suivi des populations sont portés par des structures de soins primaires et territorialisées.

Ce modèle se retrouve, de manière moins évidente, dans d'autres systèmes. En effet, les hôpitaux universitaires canadiens, britanniques ou néerlandais s'appuient sur des réseaux de médecins de famille, de maisons de santé ou de patients pour organiser des parcours de prévention et de prise en charge chronique⁸². Ces collaborations réduisent la pression sur les urgences et améliorent la coordination des soins, tout en renforçant l'efficacité des politiques de santé publique.

D. Liens avec le secteur associatif, les ONG et les acteurs privés

Les acteurs associatifs, les ONG et les acteurs privés, comme les assurances, jouent un rôle croissant dans la prévention et la promotion de la santé, notamment en Suisse, aux Pays-Bas et en Espagne.

En Suisse, la promotion de la santé associe souvent des acteurs institutionnels (État, cantons) et non étatiques (associations, ONG, assureurs de santé) pour concevoir des campagnes de prévention et de promotion de la santé. Par exemple, en matière de consommation, d'alimentation ou d'activité physique.

Aux Pays-Bas, les Centres médicaux universitaires (UMC) s'appuient sur de nombreux partenaires pour conduire leurs projets de recherche et d'innovation. C'est le cas de celui de Leyde⁸³, avec le projet National eHealth Living Lab (NeLL)⁸⁴ qui fédère une multiplicité d'acteurs publics et privés autour de la santé numérique. Cela illustre la manière dont l'hôpital peut servir de catalyseur pour des partenariats intersectoriels.

⁸¹ Administrator, & Administrator. (2024, 14 juillet). Unisanté, l'alliance face aux défis de la santé publique - ERL - Economie Région Lausanne. *ERL - Economie Région Lausanne - Promotion économique dans la région lausannoise*. <https://www.economie-region-lausanne.ch/unisante-lalliance-face-aux-defis-de-la-sante-publique/>

⁸² Hausteijn, T., Gastmeier, P., Holmes, A., Lucet, J. C., Shannon, R. P., Pittet, D., & Harbarth, S. (2011). Use of benchmarking and public reporting for infection control in four high-income countries. *The Lancet. Infectious diseases*, 11(6), 471–481. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70315-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70315-7)

⁸³ *Afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde | LUMC*. (s. d.). <https://www.lumc.nl/afdelingen/public-health-en-eerstelijns-geneeskunde/>

⁸⁴ *National eHealth Living Lab | Welkom bij NeLL*. (s. d.). NeLL. <https://nell.eu/over-nell>

À travers un entretien avec Joan Vinyets, responsable de l'expérience patient à l'hôpital pédiatrique Sant Joan de Déu de Barcelone, nous avons pu identifier un lien fort entre l'hôpital et le secteur associatif. En effet, le service « expérience patient » ne travaille pas directement sur la santé publique au sens classique, mais contribue indirectement à ces objectifs. Dans le domaine des maladies rares, l'hôpital et des associations de patients coconstruisent des supports pédagogiques et des parcours de soins adaptés. Cela renforce l'appropriation des outils de prévention par les usagers.

Enfin à Taiwan, l'hôpital Adventiste de Taipei⁸⁵, établissement privé à but non lucratif, montre une forme de lien avec le territoire. En effet, son département de développement de la santé coordonne des programmes de promotion du bien-être en lien étroit avec la communauté locale, dans une logique de médecine préventive portée par les valeurs de l'établissement.

E. Liens internationaux et réseaux de santé publique

Enfin, plusieurs pôles ou structures équivalentes s'inscrivent dans des réseaux professionnels et de recherche à l'échelle internationale. Le réseau *Health Promoting Hospitals*, dont les HCL sont membres et dont nous avons pu interroger plusieurs membres, en est l'illustration. En effet, ce réseau forme une coopération transnationale autour de la promotion de la santé à l'hôpital, en partageant standards, expériences et bonnes pratiques.

La Charité de Berlin, premier hôpital universitaire d'Europe, rayonne internationalement par ses publications et ses partenariats de recherche, notamment sur « le changement climatique et la santé »⁸⁶, s'inscrivant dans le cadre de la «santé planétaire⁸⁷», une approche globale qui dépasse les frontières nationales.

Un autre exemple, les Pays-Bas avec le *Rotterdam Study*, menée au sein du *Centre médical Erasmus*, produit des résultats avec un impact direct sur les politiques de santé publique nationales et internationales en matière de prévention du vieillissement.

Ainsi, ce benchmark international montre que les hôpitaux les plus avancés en santé publique ne sont pas ceux qui disposent uniquement d'un pôle, mais ceux qui tissent des liens complexes et structurés avec les universités, les autorités de santé, les collectivités, les officines de ville, les acteurs associatifs et privés ainsi qu'avec des réseaux internationaux. Notre troisième partie s'attachera donc à formuler des recommandations visant à aligner le pôle de santé publique des HCL avec cette logique de santé publique « hors les murs », profondément ancrée dans le territoire et connectée à l'international.

⁸⁵ 基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院 Taiwan Adventist Hospital. (s. d.). <https://www.tahsda.org.tw/m/About.php#section1>

⁸⁶ *Climate Change and Health : Charité – Universitätsmedizin Berlin*. (s. d.). Institut Für Public Health - Charité – Universitätsmedizin Berlin. https://iph.charite.de/en/research/climate_change_and_health

⁸⁷ Ainsi définie comme un prolongement de la santé publique et globale intégrant les systèmes naturels de la planète

PARTIE 3 : PLAN D'ACTION PARTAGÉ

Cette troisième partie est consacrée au plan d'action partagé. Celui-ci découle des constats effectués aux HCL et de l'enquête de benchmark réalisée en France et à l'étranger. Ce plan d'action partagé et ses recommandations visent à répondre aux aspirations du Projet Stratégique 2035 du CHU.

Chapitre 1 : Le Pôle de Santé Publique : moteur dans la réussite de projets au sein des HCL ?

Dans ce chapitre nous allons essayer de répondre à deux des questions que nous avons formulées au début de notre travail de recherche : *Comment le PSP peut-il mobiliser et sensibiliser plus efficacement les différents acteurs pour mener des projets de prévention ? Et comment le PSP peut-il capitaliser sur les réussites des projets menés par différents acteurs au sein des HCL ?*

Au sein des Hospices Civils de Lyon, la prévention constitue un axe stratégique affirmé, notamment à travers le programme de transformation « Prévoir autant que soigner » du Projet stratégique 2035. On peut observer une organisation institutionnelle fragmentée à ce sujet avec la Direction de la prévention qui est positionnée en dehors du PSP, qui concentre pourtant les compétences opérationnelles et l'expertise de terrain.

Ainsi, voici les mots de la Directrice de la prévention à ce sujet :

« Il y a un élément dans la structuration qui n'est pas forcément évident, c'est qu'on est tous les deux dans deux services différents, donc deux pôles. [...] Aujourd'hui, on n'a pas déterminé, où notre collaboration s'établit. »

À cette fragmentation organisationnelle s'ajoute l'absence de financement dédié à la prévention. Les activités préventives reposent aujourd'hui quasi exclusivement sur des appels à projets, ce qui les rend dépendantes et discontinues. Le système de tarification à l'activité (T2A), en valorisant principalement les actes curatifs, ne laisse pas de place au financement de la prévention.

Le benchmark international éclaire et relativise ce constat. Dans l'ensemble des pays étudiés (Allemagne, Suède, Autriche, Pays-Bas, Suisse, Canada, Royaume-Uni) la prévention n'est pas portée par les hôpitaux, ni financée à leur niveau. Elle est assumée par des acteurs régionaux ou locaux : collectivités territoriales, agences de santé, universités ou cantons.

À Göteborg, la gestion de la santé publique repose sur une coordination entre la région Västra Götaland qui porte les politiques et leur financement, l'hôpital Sahlgrenska qui fournit les données de santé, et l'université qui assure la recherche. En Suisse, les cantons portent leurs propres stratégies, financements et programmes de prévention, tandis que les hôpitaux jouent un rôle de partenaire clinique et scientifique. Ce n'est donc pas une défaillance propre aux HCL, c'est plutôt une réalité systémique qui appelle une réponse politique forte.

Néanmoins il existe des exemples en France qui ouvrent des perspectives. Le CHU de Bordeaux bénéficie d'un financement socle de l'ARS pour son service de prévention, rendu possible par une volonté politique forte et un soutien institutionnel structuré.

Comme l'indique un représentant du CHU de Bordeaux : « il y a vraiment une gouvernance, une volonté politique forte et une ARS qui soutient, et donc ça c'est des ingrédients clés importants ».

Les enjeux de politique d'établissement et de financement sont indissociables et appellent une réponse unifiée. Le PSP est l'acteur naturel et légitime pour porter cette politique à l'échelle des HCL : il en a les compétences opérationnelles, l'expertise de terrain et la légitimité. Il faudrait en ce sens que la direction générale lui en donne les moyens et le rôle. Si plusieurs leviers de financement existent, il n'y a pas de modèle universel de financement de la prévention à l'hôpital, comme l'illustrent les exemples de modèles de santé publique internationaux.

A propos de la politique d'établissement, ce dernier pourrait formaliser une feuille de route commune, coconstruite entre le PSP et la Direction de la prévention, définissant des objectifs clairs, des priorités partagées et une répartition des rôles. Cette feuille de route devrait logiquement se juxtaposer aux orientations de la stratégie prévention des HCL.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'inscrire plus explicitement les activités du pôle de santé publique dans les orientations financières définies à l'échelle de l'établissement. Cette recommandation s'adresse prioritairement à la Direction générale des Hospices Civils de Lyon, qui participe à la définition et à l'allocation des ressources. Si certaines activités du pôle, notamment en matière de recherche, bénéficient de sources de financement identifiées, les actions de prévention apparaissent plus difficilement finançables et nécessitent une attention particulière. Il pourrait ainsi être envisagé de définir une enveloppe financière dédiée vers ces activités, en fonction des priorités de santé publique définies à l'échelle de l'établissement et du territoire. Une telle orientation suppose l'affirmation d'une volonté politique forte en faveur du développement des actions menées en amont des parcours de soins, avec l'appui des autorités de tutelle. À terme, le renforcement des actions de prévention pourrait contribuer à une meilleure anticipation des besoins de santé et à la réduction de leur poids.

Au-delà de l'orientation des financements vers la prévention, un second levier consiste à mieux capitaliser sur les projets déjà menés au sein des différents services. Les constats montrent que de nombreuses actions de prévention existent, mais qu'elles restent peu visibles et insuffisamment coordonnées, ce qui limite leur reconnaissance institutionnelle et leur potentiel de financement. L'absence de communication structurée entre les services et avec les directions contribue également à une faible valorisation des résultats obtenus.

Dans cette perspective, il apparaît pertinent de renforcer les dispositifs de communication interne et externe autour des projets de prévention, afin d'améliorer leur visibilité et de faciliter le partage d'expériences réussies. Une meilleure diffusion des résultats et des bonnes pratiques permettrait non seulement de renforcer la cohérence des actions menées au sein du pôle et dans les services cliniques, mais aussi de soutenir leur légitimité auprès des instances décisionnelles susceptibles d'orienter les financements. La valorisation des réussites, notamment via des outils de communication adaptés (communication interne, supports institutionnels ou réseaux sociaux), pourrait ainsi constituer un levier indirect mais structurant pour consolider le financement des activités de prévention.

I. Communication opérationnelle du PSP

Comme identifiée précédemment, l'insuffisante communication reste un des freins majeurs du pôle. Ce dysfonctionnement se manifeste par une fragmentation des informations ou encore un manque d'échange entre les services. À titre d'exemple, dans d'autres CHU français comme celui de Grenoble, des réunions régulières entre services du pôle de Santé Publique sont mises en place avec succès pour fluidifier les relations, favoriser les synergies et accélérer la prise de décisions collectives.

À la question « Comment fonctionne la communication interne du pôle ? », le Directeur Général référent de la Santé Publique de Grenoble a répondu :

« On a des instances très régulières, à la fois de bureaux restreints, de bureaux de pôle et des bureaux restreints pour préparer ces bureaux de pôle. On y valorise justement les projets qui se sont développés ou des rapports d'activités. »

Le pôle de santé publique pourrait instaurer un système de réunions annuelles, voire semestrielles, interpoles, inspirées du modèle de Grenoble.

Le pôle de Santé Publique des HCL apparaît comme une structure assez hétérogène marquée par un mélange de service très différents et d'un manque de lisibilité. Ce spectre d'activités rend la cohésion interne difficile avec la complexité de fédérer les équipes autour des mêmes enjeux transversaux. De plus, certains services n'entretiennent étonnamment peu voire aucun lien entre eux. Pour les professionnels interrogés, les grands enjeux actuels du pôle s'articulent autour de 3 axes : la transversalité, la communication et les alignements thématiques.

Durant nos entretiens avec des professionnels du PSP des HCL, nous avons posé la question des liens entre services au sein du PSP. Voici une réponse d'une praticienne dans le service 3P :

« Le service 3P a peu de liens avec les vigilances qui font pourtant parties du PSP. »

Il serait pourtant intéressant de construire une relation entre ces deux services, les vigilances produisent des données précieuses sur les risques et les événements indésirables tandis que le service 3P développe des actions de prévention et de promotion de la santé. Une collaboration permettrait de transformer ces données en actions concrètes de prévention et donc d'améliorer la sécurité des patients. Étudier les liens possibles entre les services du PSP pourrait améliorer la cohésion globale du pôle et pourrait permettre la création de nouveaux projets au sein de ce dernier.

II. Communication institutionnelle du PSP

Grâce aux exemples nationaux, étrangers et aux observations que nous avons pu faire lors de l'Assemblée Générale, il nous est apparu important de promouvoir la Santé Publique de manière plus concrète, en dehors des services du PSP. La possibilité d'organiser une fois par an un forum de Santé Publique d'une semaine avec des ateliers de sensibilisation interactifs et des conférences sur des sujets divers qui pourrait être ouvert aux patients, professionnels de santé de tous les HCL mais également aux parties prenantes du territoire représenterait une occasion de sensibiliser familles, classes (élémentaires, collèges, lycées) et donc de sensibiliser les populations au plus tôt.

Au cours de la constitution de notre benchmark, nous avons étudié l'exemple du Forum de la Santé à Kiel et Lübeck en Allemagne.

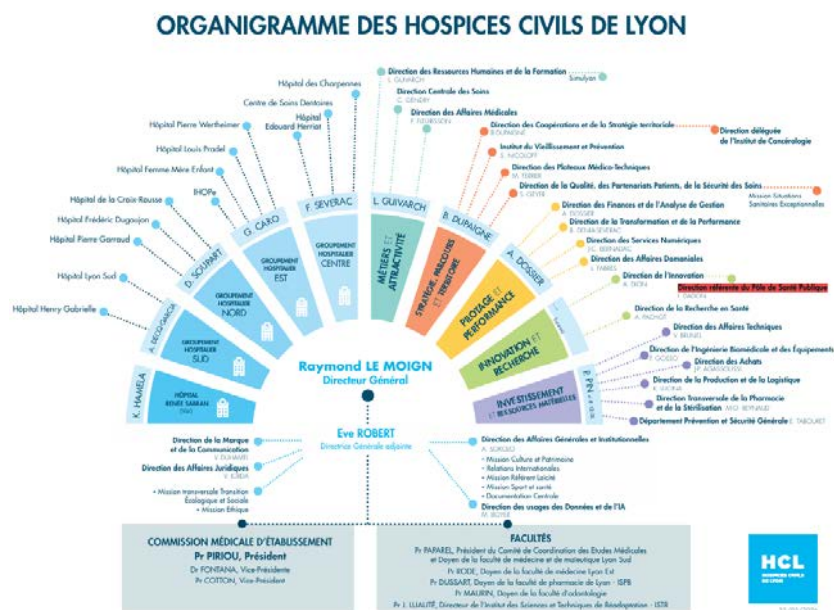
Au sein de cet hôpital des conférences de lutte contre les addictions sont organisées lors de ce Forum, « *Pourquoi je fume, pourquoi j'ai arrêté ?* » mais également sur l'importance de l'alimentation et des activités sportives « *Une alimentation saine* ».

Pour compléter les animations du PSP, la possibilité d'organiser des actions de prévention à l'extérieur de l'enceinte hospitalière sous forme d'intervention en lien avec des acteurs locaux (maires, écoles...) se révèle intéressante.

Le CPTS Croix Rousse Presqu'île s'engage tous les ans à organiser une journée de prévention et de sensibilisation visant à promouvoir une culture de la santé publique. Sont abordés lors de cette occasion des thématiques telles que la santé sexuelle, le dépistage des cancers et l'accompagnement des personnes âgées.

Il existe actuellement le SSES (Service Sanitaire des Étudiants en Santé) pour les étudiants en santé qui doivent réaliser une à deux interventions lors de leur stage hospitalo-universitaire. Ces étudiants pourraient mener des actions supplémentaires durant leur stage, ce qui permettrait de renforcer cette dynamique "hors les murs". Et un travail plus régulier avec les autres universités (sociologie, économie, anthropologie etc) ou écoles (IDE, cadres, sages femmes etc.) pourrait soutenir cette démarche et donner également aux étudiants impliqués des notions de santé publique dès leur formation initiale, un moyen de préparer l'insertion de ces démarches au cœur des métiers de demain.

Ce deuxième chapitre vise à répondre aux deux questions suivantes : *Comment le PSP peut-il se positionner pour faciliter l'acceptabilité des différents projets liés à son domaine de compétence au sein des services de soins ? Au regard des dynamiques de réorganisation, le PSP aura-t-il une responsabilité à prendre sur l'innovation organisationnelle des soins au sein des HCL ?*



Organigramme actuel des HCL (avec le PSP surligné en rouge)⁸⁸

I. Constats et analyses

Le Pôle de Santé Publique occupe une place à part au sein de l'hôpital, au vu de son activité transversale et de son ambition à être un pôle connecté au reste du CHU. Cette vision est confirmée à travers le discours du Directeur Général Monsieur Le Moign⁸⁹, qui décrit le pôle comme singulier, « *au cœur de l'interrogation sur les enjeux de transformation du système de santé et du système hospitalier, et donc du CHU* ». Ce positionnement attendu du Pôle de Santé Publique est renforcé avec le Projet Stratégique, un de ses programmes de transformation étant « Prévenir autant que soigner ». Lors de l'Assemblée Générale du Pôle du 3 février 2026, le Directeur Général a ainsi souligné que le Pôle de Santé Publique devait s'emparer du Projet Stratégique 2035 afin d'être au cœur de la réflexion stratégique sur le modèle de soin et de la stratégie des HCL.

Toutefois, on peut considérer qu'il y a une forme de contradiction entre cette ambition, ce discours et le positionnement du pôle de Santé Publique dans l'organigramme de l'hôpital, ce dernier étant rattaché à la Direction de l'« Innovation », elle-même rattachée au Pôle de Direction « Innovation et Recherche ». Le PSP ne dispose donc ni d'un positionnement transversal, ni d'un positionnement clair avec le reste de l'hôpital. C'est notamment le cas pour les activités de recherche par exemple.

⁸⁸ Organigramme et directions | #TeamHCL - Hospices Civils de Lyon. (s. d.). disponible à l'adresse <https://teamhcl.chu-lyon.fr/organigramme-et-directions>

⁸⁹ Entretien réalisé avec le Directeur Général des HCL, Mr Le Moign

Ainsi, la Direction de la Recherche constate une difficulté à déterminer le périmètre d'action du PSP, et une difficulté à comprendre la présence d'un service d'appui à la recherche au sein du PSP alors qu'il existe une direction de la recherche spécifique. Cela se ressent également au sein de l'Axe Recherche du PSP, qui témoigne d'un manque de clarté dans l'organisation et d'un risque, au regard du positionnement du pôle, d'un manque de transversalité. Ce constat est partagé par la Direction de l'Innovation qui considère que le PSP a théoriquement une place particulière mais qu'il ne dispose pas de la visibilité nécessaire aujourd'hui pour l'occuper. Enfin, la médecine du travail souligne le besoin de plus de clarté sur le positionnement du pôle pour assurer son rayonnement au sein de l'hôpital.

On peut donc considérer que l'ambition de transversalité du pôle n'est aujourd'hui pas opérante, en partie du fait de son positionnement au sein de l'hôpital. Il ressort en effet de nos entretiens que le pôle est une ressource essentielle, notamment pour la réussite du projet stratégique, mais qu'elle n'est pas encore exploitée comme elle pourrait l'être au sein de l'hôpital.

II. Préconisations

Nous envisageons différents scénarios possibles pour répondre à cet enjeu organisationnel de manque de transversalité et de clarté hiérarchique du PSP.

Nous nous devons tout d'abord d'évoquer un scénario que nous avons choisi de ne pas retenir comme une proposition, à savoir : la répartition des différents services du pôle dans d'autres directions, conduisant de fait à la suppression du PSP. Ce scénario n'apparaît pas comme une solution dans un contexte où les activités de santé publique sont amenées à prendre de plus en plus de place au sein de l'hôpital, comme en témoigne l'instauration des OSP, « objectifs de santé publique », visant à compléter le financement à l'activité en rémunérant les activités de santé publique et tout ce que nous avons décrit au chapitre 1 sur le contexte relatif au rôle des CHU et au nécessaire développement de ces démarches de santé publique.

Ces activités de santé publique pourraient à terme compenser la baisse de rémunération des hôpitaux liée à la baisse constante des hospitalisations complètes, les plus rémunératrices pour l'hôpital à ce jour. De plus, les entretiens que nous avons eu l'occasion de mener avec des hôpitaux n'ayant pas de pôle de Santé Publique, comme à Angoulême par exemple⁹⁰, soulignent que l'existence d'un PSP est une ressource précieuse afin de mettre en place une réelle stratégie de santé publique.

Il ne nous paraît donc pas pertinent de supprimer le PSP, ce qui créerait une perte de visibilité pour la santé publique aux HCL au moment où la place de celle-ci est amenée à devenir de plus en plus importante dans le système de santé dans et hors les murs de l'hôpital.

Toutefois nous proposons trois scénarios afin de donner plus de visibilité à la santé publique en tant que pôle à travers l'organigramme et lui permettre ainsi d'assurer son activité transversale.

⁹⁰ Cf. Entretien CH Angoulême

A. Premier scénario : rattacher le PSP à la Direction Générale, en créant un sixième Pôle de Direction consacré à la Santé Publique

Dans un souci de visibilité et d'efficacité liées à la nature transversale du PSP, nous proposons un premier scénario ambitieux : rattacher le Pôle de Santé Publique des HCL à la Direction Générale. En effet, et comme observé dans différents CHU⁹¹, placer le Pôle de Santé Publique sous la responsabilité directe de la Direction Générale permet d'obtenir une visibilité accrue de celui-ci auprès de tous les services du CHU. Tout comme cette position permet la reconnaissance des missions centrales réalisées par le PSP au sein de l'hôpital. Concrètement, cela permettrait de placer le Pôle de Santé Publique au même niveau que les cinq grands pôles de direction rattachés directement à la Direction Générale actuellement, soit les pôles « Investissement et Ressources Matérielles », « Innovation et Recherche », « Pilotage et Performance », « Stratégie, Parcours et Territoires », et « Métiers et Attractivité ».

Dans le cadre du Projet stratégique 2035, plusieurs professionnels du PSP ainsi que le Directeur Général des HCL ont insisté sur l'importance de mobiliser l'expertise, l'appui méthodologique et organisationnel du pôle pour répondre à chaque grand enjeu de ce projet. Il nous semble donc intéressant de rendre visible ce pôle à travers l'organigramme, car cela pourra s'inscrire dans la dynamique actuelle de réflexion sur le positionnement stratégique des HCL. Par ailleurs, cela permettrait de répondre à la demande du Directeur Général des HCL, qui est d'avoir une offre de services avant tout dirigés vers l'hôpital, au service de « *l'apprentissage interne du CHU* »⁹². Cela peut passer par placer le PSP de manière plus centrale au sein de l'organigramme, de manière à augmenter son périmètre et diriger le sens de son action avant tout dans l'hôpital.

Cela permettrait également d'unifier certaines activités de santé publique comme la prévention en intégrant la direction de la Prévention à ce nouveau pôle de direction consacré à la Santé Publique⁹³.

Durant un entretien avec un professionnel de la Direction « innovation et recherche », nous avons échangé à propos de la place du PSP dans le Projet Stratégique 2035, sa réponse nous a permis d'explorer la potentialité d'une visibilité accrue :

« En tout cas, par définition, tous les services du pôle doivent se réinterroger. Chaque service des HCL va devoir refaire son projet de service à l'aune du projet stratégique en disant : comment je contribue aux dix programmes stratégiques et comment je me transforme, comment j'évolue pour contribuer à la transformation de l'établissement ? Donc, le pôle santé publique est concerné de façon extrêmement directe par je ne sais pas combien de programmes. Le programme prévention, le programme données IA et toute la stratégie de recherche et d'innovation. Donc là, il va falloir faire des propositions. »

Cette proposition se fonde évidemment sur notre enquête et les entretiens que nous avons eu l'occasion d'avoir, qui illustrent, voire revendiquent, la nécessité d'un rattachement des activités de santé publique à la Direction Générale⁹⁴. Une décision stratégique qui a porté ses fruits, notamment à Poitiers en affirmant l'ambition en termes de santé publique du CHU. Cette ambition s'est traduite par la création de la maison « La Villa Santé », projet innovant en santé publique.

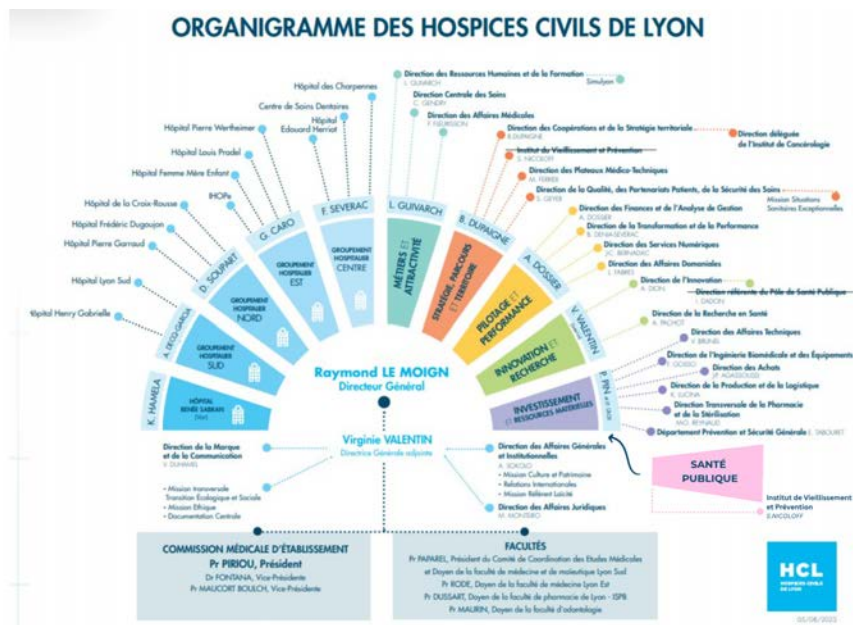
⁹¹ Cf. Annexe 1 : Organigrammes des CHU en France et à l'international

⁹² Entretien réalisé avec le Directeur Général des HCL, Mr Le Moign

⁹³ Cf. nouvel organigramme proposé au regard du scénario 1

⁹⁴ Cf. benchmark : La place des activités de santé publique au sein de la gouvernance des hôpitaux

Ce premier scénario est le plus ambitieux dans l'affirmation du rôle transversal du PSP aux HCL. Toutefois ce rattachement n'est peut-être pas le plus évident en ce qu'il constituerait une réelle innovation organisationnelle aux HCL, d'où la proposition de notre deuxième scénario.



Source : Groupe PF8, sur la base d'un organigramme HCL

B. Deuxième scénario : créer une Direction de Santé Publique qui fusionnerait avec celle de la Prévention dans le Pôle de Direction « Stratégie, Parcours et Territoire »

Dans un second scénario, nous proposons la création d'une Direction de la Santé Publique. En effet, comme appuyé dans la partie constat et analyses, la position du PSP dans l'organigramme dépend de la Direction de l'Innovation rattachée au pôle « Innovation et Recherche ». Néanmoins, la recherche et l'innovation entrent dans les champs de compétences qui englobent la notion santé publique, pourtant, celle-ci est bien plus large. C'est pourquoi, il nous semble cohérent, au regard de la définition de ce qu'est la santé publique et de l'importance de visibilité du pôle, d'obtenir une Direction de la Santé Publique.

A travers nos entretiens avec différents acteur.ices du PSP, nous avons discuté de la part d'histoire dans l'organisation du PSP tel qu'il l'est actuellement. Cependant, l'enjeu de lisibilité du périmètre d'action du PSP ne semble pas clair en interne comme en externe au pôle. Ainsi, au sein de l'organigramme des HCL, le PSP est le seul pôle rattaché à une direction spécifique, lui donnant son aspect particulier mais l'isolant également dans son positionnement. Son rattachement au pôle « Innovation et Recherche » réduit, en termes de communication, les missions du PSP.

Une réflexion amenée par une professionnelle en lien avec le Pôle de Santé Publique des HCL nous a permis de questionner cette lisibilité des services du PSP :

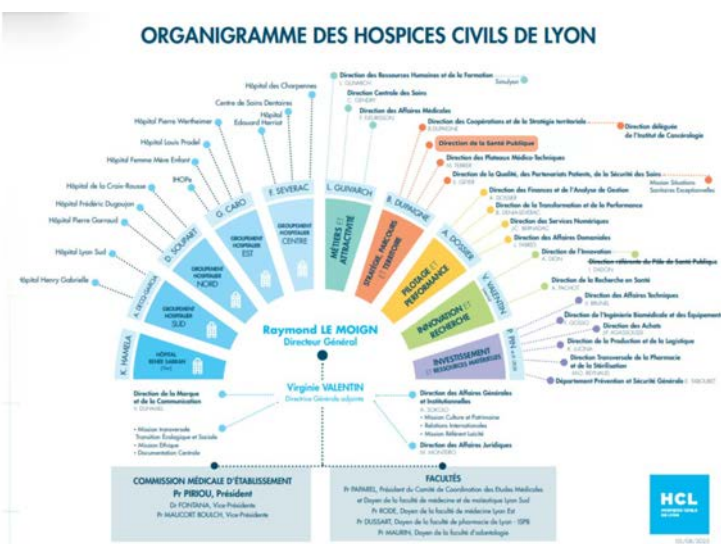
« Après, au pôle santé publique, c'est comme, enfin, il faut le dire, c'est un des pôles qui posent problèmes. C'est un pôle qui n'est pas du tout lisible. En interne, c'est compliqué. En externe, c'est incompréhensible. C'est un pôle qui a été issu de la fusion de deux pôles ennemis. »

C'est ainsi que, dans la lignée des ajustements pour la réalisation du Projet stratégique, revoir la position du PSP semble pertinent pour donner un repère précis de la position de la santé publique au sein de la structure hospitalière.

Or nous avons observé lors de notre enquête que c'est sous la forme d'une Direction de la Santé Publique que les activités de santé publique ont été généralement valorisées⁹⁵.

C'est pourquoi, dans une optique de lisibilité, de cohérence et de mise en avant des missions transversales, nous proposons une Direction de la Santé Publique, qui s'intégrerait dans le pôle de Direction Stratégie, Parcours et Territoire⁹⁶ en fusionnant avec la Direction de la Prévention. Cela permettrait ainsi de rattacher les activités de santé publique à un pôle de direction qui correspond plus à la définition de la santé publique, définition plus large que la recherche et l'innovation. De plus, d'un point de vue fonctionnel, les liens entre les acteurs du PSP et la Stratégie pourraient être facilités, liens importants à ce jour. En prenant notamment exemple sur les coopérations entre les activités de stratégie du PSP dans les questions de traitements « Lag et données » (approche populationnelle, relation patient), les missions avec la direction qualité et les questions relatives aux financements (pour le DIM).

Ce second scénario, même si moins ambitieux que le premier dans l'affirmation des activités de Santé Publique aux HCL, permettrait toutefois de clarifier la position du pôle de Santé Publique dans l'organigramme et donc ses relations avec les autres services.



Source : Groupe PF8, sur la base d'un organigramme HCL

⁹⁵ Cf. benchmark : La place des activités de santé publique au sein de la gouvernance des hôpitaux

⁹⁶ Cf. nouvel organigramme proposé au regard du scénario 2

C. Troisième scénario : l'instauration de missions ou de postes d'animateurs en Santé Publique dépendant du pôle dans chaque groupement hospitalier

Ce troisième scénario, plus original, est directement inspiré de l'entretien que nous avons eu l'occasion de réaliser avec les animateurs en Santé Publique de l'hôpital d'Angoulême. Ces derniers apportent un appui méthodologique aux praticiens des hôpitaux du GHT de Charente. Ils sont ainsi rattachés à la direction générale du GHT et également à celle de l'hôpital, afin d'assurer une transversalité de la santé publique au sein des hôpitaux qu'ils couvrent et notamment du CH d'Angoulême⁹⁷. Ces derniers considèrent que c'est un modèle intéressant pour son aspect transversal mais qu'ils font face dans leur cas à leur faible nombre, ainsi qu'au manque de services dédiés au sein de ces hôpitaux comme un pôle de Santé Publique qu'ils considèrent comme une ressource formidable.

Cette pratique innovante d'animateurs en Santé Publique a pour but de mettre en lumière la définition de la santé publique portée par l'OMS et posée en 1952 : ayant pour objectif de tenir compte de « (...)l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ses aspects : curatif, préventif, éducatif et social (...) »⁹⁸.

On pourrait ainsi s'inspirer de ce modèle pour le PSP des HCL, afin de renforcer son aspect transversal au sein de l'hôpital sans bouleverser l'organigramme existant. Des animateurs en Santé Publique pourraient être rattachés au PSP et assurer ainsi sa présence au sein de l'hôpital, avec un animateur par groupement par exemple, permettant de faire le lien entre le PSP et le reste de l'hôpital, et d'apporter un soutien méthodologique et en termes de communication aux praticiens.

On peut envisager différents niveaux d'ambition pour cette préconisation. On peut tout d'abord envisager la création de missions d'animateurs en Santé Publique. Ces missions pourraient être effectuées par des étudiants en Santé Publique à l'occasion de stages par exemple. Une idée qui s'inscrirait dans les missions historiques d'un centre hospitalier universitaire, en renforçant ses liens avec les facultés de médecine, pharmacie, en sciences humaines et sociales ainsi qu'en santé publique de la métropole lyonnaise. Cette proposition s'inscrit dans la lignée du Programme de transformation : « Développer le territoire universitaire de santé ». Cela fait également écho à la partie de notre benchmark consacrée à l'international, la santé publique étant avant tout opérationnalisée à travers les étudiants⁹⁹. On peut également pousser la logique plus loin en créant non pas seulement des missions mais de réels postes d'animateurs en Santé Publique, professionnalisant de fait la fonction. Ou encore en positionnant des animateurs de Santé Publique sur l'ensemble du GHT.

III. Conclusion

Le PSP représente une ressource importante pour les HCL en tant que pôle transversal. Toutefois cette transversalité semble difficile à exercer au vu de l'organisation actuelle en étant rattaché à une direction dans un pôle recherche et innovation qui restreint la visibilité de ses expertises. Cela apparaît

⁹⁷ Présentation des missions des animateurs en santé publique pour le GHT de Charente :

Inrage. (2025, 19 mars). *Laura Isidoro et Guillaume Queneau : Animateurs en santé publique ? Un métier de lien et d'avenir !* Acteurs Actions Santé Environnement Nouvelle-Aquitaine. <https://santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/publications/risques-chimiques/animateur-en-sante-publique-un-metier-de-lien-et-davenir/>

⁹⁸ Définition de la santé publique par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1952. Définition complète : "La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus. La santé publique est aujourd'hui une discipline autonome qui s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects : curatif, préventif, éducatif et social. La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique."

⁹⁹ Cf. benchmark international

comme peu compatible avec la volonté exprimée par le Directeur Général de placer le PSP au cœur de la stratégie et des réflexions sur le positionnement du CHU. Le projet stratégique apparaît donc comme le moment adéquat pour replacer le PSP de manière plus centrale dans l'organigramme des HCL, lui permettant d'exercer pleinement son rôle au service des HCL, dans la lignée de ce qu'ont fait d'autres hôpitaux en France.

Chapitre 3 – Réflexions sur un repositionnement des HCL

Dans ce chapitre, nous allons essayer de répondre, à travers des préconisations, à la question : *Comment le PSP peut-il contribuer aux réflexions en cours sur un éventuel repositionnement des HCL en tant que CHU ?*

I. Sur le territoire

Les Hospices Civils de Lyon, deuxième plus grand CHU de France, occupent une place importante sur le territoire. Toutefois, il semble que le modèle actuel des CHU soit peu à peu remis en question. En ce sens, le Rapport de la Cour des comptes de 2018, sur « le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé »¹⁰⁰, révèle que les CHU ne sont plus que des hôpitaux de taille importantes mais sans spécificité particulière, face à d'autres établissements de soins publics ou même privés. Ainsi, « *le modèle des CHU apparaît lui-même en voie d'essoufflement, tant pour ce qui est des conditions de financement des établissements, que de leur pilotage stratégique* ». Dans la lignée de ce constat, le Plan stratégique 2035 des HCL vise à insuffler une vision nouvelle du rôle d'un hôpital de grande envergure dans son environnement.

Du point de vue de l'ancrage territorial des HCL, ils sont l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Val Rhône Centre. Ce GHT réunit dix établissements de santé et couvre environ deux millions d'habitants sur trois départements¹⁰¹. Le GHT dispose d'un projet médical partagé, qui permet, entre autres, de prendre en charge plus facilement le patient sur le territoire et de « *garantir l'égal accès de tous à des soins sécurisés et de qualité* ». En ce sens, nous avons observé un début de réflexion de la part du GHT au niveau de la santé publique. La plaquette de présentation du Groupement évoque en effet les enjeux de santé publique qui sont à développer entre les CHU. Toutefois, ces derniers ne sont pas détaillés. On peut dès lors émettre l'hypothèse qu'un développement leur sera consacré dans le futur « projet médical partagé », feuille de route du GHT qui devrait être définie et publiée courant 2026.

Par ailleurs, le Groupement de coopération sanitaire (GCS) HOURAA, réunit les CHU de Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint Étienne. Le GCS a pour mission de développer la coopération entre les quatre CHU afin de mettre en œuvre des actions spécifiques communes dans le domaine de la recherche, de l'enseignement et des soins¹⁰². Pour ce faire, une feuille de route a été définie pour la période 2025-2028, et comprend des projets structurants en ce qui concerne la numérisation, le traitement des données de santé ou encore la recherche de thérapies innovantes.

Toutefois, au regard de nos échanges avec un **représentant du GCS**, il apparaît que les sujets liés aux enjeux de santé publique ne sont pas au cœur des ambitions de cette coopération inter-CHU. Parmi les raisons pouvant expliquer cette absence, le représentant du GCS a notamment pointé l'enjeu culturel de la part des personnels soignants.

¹⁰⁰ Cour des comptes. (2018). *Le rôle des CHU dans l'offre de soins. Exercices 2011 à 2017*. Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr>

¹⁰¹ Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Val Rhône Centre | #TeamHCL - Hospices Civils de Lyon. (s. d.). Consulté 2 avril 2026, à l'adresse <https://teamhcl.chu-lyon.fr/groupement-hospitalier-de-territoire-ght-val-rhone-centre>

¹⁰² Groupement de coopération sanitaire HOURAA (GCS HOURAA) | #TeamHCL - Hospices Civils de Lyon. (s. d.). Consulté 2 mars 2026, à l'adresse <https://teamhcl.chu-lyon.fr/groupement-de-cooperation-sanitaire-houraa-gcs-houraa>

Au sujet de la prévention par exemple, du fait du manque d'autonomie des paramédicaux, le parcours hospitalier d'un patient va se cantonner à la prise en charge d'une pathologie sans nécessairement s'attarder sur le mode de vie du patient qui peut avoir un impact sur sa santé globale.

« L'autonomie et les marges de manœuvre sont très faiblement revendiquées. Et quand elles sont possibles, on ne s'en saisit pas beaucoup. [...] je pense que c'est vraiment sur le champ de la prévention, qui serait vraiment pleinement le rôle autonome des paramédicaux. [...] Pour faire de la prévention, oui on a besoin de médecins dans certains cas de figure, mais dans pleins de situations, on n'a pas besoin de médecins¹⁰³. »

Faisant suite à ce constat, un décret en date du 2026 a été adopté par le Premier ministre¹⁰⁴. Il reconnaît, entre autres, une part d'autonomie plus importante dans l'activité des IDE et des IPA. En ce sens, ces derniers pourront prescrire davantage de produits de santé et d'examen complémentaires qu'ils ne pouvaient le faire auparavant. Leurs compétences dans les soins de premier recours sont également élargies. On peut dès lors envisager une meilleure prise en compte du rôle des IDE et des IPA dans le parcours de soins des patients.

Cet avis semble partagé au vu des entretiens menés avec les pôles de Santé publique des CHU de Saint Étienne et Grenoble. Ces derniers ayant une structuration similaire en termes de Santé publique à celle des HCL, cette coopération pourrait être pertinente afin d'ancrer les hôpitaux au sein du territoire.

En partant de ces constats, nous avons identifié un certain nombre de préconisations, afin de tourner le CHU et le Pôle de Santé publique, vers l'extérieur et les ancrer davantage sur le territoire.

Tout d'abord, nous pensons que le PSP peut participer à la différenciation des HCL sur le territoire national. Le benchmark effectué au niveau d'autres CHU en France montre en effet que peu d'établissements hospitaliers portent aujourd'hui une mission de santé préventive et personnalisée au même titre que les HCL. Ce point fait d'ailleurs partie intégrante du Projet stratégique de l'établissement (cf. Programme n°2 : « Prévenir autant que soigner : vers le nouveau modèle du CHU »). Dans cette perspective, nous estimons pertinent que le PSP s'inscrive comme un acteur majeur au sein du GCS HOURAA. Concrètement, au vu de la diversité des activités et expertises du pôle, il serait à même d'insuffler des propositions pour coopérer sur les thématiques de santé publique propres à la région rhônalpine. Les pôles de santé publique des autres CHU auront également une voix dans la constitution de cette politique qui pourrait s'inscrire dans la feuille de route 2025-2028, ou bien *via* un nouveau cadre. S'agissant de la détermination des axes de cette stratégie partagée, un dialogue devrait être initié de manière continue entre tous les pôles de santé publique et porterait sur tous les aspects de la santé publique (prévention, pratiques organisationnelles, gestion des données, recherche et innovation).

Dans la même idée, le **GHT Val Rhône Centre** constitue une réelle fenêtre d'opportunité dont le PSP doit se saisir. En tant qu'établissement support, les HCL, et le PSP dans le cas d'espèce, sont les plus à même d'inciter les autres membres du GHT à dédier une partie du « projet médical partagé » à la définition d'une politique de santé publique commune. Celle-ci tiendrait compte des spécificités et des besoins des populations du territoire. Établir un projet commun bénéficierait à tous puisqu'il permettrait de lancer des projets à plus grande échelle, de réaliser des économies et de bénéficier des expertises de chaque établissement. Dans cette perspective, nous pensons que le PSP pourrait se

¹⁰³ Cf. entretien avec un représentant du GCS

¹⁰⁴ Décret n° 2026-130 du 20 février 2026 relatif aux modalités de délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier—Légifrance. (s. d.). Consulté 26 avril 2026, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053568871>

positionner comme référent de santé publique au sein du GHT, notamment à travers la feuille stratégique du GHT, dont la prochaine sera publiée courant 2026.

À ce sujet, le GHT Hôpitaux de Provence (HdP) a réalisé un projet stratégique, constitué d'une feuille de route commune, adaptée aux problématiques de la région Provence. Ce projet stratégique comprend un aspect de la santé publique, puisque *"les Hôpitaux de Provence poursuivront également leurs réflexions collectives dans le champ de la prévention et du déclouisonnement entre les professionnels de ville"*¹⁰⁵.

Cet exemple illustre qu'une coopération entre CHU du même territoire est pertinente et réalisable.

II. Les professions libérales

Au cours de nos recherches sur les liens avec les CPTS, nous avons perçu une dynamique récente, mais encore informelle, avec le Pôle. À titre d'exemple, une soirée à destination des CPTS et des professionnels libéraux du territoire, a été organisée le jeudi 19 mars 2026 pour la quatrième fois. Ce temps d'échange s'est tenu dans le cadre des « Relations Ville Hôpital », avec un accent porté à la prévention¹⁰⁶. Le Professeur Philippe Michel, chef du service 3P, était présent, ainsi que la responsable de l'UTEP, et un représentant du Centre antipoison, également équipes du PSP. Nous percevons ce type d'événement comme une initiative intéressante pour améliorer la coopération sur le territoire lyonnais. Le Pôle de Santé Publique pourrait être à l'initiative d'autres actions similaires en coordination avec la direction de la stratégie et des parcours.

Lors de notre entretien avec le Directeur du Pôle de santé publique CHU de Grenoble, nous avons pu évoquer ce lien entre le CHU et les CPTS. En effet, le Directeur a également la charge de la Direction des Coopérations et de l'animation territoriales. Ainsi, il porte un projet au niveau de la santé populationnelle qui « *vise à développer des activités de repérage de personnes à risque sur des pathologies chroniques et insuffisance cardiaque sur le territoire du Sud-Isère, donc on travaille avec les CPTS* ». Il ajoute que, selon lui, la santé publique doit avoir « *une fonction de fédération, d'outillage et de déploiement, pour que ce projet réussisse.* »

Les CPTS, qui sont un regroupement de professionnels libéraux, de médecins, d'infirmières, nous apparaissent comme un outil à privilégier dans l'objectif de se rapprocher de la population. En effet, ce sont eux qui sont les plus à même de faire de la prévention primaire auprès de leurs patients, avec le soutien de l'hôpital. Un lien existe déjà entre le PSP et les CPTS à travers les actions d'ETP (éducation thérapeutique patients) et la formation des libéraux par les équipes de l'UTEP, mais il pourrait être davantage renforcé. Une coopération utile serait de mettre en lien ces professionnels avec la recherche clinique¹⁰⁷. En effet, la recherche à l'hôpital, a parfois du mal à trouver des volontaires pour les études, cela pourrait être facilité par la collaboration avec les professionnels libéraux qui sont plus proches de leurs patients et qui pourraient leur proposer ce type d'étude.

¹⁰⁵ CREMIEUX, F., ROSSI, D., CATANAS, M., & GHT Hôpitaux de Provence (2023). *PROJET STRATEGIQUE du GHT Hôpitaux de Provence*. RAPPORT https://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/ght13/290324%20-%20APHM%20-%20projet%20strategique_VF%20WEB%20BD.pdf

¹⁰⁶ Hospices Civils de Lyon. (2026, mars). *Retour sur la 4e soirée d'échanges avec les CPTS et les professionnels libéraux du territoire*. #TeamHCL. <https://teamhcl.chu-lyon.fr/retour-soiree-echanges-cpts-professionnels-liberaux-du-territoire>

¹⁰⁷ Constat développé lors de notre rencontre avec Laurent Villeneuve, chef de projet en recherche clinique dans le cadre de notre visite à l'hôpital du 8/10

Aux Pays-Bas, le centre médical Erasmus MC (Rotterdam) n'a pas de pôle de santé publique *stricto sensu*, mais comporte plusieurs services participants à des activités de santé publique, comme le département d'Épidémiologie¹⁰⁸, centré sur la recherche et la prévention. Dans le cadre de ses activités, ce département a réalisé une étude, "*Rotterdam Study - ERGO*"¹⁰⁹, à laquelle environ 10 000 à 20 000 patients ont participé. L'étude portait sur l'apparition et la progression des maladies chez les personnes âgées (cardiovasculaires, neurologiques, oculaires, psychiatriques etc.). Pour suivre régulièrement les participants, les professionnels libéraux ont été sollicités. Leur implication a donc été une condition *sine qua none* de la réussite des recherches du département d'Épidémiologie. Les résultats de cette étude ont eu un impact sur les politiques de santé publique du pays et ont ensuite été mises en place à l'échelle locale directement par les collectivités territoriales.

III. La ville

Au niveau des relations avec la Ville de Lyon, les HCL sont signataires du Contrat Local de Santé 2022-2027, et ont d'ailleurs participé à son élaboration. Plusieurs projets dans le cadre desquels le PSP et la Ville collaborent sont en cours, comme le Projet « Passe Passe », lancé par le service 3P. Pourtant, les liens avec la Ville restent assez flous.

En effet, nous avons pu réaliser plusieurs entretiens avec les acteurs de la ville, notamment la Directrice adjointe à la santé de la Ville, qui est également responsable du service *Stratégie et santé publique*. Ainsi qu'avec l'adjointe à la ville de Lyon qui gère l'Axe « *santé, prévention et santé environnementale* ». Ces entretiens nous ont révélé que la ville, le PSP et les HCL avaient peu de liens étroits et réguliers. Pour reprendre les mots de l'adjointe à la santé de la ville, « *La ville ayant peu de moyens, elle se tourne vers ses partenaires (...) Les HCL sont de simples partenaires de la ville.* »

Afin de s'ancrer davantage dans le territoire, les HCL ont besoin de collaborer avec la **Ville de Lyon** ainsi que sa **Métropole**. Nous avons cité, précédemment, plusieurs projets existants, comme le projet Passe-Passe mais les liens pourraient être formalisés, renforcés et pérennisés, au-delà d'appels à projets. En effet, nous avons remarqué un problème de reconnaissance et de visibilité du Pôle de Santé publique vis-à-vis de la Ville de Lyon. Ainsi, il faudrait formaliser les relations déjà existantes entre les équipes du PSP et celles de la municipalité et/ou de la métropole. Dans cette perspective, on pourrait imaginer des rencontres semestrielles, avec des temps d'échange sur l'aide que le Pôle de Santé Publique apporte et celle qu'il pourrait apporter, en fonction de la politique de santé publique que souhaitent mettre en œuvre les acteurs de la Ville. Cette proposition est pertinente dans le contexte actuel où les collectivités locales agissent de plus en plus sur les déterminants de santé de leurs populations. De plus, le PSP, ainsi que les HCL, sont un réservoir d'expertises pour la Ville. Ainsi, une collaboration et une formalisation des relations seraient bénéfiques pour les deux parties.

Un exemple pertinent de cette collaboration est celui de l'Institut de Santé publique urbaine d'Essen en Allemagne (InUPH)¹¹⁰. Cette structure a des activités similaires au PSP et est rattaché à l'Hôpital Universitaire d'Essen. L'InUPH adopte une approche de la santé publique en considérant les caractéristiques spécifiques des environnements urbains comme des déterminants de la santé des populations (aménagement, environnement, cohésion sociale). Dans une démarche de promotion de

¹⁰⁸ Epidemiology—Department—Erasmus MC. (s. d.). Consulté 10 mars 2026, à l'adresse <https://www.erasmusmc.nl/en/research/departments/epidemiology>

¹⁰⁹ Hofman, A., Darwish Murad, S., van Duijn, C. M., Franco, O. H., Goedegebure, A., Ikram, M. A., Klaver, C. C., Nijsten, T. E., Peeters, R. P., Stricker, B. H., Tiemeier, H. W., Uitterlinden, A. G., & Vernooij, M. W. (2013). The Rotterdam Study: 2014 objectives and design update. *European journal of epidemiology*, 28(11), 889–926. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9866-z>

¹¹⁰ About InUPH. (s. d.). Institut Für Urban Public Health. Consulté 14 mars 2026, à l'adresse <https://inuph.uk-essen.de/en/about-inuph/>

la santé, la recherche en santé publique est alors tournée vers l'étude des facteurs urbains ayant un impact sur la santé et l'étude des différents groupes de populations composant une même ville. L'idée est donc d'étudier des problématiques et de proposer des solutions applicables. Dans ce cadre, la coopération entre l'Institut et la municipale est sans équivoque.

En appliquant le cas allemand à la situation des HCL, on pourrait dès lors envisager une participation plus active des services du PSP dans les actions de santé publique de la Ville de Lyon. En s'appuyant sur les axes définis par le Contrat Local de Santé, on pourrait très bien envisager que l'Appui à la recherche se saisisse des enjeux épidémiologiques ayant une incidence sur les habitants et habitantes de Lyon et sa Métropole par exemple.

IV. Avec les universités

Enfin, les HCL, étant un CHU, ont par nature un lien très fort avec le domaine universitaire. Pour autant, on observe peu de liens entre le PSP et l'École de Santé Publique de Lyon. Comme cela peut être le cas au CHU de Nancy où la santé publique est gérée par l'École de Santé publique¹¹¹.

De plus, à travers notre benchmark international, nous avons pu observer que peu d'hôpitaux dans le monde avaient de pôle de santé publique au sens de ce que l'on peut retrouver en France. Ce rôle est davantage joué par les collectivités territoriales et les universités. C'est notamment le cas en Allemagne, Suède, Autriche ou Pays-Bas.

Enfin, le lien avec les universités, qui est très fort à l'étranger, nous apparaît primordial, pour repositionner les HCL au sein du « territoire universitaire » (un des axes du projet stratégique). En effet, Lyon compte une École de Santé Publique (ESP) créée par Philippe Michel, sur demande de la Direction Générale, des cours y sont données par des professionnels du Pôle de Santé Publique. Cependant, sur le plan institutionnel, l'ESP n'est pas clairement identifiée dans les instances du PSP.

En effet lors d'un entretien avec Philippe Michel, directeur du Service 3P mais également professeur à l'École de Santé Publique de Lyon, nous avons été étonnés, du lien peu institutionnel entre les étudiants de cette école et le pôle de santé publique. Ce qui pourrait permettre d'exploiter davantage ce lien serait d'accueillir des stagiaires ou collaborer sur des travaux de recherche avec les étudiants, par exemple.

Ainsi, il serait intéressant de renforcer les liens entre ces deux structures travaillant sur le même sujet, la santé publique. Cependant, l'École de santé publique n'est pas la seule à proposer des masters de ce type¹¹², en effet, d'autres écoles comme Sciences Po Lyon, l'EM Lyon, Centrale ou encore les Mines, proposent des masters en santé publique ou équivalent. De plus, pas seulement les étudiants en santé publique pourraient être intéressés pour collaborer avec le Pôle mais également des étudiants en médecine ou en sciences humaines et sociales. Notre proposition serait de les faire intervenir en santé publique de manière transversale et pas seulement au sein du pôle. Les étudiants pourraient jouer le rôle d'« animateurs en santé publique »¹¹³ au sein de l'hôpital mais également jouer le rôle d'ambassadeur en santé publique, à l'extérieur de l'hôpital afin de faire connaître la discipline de la santé publique. Enfin, les étudiants, dans le cadre de leur master, pourraient réaliser des travaux de recherche en santé publique et en collaboration avec les HCL. De nombreuses possibilités existent pour pousser la présence des étudiants dans le domaine de la santé publique.

¹¹¹ cf. entretien avec une directrice de l'hôpital

¹¹² cf. Annexe 7 : cartographie des masters en Santé Publique (ou équivalent) à Lyon

¹¹³ cf. Chapitre 2

Dans cette démarche, des professionnels qui travaillent dans les grandes entreprises de santé qui existent à Lyon comme Biomérieux ou Sanofi mais encore des professionnelles des villes et de la Métropole ont été approchés afin de participer à la prochaine université de printemps de l'École de Santé Publique de Lyon.

En France, l'AP-HP a cocréé deux chaires dans des champs extérieurs à la santé publique en apparence, mais qui participent en réalité à la réflexion autour de la recherche, de l'organisation du système de soins et de l'innovation.

La chaire d'économie de la santé « Hospinnomics » a été fondée en 2014 par l'AP-HP et Paris School of Economics. Elle a pour objectif d'approcher la santé publique et les systèmes organisationnels à partir de réflexions en sciences économiques et sociales. Cette coopération repose sur deux axes :

- « Un axe sur les méthodes d'évaluation de l'innovation technologique et organisationnelle
- Un axe sur la régulation (modes de tarification, mesure des inégalités, incitations...) »¹¹⁴

La chaire de philosophie est issue d'un accord-cadre signé en 2016 avec l'ENS-PSL. Cette formation « consacre son activité à la philosophie clinique, avec des actions spécifiques de développement de la recherche paramédicale en éthique autour des gestes du soin »¹¹⁵.

En définitive, nous pensons que les partenariats universitaires doivent permettre de diffuser les questions de santé publique au-delà du PSP, mais également de lier ces questions à des considérations économiques, sociales, juridiques et philosophiques. La richesse de l'enseignement supérieur proposé à Lyon est d'ailleurs une chance pour aller dans cette direction.

V. Conclusion

Le Pôle de Santé Publique des HCL dispose d'atouts réels pour contribuer à redéfinir la place des HCL sur leur territoire. Les préconisations développées dans ce chapitre dessinent une trajectoire cohérente : celle d'un CHU qui s'ouvre résolument vers l'extérieur. Que ce soit au sein du GCS HOURAA, du GHT Val Rhône Centre, en lien avec les professionnels libéraux et les CPTS, avec la Ville de Lyon et sa Métropole, ou encore avec les universités lyonnaises, les leviers d'action ne manquent pas. Ces propositions s'inscrivent pleinement dans la vision portée par le Plan stratégique 2035 des HCL, qui ambitionne de faire des HCL un CHU « qui prévient autant qu'il soigne ».

¹¹⁴ Chaire Hospinnomics. (2024, mars 11). Paris School of Economics. <https://www.parisschoolofeconomics.eu/recherche/initiatives-recherche/chaire-de-recherche/hospinnomics/>

¹¹⁵ « Hôpital, soin, santé : Recherche et politiques publiques » : l'Ecole normale supérieure, l'Ecole d'économie de Paris et l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris consolident et amplifient leur programme commun | APHP. (s. d.). Consulté 3 mars 2026, à l'adresse <https://www.aphp.fr/espace-medias/liste-ressources-presse/hopital-soin-sante-recherche-et-politiques-publiques-lecole>

CONCLUSION

Le PSP représente une ressource essentielle au sein des HCL, en terme de compétences et de positionnement stratégique, en ce qu'il constitue un marqueur de l'ambition des HCL sur le développement d'une réelle stratégie de Santé Publique. Cela apparaît d'autant plus vrai dans un contexte où la santé publique semble de plus en plus essentielle, ce qui se traduit par sa valorisation dans le système de Santé, comme en témoigne l'introduction des « Objectifs de Santé Publique » (OSP) afin de financer les activités de santé publique à l'hôpital.

Toutefois, le PSP fait face à des difficultés dans son fonctionnement et son positionnement vis-à-vis du reste de l'hôpital. Il y a en effet une réelle difficulté à faire pôle aujourd'hui, du fait des services très différents qui le constituent. De plus, son positionnement par rapport au reste de l'hôpital est difficile à lire, pôle transversal mais placé au bout de l'organigramme avec des relations peu claires avec les autres services hospitaliers.

Sur la base de ce constat et de notre enquête de benchmark, nous avons effectué des préconisations, pour l'animation du pôle ou encore son repositionnement au cœur de l'organigramme des HCL afin qu'il puisse réellement avoir une activité transversale au service de l'hôpital. Nous avons également effectué des préconisations sur le positionnement du pôle vis-à-vis de l'extérieur, afin qu'il soit un acteur central du développement d'une réelle stratégie opérationnelle de Santé Publique sur le territoire, notamment au niveau du GHT Val Rhône centre et du GCS HOURAA.

Le projet stratégique 2035 des Hospices Civils de Lyon apparaît comme l'occasion de faciliter le fonctionnement du pôle et de lui permettre d'assurer sa mission transversale au sein de l'hôpital, marquant ainsi l'ambition de la politique de Santé Publique des HCL.

Bibliographie

About InUPH. (s. d.). Institut Für Urban Public Health. Consulté 14 mars 2026, à l'adresse <https://inuph.uk-essen.de/en/about-inuph/>

Administrator (2024, 14 juillet). Unisanté, l'alliance face aux défis de la santé publique - ERL - Economie Région Lausanne. *ERL - Economie Région Lausanne - Promotion économique dans la région lausannoise*. <https://www.economie-region-lausanne.ch/unisante-lalliance-face-aux-defis-de-la-sante-publique/>

Afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde | LUMC. (s. d.). <https://www.lumc.nl/afdelingen/public-health-en-eerstelijns-geneeskunde/>

Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. (s. d.). Le dispositif article 51 : Innover pour transformer le système de santé. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/le-dispositif-article-51-innover-pour-transformer-le-systeme-de-sante>

AP-HP. (s. d.). *La filiale AP-HP International / The AP-HP International subsidiary*. APHP. <https://www.aphp.fr/nous-connaitre/international/la-filiale-ap-hp-international-ap-hp-international-subsidiary>

Bensadon, A.-C., Maurice, B., & Turblin, F. (2024, octobre). Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé (Rapport n° 2023-084R). Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Boitard, C., Clément, B., Michot, F., Miossec, P., & Netter, P. (2023). Refonder la recherche et l'innovation au cœur des centres hospitalo-universitaires. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 207(3), 322–327. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.01.012> (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000140792300033X>)

Campbell, D., & editor, D. C. H. policy. (2026, janvier 25). Almost a quarter of UK GPs are seeing obese children aged four and under. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2026/jan/25/uk-gp-obese-children-research>

Chaire Hospinnomics. (2024, mars 11). *Paris School of Economics*. <https://www.parisschoolofeconomics.eu/recherche/initiatives-recherche/chaieres-de-recherche/hospinnomics/>

Chauvin, F. (2021, novembre). *Dessiner la santé publique de demain*. Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr>

Climate Change and Health : Charité – Universitätsmedizin Berlin. (s. d.). Institut Für Public Health - Charité – Universitätsmedizin Berlin. https://iph.charite.de/en/research/climate_change_and_health

Chrusciel, J., Le Guillou, A., Daoud, E. *et al.* Making sense of the French public hospital system: a network-based approach to hospital clustering using unsupervised learning methods. *BMC Health ServRes* 21, 1244 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07215-4>

Cour des comptes. (2018). *Le rôle des CHU dans l'offre de soins. Exercices 2011 à 2017*. Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr>

Cour des comptes. (2017) « Le Rôle des CHU dans l'Enseignement Supérieur et la Recherche Médicale », <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/194000190.pdf>

Crémieux, F., Rossi, D., Catanas, M., & GHT Hôpitaux de Provence (2023). *PROJET STRATEGIQUE du GHT Hôpitaux de Provence. RAPPORT* https://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/ght13/290324%20-%20APHM%20-%20projet%20strategique_VF%20WEB%20BD.pdf

Décret n° 2026-130 du 20 février 2026 relatif aux modalités de délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier—Légifrance. (s. d.). Consulté 26 avril 2026, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053568871>

DIAB-eCARE, une prise en charge novatrice | Actualité | Hospices Civils de Lyon - CHU de Lyon, disponible à l'adresse : <https://www.chu-lyon.fr/diab-ecare-une-prise-en-charge-novatrice>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). (2025). *Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé.*

Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DRESS). (2024, novembre). *Les dépenses de prévention : Fiche 21 - Les dépenses de prévention - Résultats des comptes de la santé - Edition 2024.* Gouvernement de la France. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/fitermesles/2025-02/CNS24%20-%20Fiche%2021%20-%20Les%20d%C3%A9penses%20de%20pr%C3%A9vention%20et%20de%20soins%20de%20sant%C3%A9.pdf>

Epidemiology—Department—Erasmus MC. (s. d.). Consulté 10 mars 2026, à l'adresse <https://www.erasmusmc.nl/en/research/departments/epidemiology>

ESPM Caen, Accueil - ESPM Caen <https://epsm-caen.fr/> (consulté le 30 mars 2026)

France Universités. (2025, 28 novembre). *Recherche en santé : France Universités CHU Inserm.* <https://franceuniversites.fr/actualite/recherche-en-sante-france-universites-linserm-et-les-chu-sassocient-en-faveur-dune-politique-de-site-ambitieuse/>

Federal Office of Public Health. (2025). *National strategy for the prevention of non-communicable diseases* (Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles). Federal Office of Public Health.

Gregory, A., & editor, A. G. H. (2025, juin 23). Majority of children will be overweight or obese in nine areas of England by 2035, study shows. The Guardian. <https://www.theguardian.com/society/2025/jun/23/majority-children-overweight-obese-nine-areas-england-by-2035-study>

Groupe Hospitalier de Territoire (GHT) Val Rhône Centre | #TeamHCL - Hospices Civils de Lyon. (s. d.). Consulté 2 avril 2026, à l'adresse <https://teamhcl.chu-lyon.fr/groupe-hospitalier-de-territoire-ght-val-rhone-centre>

Groupe de coopération sanitaire HOURAA (GCS HOURAA) | #TeamHCL - Hospices Civils de Lyon. (s. d.). Consulté 2 mars 2026, à l'adresse <https://teamhcl.chu-lyon.fr/groupe-de-cooperation-sanitaire-houraa-gcs-houraa>

Haustein, T., Gastmeier, P., Holmes, A., Lucet, J. C., Shannon, R. P., Pittet, D., & Harbarth, S. (2011). Use of benchmarking and public reporting for infection control in four high-income countries. The Lancet. Infectious diseases, 11(6), 471–481. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70315-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70315-7)

Haut Conseil de la santé publique. (2017). Groupements hospitaliers de territoires et santé publique. HCSP.

Hayek, J. (s.d.). Le CHRU de Nancy prend le virage de la responsabilité populationnelle. Hospitalia, le magazine de l'hôpital pour toute l'actualité et l'information hospitalière. Retrieved March 30, 2026, from https://www.hospitalia.fr/Le-CHRU-de-Nancy-prend-le-virage-de-la-responsabilite-populationnelle_a3892.html

Health Care Climate Action. (s. d.). Health Care Climate Action. Consulté 2 mars 2026, à l'adresse https://healthcareclimateaction.org/CLI_DalinTzuChiHospital

Hofman, A., Darwish Murad, S., van Duijn, C. M., Franco, O. H., Goedegebure, A., Ikram, M. A., Klaver, C. C., Nijsten, T. E., Peeters, R. P., Stricker, B. H., Tiemeier, H. W., Uitterlinden, A. G., & Vernooij, M. W. (2013). The Rotterdam Study: 2014 objectives and design update. *European journal of epidemiology*, 28(11), 889–926. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9866-z>

« Hôpital, soin, santé : Recherche et politiques publiques » : l'Ecole normale supérieure, l'Ecole d'économie de Paris et l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris consolident et amplifient leur programme commun | APHP. (s. d.). <https://www.aphp.fr/espace-medias/liste-ressources-presse/hopital-soin-sante-recherche-et-politiques-publiques-lecole>

Hospices Civils de Lyon. (s. d.). *Partenariat et expérience patient en santé*. CHU de Lyon. <https://www.chu-lyon.fr/partenariat-et-experience-patient-en-sante>

Hospices Civils de Lyon. (s. d.). *Innovation : dessiner la médecine et l'hôpital de demain*. #TeamHCL. <https://teamhcl.chu-lyon.fr/innovation>

Hospices Civils de Lyon. (2026, mars). *Retour sur la 4e soirée d'échanges avec les CPTS et les professionnels libéraux du territoire*. #TeamHCL. <https://teamhcl.chu-lyon.fr/retour-soiree-echanges-cpts-professionnels-liberaux-du-territoire>

Inrage. (2025, 19 mars). *Laura Isidoro et Guillaume Queneau : Animateurs en santé publique ? Un métier de lien et d'avenir !* Acteurs Actions Santé Environnement Nouvelle-Aquitaine. <https://santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/publications/risques-chimiques/animateur-en-sante-publique-un-metier-de-lien-et-davenir/>

INSEE. (2023, 16 août). *La Réunion, troisième région la plus jeune de France*. Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4482473>

Inspection générale des affaires sociales. (2024). *Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé*.

Institut für Urban Public Health. (2024, 13 mai). *Home - Institut für Urban Public Health*. Institut Für Urban Public Health. <https://inuph.uk-essen.de/en/>

La Fondation de l'AP-HP. (s. d.). APHP. <https://www.aphp.fr/nous-connaître/lorganisation-de-lap-hp/la-fondation-de-lap-hp>

Larousserie, D. (2011, 24 novembre). *Dis-moi combien tu publies, je saurai ce que tu rapportes*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/planete/article/2011/11/24/dis-moi-combien-tu-publies-je-saurai-ce-que-tu-rapportes_1609011_3244.html

Le CHU de La Réunion remporte le 3ème prix pour son projet Éradication du cancer du col de l'Utérus. (s. d.). Consulté 3 avril 2026, à l'adresse https://www.memento.fr/article_31-05-2024-le-chu-de-la-reunion-remporte-le-3eme-prix-pour-son-projet-eradication-du-cancer-du-col-de-l-uterus

Leeds childhood obesity programme. (s. d.). Leeds City Council News. Consulté 20 janvier 2026, à l'adresse <https://news.leeds.gov.uk/leeds-spotlight/leeds-childhood-obesity-programme>

Lemaire Natacha Polton Dominique et Tajahmady Ayden, « Article 51 : expérimenter pour innover mais aussi innover dans la façon d'expérimenter », *Les Tribunes de la santé*, , vol. 63, n° 1, Mai 2020, p. 35-42, DOI : [10.3917/seve1.063.0035](https://doi.org/10.3917/seve1.063.0035)

Lyon Mairie du 4. (2025, 20 mars). *Explore ta santé : le village de la prévention.* <https://mairie4.lyon.fr/evenement/animation/explore-ta-sante-le-village-de-la-prevention>

Medical University of Vienna. (s. d.). *Departments and Working Groups | MedUni Vienna.* Medical University Of Vienna. <https://public-health.meduniwien.ac.at/en/our-departments/organisational-structure/>

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (s. d.). “*Priorités nationales de santé publique 1997-2002*”.

National eHealth Living Lab | Welkom bij NeLL. (s. d.). NeLL. <https://nell.eu/over-nell>

NEWSTART Program—Taiwan Adventist Hospital. (s. d.). Consulté 30 mars 2026, à l'adresse <https://www.tahsda.org.tw/en/NEWSTARTProgram.php>

Observatoire des Sciences et Techniques. (2018). *La position scientifique de la France dans le monde 2000-2015.*

Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe Copenhague. Éducation thérapeutique du patient [En ligne]. OMS; 1998. 56 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345371/9789289055987-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organisation Mondiale de la Santé OMS. 1984. Genève. Glossaire de la série “*Santé pour tous*”(n°9)<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/751c8af9-0e4c-4950-9388-e5bb16e468cd/content>

Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* OMS. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>

Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.* OMS. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Overweight children. (2024, juillet 11). <https://www.ethnicity-facts-figures.service.gov.uk/health/diet-and-exercise/overweight-children/latest/>

Pasquier, F. (s. d.). *Prix de l'innovation et prévention.* CHU de Nantes. <https://www.chu-nantes.fr/prix-de-linnovation-et-prevention>

Pass'âge : Un espace dédié pour anticiper le passage à l'âge adulte | Actualité | Hospices Civils de Lyon—CHU de Lyon. (2026). disponible à l'adresse <https://www.chu-lyon.fr/passage-un-espace-dedie-pour-anticiper-le-passage-lage-adulte>

Race to Zero for Health Care. (s. d.). Consulté 2 mars 2026, à l'adresse <https://greenhospitals.org/racetozero>

RECETAS. (s. d.). Recetas. Consulté 3 mars 2026, à l'adresse <https://www.recetasproject.eu/>

Research : Charité – Universitätsmedizin Berlin. (s. d.). Berlin School Of Public Health - Charité – Universitätsmedizin Berlin. <https://bsph.charite.de/en/research>

Réseau de prévention des addictions (RESPADD). (s. d.). *RESPADD : Réseau de prévention des addictions*. <https://www.respadd.org>

Rippstein, J. (s. d.). «On ne peut pas investir seulement dans la médecine de pointe». BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES.

Sahlgrenska Academy. (2026, 4 mai). University Of Gothenburg. <https://www.gu.se/en/sahlgrenska-akademin>

Schnebelen, C., Descatha, A., & Jaglin-Grimonprez, C. (2025). *Comment repenser les missions d'un CHU à l'aune de la prévention ? Revue Hospitalière de France*, 622.

Soins et Santé. (s. d.). Hospitalisation à domicile (HAD) Lyon, Rhône et Nord Isère. Soins et Santé. <https://www.soinsetsante.fr/>

Sorbonne Université, Département de médecine générale. (2020, 3 juin). *La prévention quaternaire*. <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/10/La-prevention-quaternaire.pdf>

Vallet Benoît, « *CHU : les faire travailler en réseau ?* », Les Tribunes de la santé, , vol. 63, n° 1, Mai 2020, p. 43-50, DOI : [10.3917/seve1.063.0043](https://doi.org/10.3917/seve1.063.0043)

Vega, M., Mazur, M. et Quinn, M. (2024). Successful implementation of employee-driven innovation in a public healthcare organization. *Recherches en Sciences de Gestion*, n° 164(5), 41-64. <https://doi.org/10.3917/resg.164.0041>.

Vie la Santé. Consulté 3 mars 2026, à l'adresse <https://www.chu-poitiers.fr/specialites/vie-la-sante/>

Vie-publique.fr. (2022, 6 octobre). *Entre T2A et Ondam, quel financement pour l'hôpital ?* <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272716-entre-t2a-et-ondam-quel-financement-pour-lhopital>

基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院 Taiwan Adventist Hospital.
(s. d.). <https://www.tahsda.org.tw/m/About.php#section1>

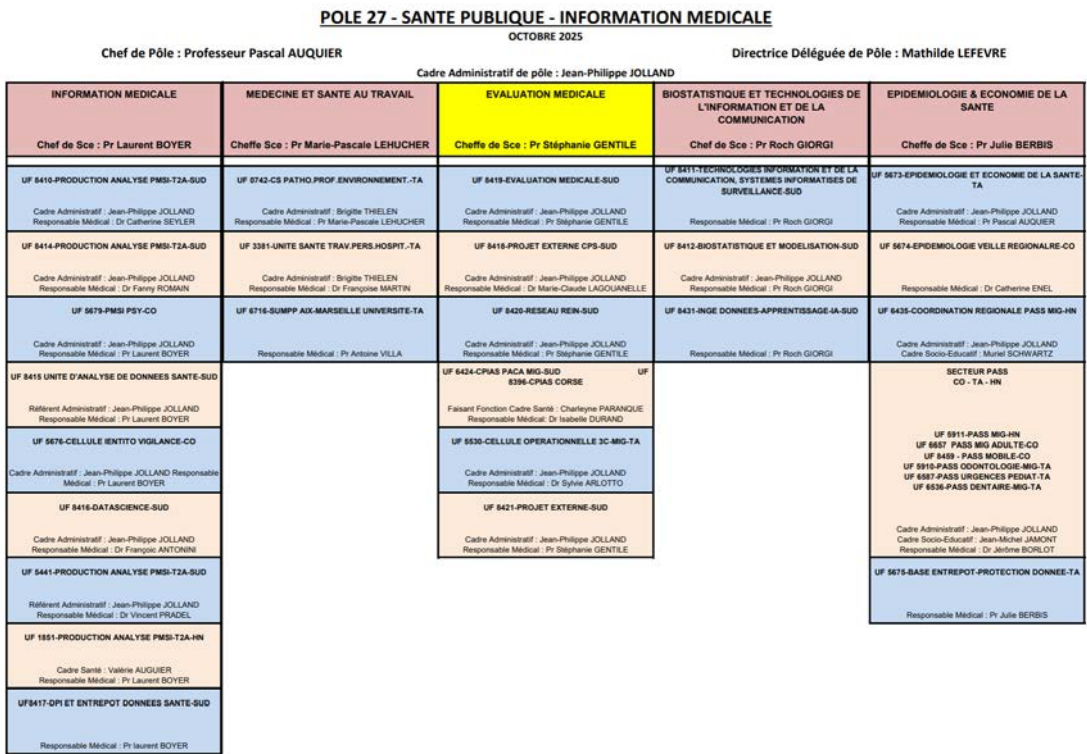
Annexes

Annexe 1 : Organigrammes des CHU en France et à l'international

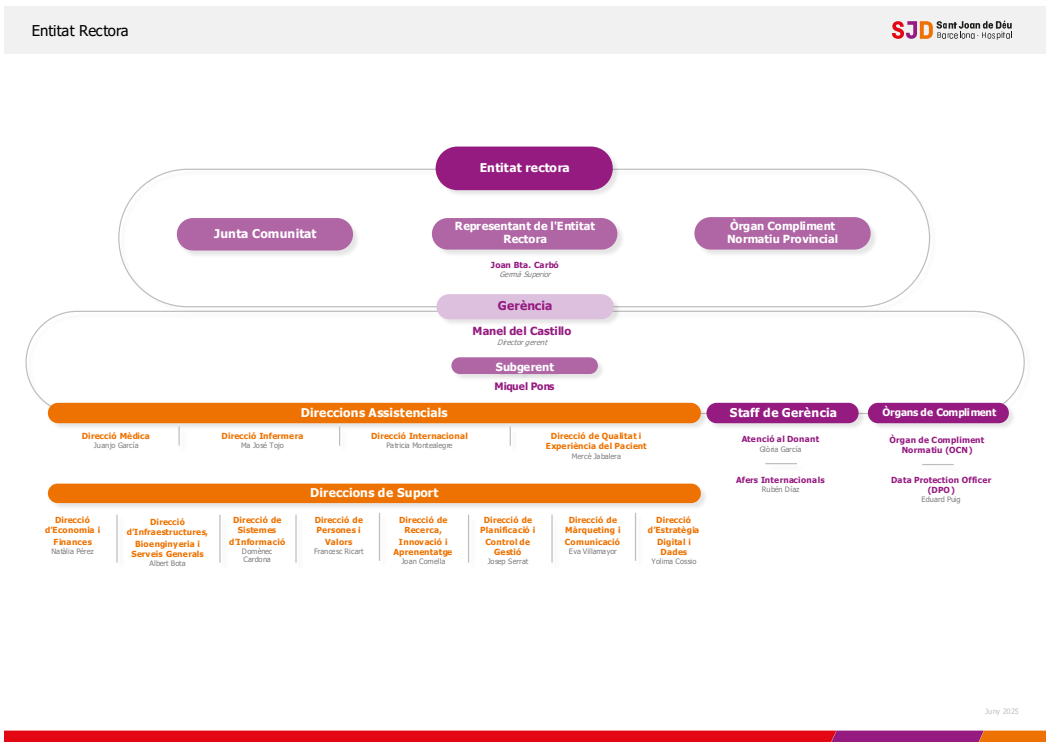
Annexe 1.1 : Organigramme des directions des AP-HM



Annexe 1.2 : Organigramme Pôle Santé Publique- Informations Médicales des AP-HM



Annexe 1.3 : Organigramme Hôpital San Juan de Deú Barcelone



Annexe 1.4 : Organigramme Pôle de Santé Publique du CHU de Bordeaux

COORDINATION DES PRÉLÈVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS

Dr Julien Rogier

Recensement des donneurs potentiels et organisation du prélèvement sur le CHU, animation et appui du réseau aquitain de prélèvement CORENTAIN en partenariat avec l'ARS et l'AFM, formation interne et externe des professionnels de santé, prise en charge des familles de donneurs.

COMITÉ DE COORDINATION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE L'INFECTION PAR VIH ET IST (COREVH Nouvelle-Aquitaine)

Pr François Dabiz, Dr Morgan Hessemer (médecin infectiologue), Julie Lamant, Maya Patineau (coordinatrice)

Assure la coordination des acteurs des divers domaines : soins, expertise clinique et thérapeutique, dépistage, prévention et éducation par la santé, recherche clinique et épidémiologique, actions sociales et médico-sociales, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé.

Participation à l'amélioration de la qualité et à l'harmonisation des pratiques, au recueil et à l'analyse de l'ensemble des données épidémiologiques et des données régionales, utiles à l'évaluation de stratégies nationales de santé sexuelle et à sa déclinaison régionale.

UNITÉ DE MATÉRIOVIGILANCE

Dr Anne Querey-Macchioni

Analyse des incidents liés aux dispositifs médicaux, réalisation d'études sur leur sécurité d'utilisation et suivi des actions correctives pour prévenir la récurrence. Mise en œuvre des avis de sécurité. Évaluation des incidents survenus en Nouvelle-Aquitaine et formation des professionnels de santé à la matériovigilance dans le cadre des missions régionales.

UNITÉ SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET HÉMOVIGILANCE

Dr Marjorie Funtous

Sécurisation du processus transfusionnel au CHU : formation, information du personnel médical et para-médical, enquêtes sur les effets indésirables liés à la transfusion, analyse des incidents avec les professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.

UNITÉ D'ACCUEIL ET DE SOINS DES PATIENTS SORDS

Dr François Jonquet

Accessibilité aux soins dans la langue choisie. Communication en langue des signes française avec interprète professionnel diplômé (neutralité, confidentialité, respect du discours). Consultation de médecine générale, soins et psychiatrie en LSF. Intervention lors des consultations spécialisées et en cours d'hospitalisation. Adaptation au niveau de compréhension avec notre interprète. Missions de prévention et d'information auprès des institutions accueillantes des personnes sourdes et auprès d'autres professionnels de santé.

UNITÉ TRANSVERSALE POUR L'ÉDUCATION, DES PATIENTS (UTEP)

Dr Marionne Lottet, Lolo Echea (cadre)

Accompagnement, formation, information et soutien méthodologiques des équipes médico-soignantes : conception, mise en œuvre et évaluation des soins préventifs et éducatifs pour les maladies chroniques.

CELLULE D'APPUI AUX VIGILANCES ET AUX SIGNALEMENTS

Dr Véronique Calvoux, Aurélie Chaptal (cadre)

Les activités des vigilances sanitaires concourent à la surveillance et la prévention des événements indésirables et des risques d'accidents ou d'accidents liés aux soins. La cellule d'appui aux vigilances et aux signalements promeut et contribue à la réalisation de projets communs visant à la gestion des risques au CHU de Bordeaux. Elle propose des moyens humains et outils à disposition des vigilances. Elle agit au quotidien l'analyse des signalements dans les domaines de son expertise (identification, dysfonctionnement de la chaîne transfusionnelle et erreur médicamenteuse).

L'ensemble des équipes en charge des vigilances sont représentées au sein d'un comité des vigilances organisé par la cellule d'appui.

PÔLE SANTÉ PUBLIQUE

Pr Anne-Marie ROGUES, Cheffe de Pôle
Dr Vianney JOUHET, Adjoint au chef de Pôle
Carine DELAGE, Cadre supérieure de santé
Corinne CHEVALIER, Assistante de Gestion
Thomas POULENC, Directeur référent

Coordination des prélèvements d'organes et de tissus

Secrétariat : 05 56 79 61 80
en dehors de ces horaires, adresse H24 : 05 56 79 61 80
coordination.prelvements@chu-bordeaux.fr

COREVH Nouvelle-Aquitaine

Secrétariat : 05 56 79 66 06
corevhn@chu-bordeaux.fr
www.corevhn.fr

Cellule d'appui aux vigilances et signalements

Secrétariat : 21231
Cadre : 15159
cava@chu-bordeaux.fr

Hygiène hospitalière

Secrétariat : 05 56 79 55 53
signalment.hyg@chu-bordeaux.fr
dir.hyg@chu-bordeaux.fr

Information médicale

USAM : 14638 ou 23105 ou 72031
UCAM : 05 56 79 66 20
scam.sauv.act@chu-bordeaux.fr
ucam@chu-bordeaux.fr
UMES et USAM : 05 57 57 11 29

Matérovigilance

Secrétariat : 05 56 79 99 56
Fax : 05 57 62 12 31
materovig@chu-bordeaux.fr

Médecine légale

UMC-CAUVA : 05 56 79 67 77 ou 05 56 79 47 47
mlec@chu-bordeaux.fr

IRM et chambre mortuaire : 05 56 79 67 79
ap@chu-bordeaux.fr

Haut-Léonard : 05 57 65 81 81
deph@chu-bordeaux.fr

Saint-Amand : 05 56 79 47 72
deph@chu-bordeaux.fr

Médecine pénitentiaire

USMP : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

USM : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 49 50
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie médicale

Secrétariat : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacovigilance : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 56 96 17 06 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

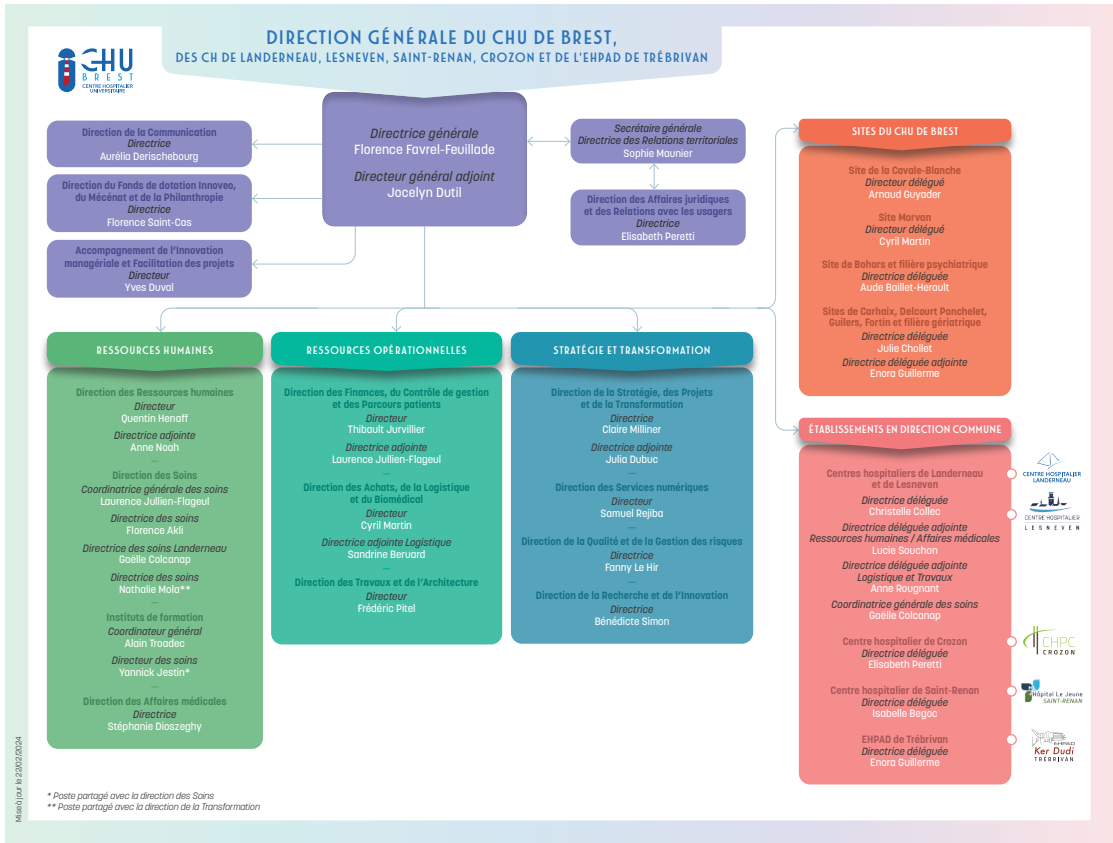
Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

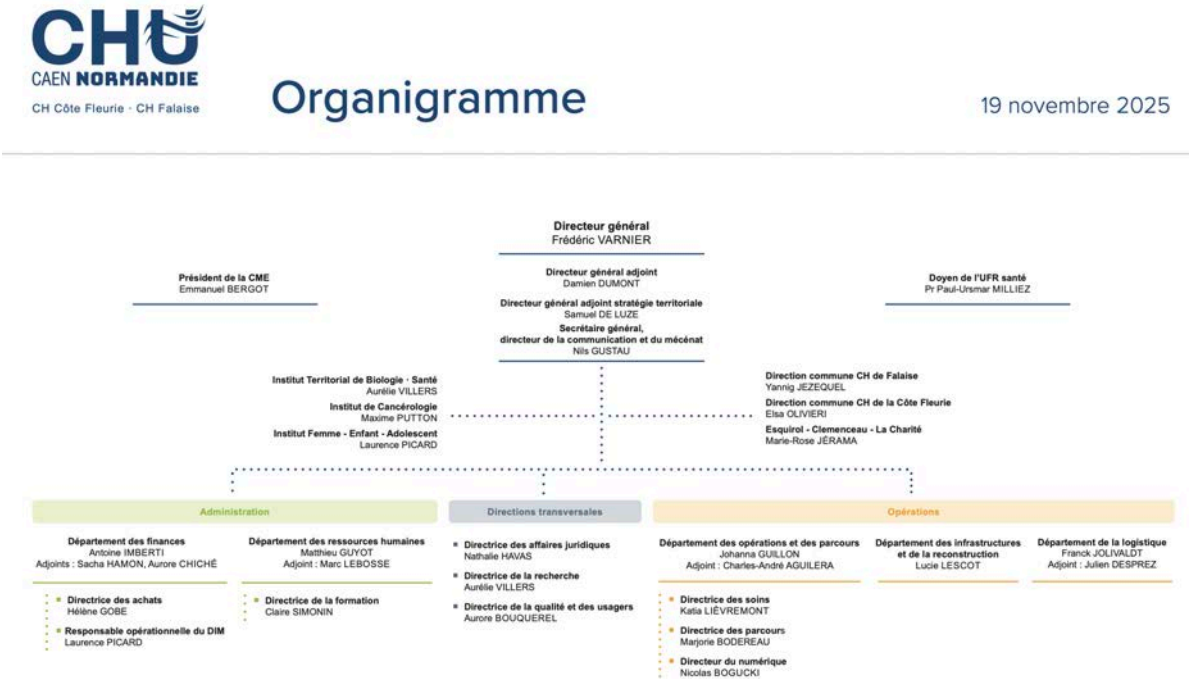
Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08
scm.gad@chu-bordeaux.fr

Pharmacologie clinique : 05 57 62 32 36 ou 05 56 79 55 08

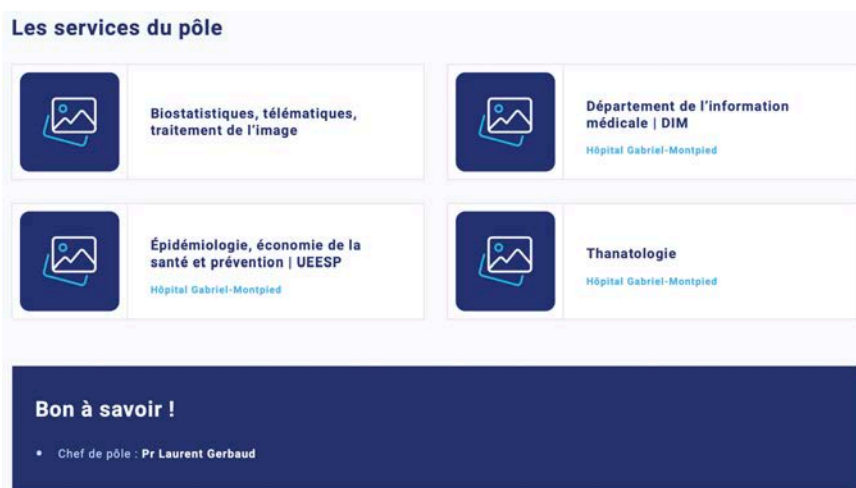
Annexe 1.5 : Organigramme de la Direction Générale du CHU de Brest



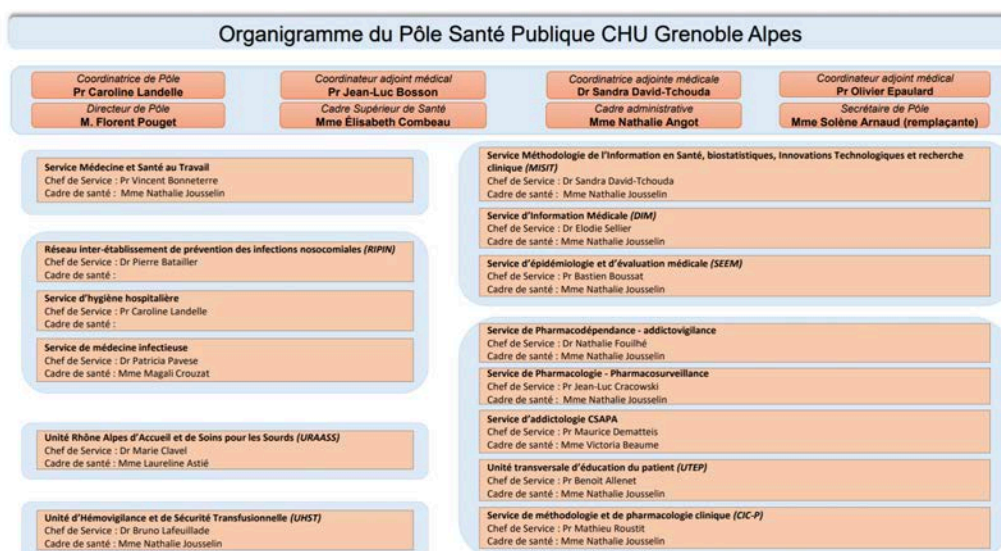
Annexe 1.6 : Organigramme CHU de Caen



Annexe 1.7 : Organigramme Pôle Santé Publique du CHU Clermont-Ferrand



Annexe 1.8 : Organigramme du Pôle de Santé Publique CHU Grenoble Alpes



Annexe 1.9 : Organigramme Pôle Santé Publique CHU La Réunion



Annexe 1.10 : Organigramme Pôle Qualité CHU La Réunion (comprend des missions de santé publique)



Pôle Qualité - Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion (2022, novembre) Centre Hospitalier Universitaire La Réunion. <https://www.chu-reunion.fr/le-chu-reunion/les-poles-du-chu-reunion/les-poles-transversaux/pole-qualite/> (Capture d'écran réalisée le 30 mars 2026)

Annexe 1.11 : Organigramme PSP CHU Lille

PÔLE SANTÉ PUBLIQUE, PHARMACIE ET PHARMACOLOGIE

Chef de pôle : Pr SOBASZEK Annie

Service(s) associé(s)

Epidémiologie santé publique, économie de santé et prévention

Médecine du travail

Pharmacologie

Institut Pharmacie – rétrocession de médicaments

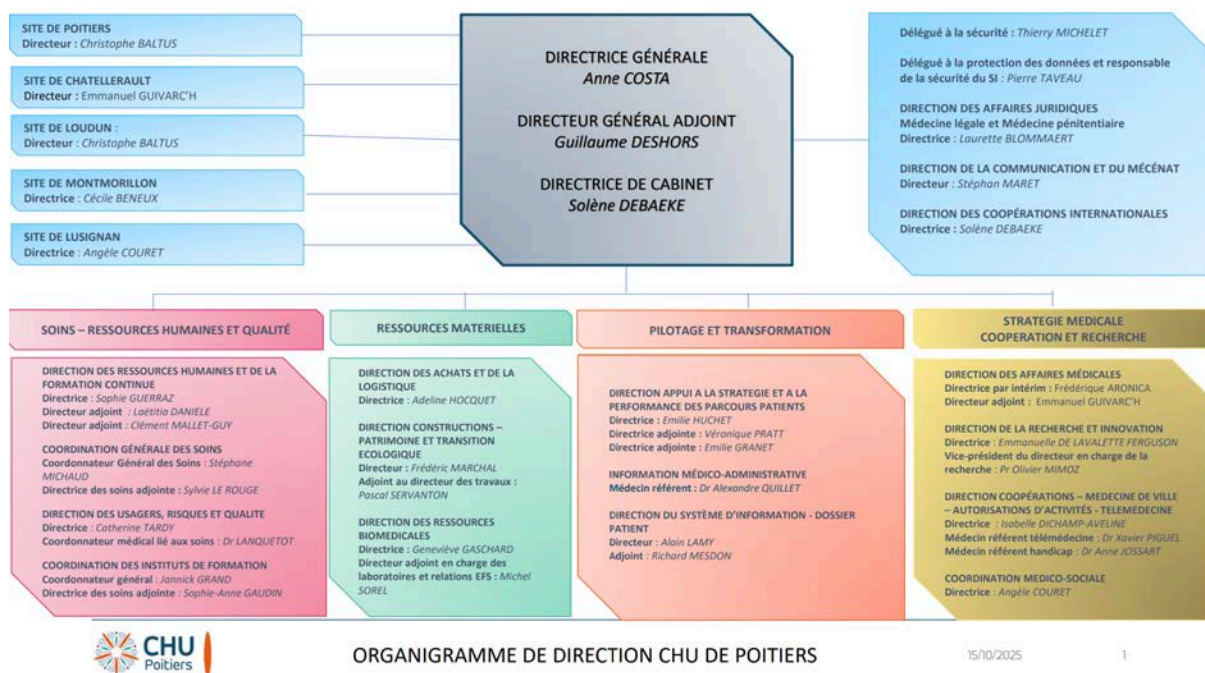
Unité de Nutrition Artificielle à Domicile (UNAD)

CENTRE REGIONAL DE PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES ET ENVIRONNEMENTALES – CRPPE

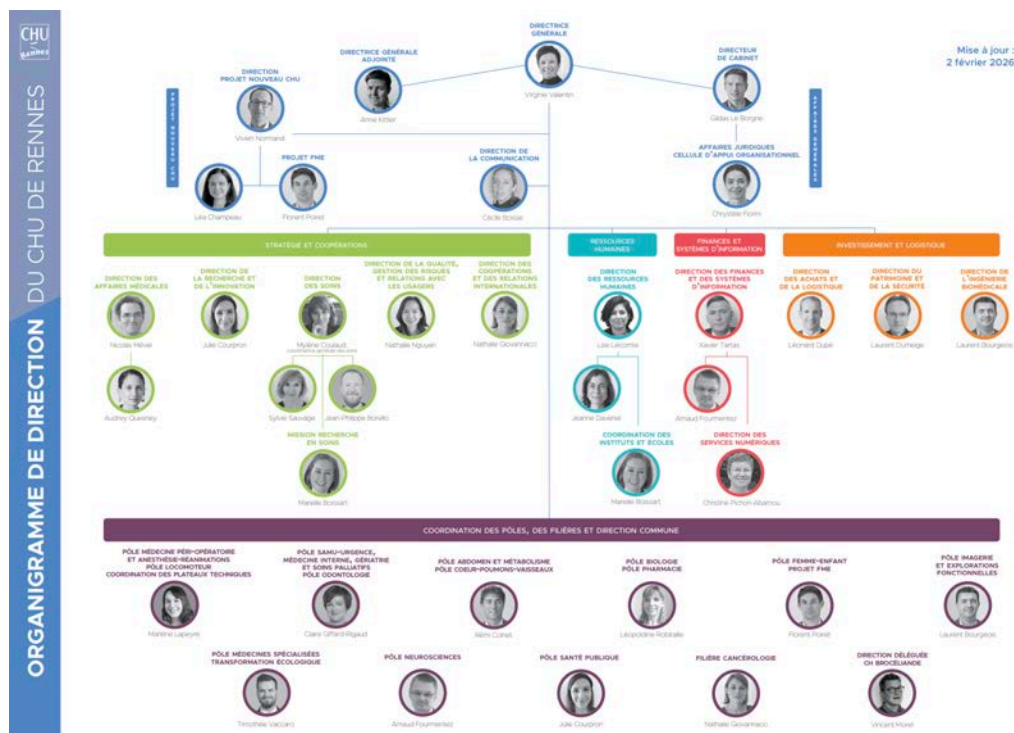
Annexe 1.12 : Organigramme CHU Nantes



Annexe 1.13 : Organigramme des Directions du CHU de Poitiers

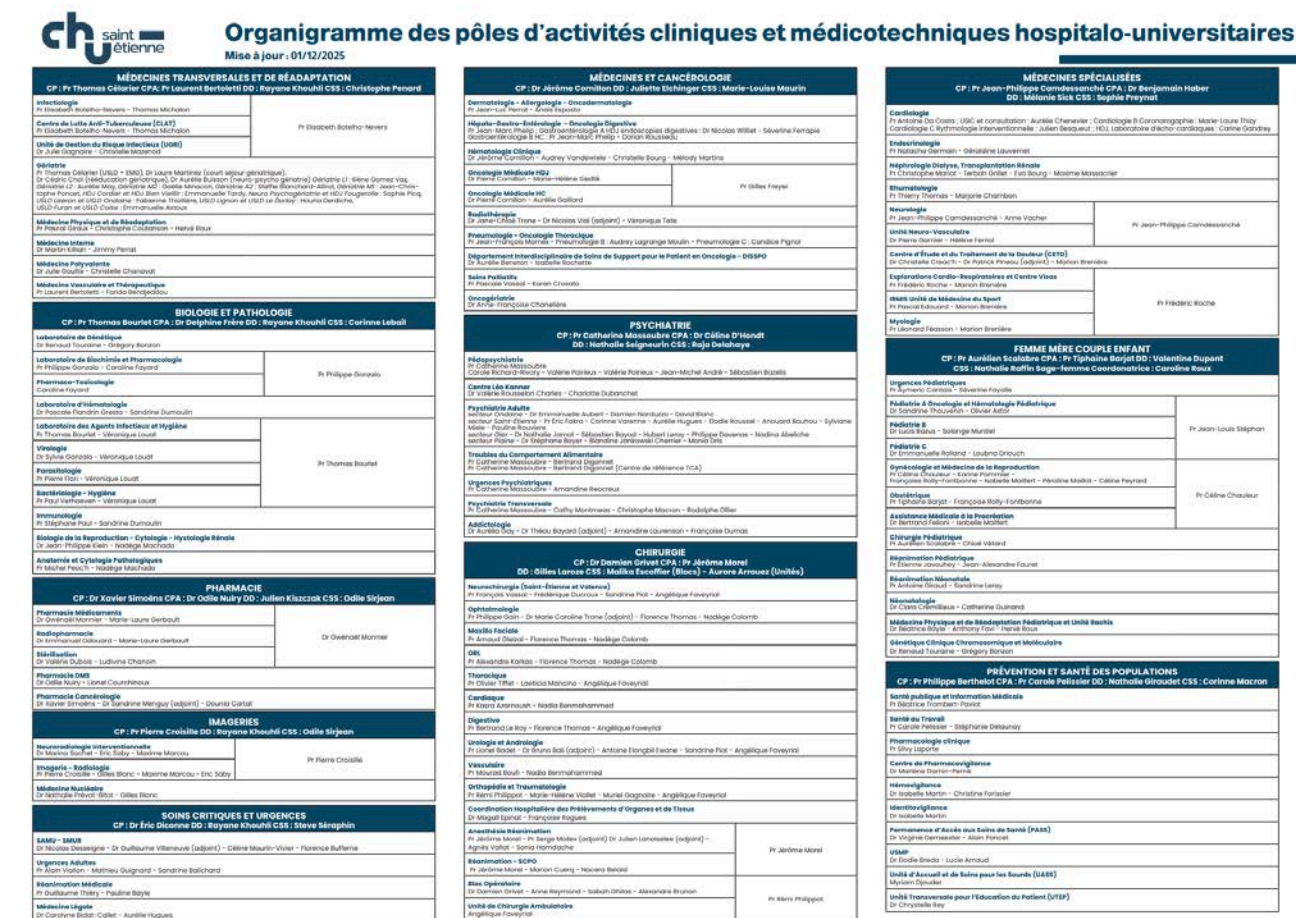


Annexe 1.14 : Organigramme des Directions générales CHU Rennes



Annexe 1.15 : Organigramme des Pôles hospitalo-universitaires CHU Rennes

 LES PÔLES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DU CHU DE RENNES 15 JANVIER 2026		
PÔLES	CHEFS DE PÔLE	SERVICES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES
PÔLE ABDOMEN ET MÉTABOLISME	Pr Romain Mathieu	Service des maladies de l'appareil digestif Service des maladies du foie Service d'urologie Service de chirurgie hépato-biliaire et digestive Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition Équipe de diététique
PÔLE MÉDECINE PÉRI-OPÉATOIRE ET ANESTHÉSIE-RÉANIMATIONS	Pr Yoann Launey	Centre de compétence Abdomen-Endoscopie-CETD Centre de compétence Tête-Cou-Locomoteur Centre de compétence CTCV Centre de compétence Bloc des urgences-Radiologie interventionnelle Centre de compétence Soins critiques Centre de compétence Femme-Mère-Enfant
PÔLE SAMU-URGENCES, MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET SOINS PALLIATIFS	Pr Dominique Somme	Service SAMU-SMUR Urgences adultes Service de médecine interne et immunologie clinique Service de gériatrie Service de soins palliatifs Permanence d'accès aux soins de santé Équipe de service social
PÔLE BIOLOGIE	Pr Marie-Dominique Gaibert	Service de biochimie - toxicologie Service de génétique moléculaire et génomique Service de bactériologie et d'hygiène hospitalière Service de virologie Service de parasitologie-mycologie Service d'hématologie cellulaire - hémostase bioclinique Service d'immunologie, thérapie cellulaire et hématopoïèse Service d'anatomie et cytologie pathologiques Service de cytogénétique et biologie cellulaire Service de pharmacologie biologique
PÔLE CŒUR-POUMONS-VAISSEAUX	Pr Jean-Philippe Verhoye	Service de pneumologie Service de chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire Service de cardiologie et maladies vasculaires
PÔLE FEMME-ENFANT	Dr Linda Lassel	Service de chirurgie pédiatrique Service de pédiatrie d'urgences et de spécialités Service de d'onco-hématologie pédiatrique Service de néonatalogie Service de gynécologie Service d'obstétrique Laboratoire de biologie de la reproduction - CECOS Service de génétique clinique
PÔLE IMAGERIE ET EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	Pr Jean-Christophe Ferré	Service de radiologie et imagerie médicale Service des explorations fonctionnelles Service de médecine du sport
PÔLE LOCOMOTEUR	Pr Pascal Guggenbuhl	Service de chirurgie orthopédique, réparatrice et traumatologique Service de rhumatologie Service de chirurgie plastique et reconstructrice Centre de référence des infections ostéo-articulaires
PÔLE MÉDECINES SPÉCIALISÉES	Pr Jean-Marc Tadié	Service des maladies infectieuses et émergente Service d'hématologie clinique Service de néphrologie Service de médecine intensive - Réanimation Service de dermatologie
PÔLE NEUROSCIENCES	Pr Isabelle Bonan (par intérim)	Service de neurochirurgie Service de neurologie Service d'ophtalmologie Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie maxillo-faciale Service de médecine physique et de réadaptation Unité de soins psychiatriques Unité d'accueil et de soins des patients sourds Équipe de psychologues
PÔLE ODONTOLOGIE	Dr Anne Dautet	Service d'odontologie
PÔLE PHARMACIE	Dr Vincent Gicquel	Service de pharmacie
PÔLE SANTÉ PUBLIQUE	Pr Virginie Migonot	Service de pharmacologie clinique Service d'information médicale Service de santé publique et épidémiologie Service de médecine légale et médecine pénitentiaire Service de santé au travail et pathologie professionnelle



- Quelle est votre définition de la santé publique ?
- Pour vous, quels sont les grands enjeux de la santé publique actuellement au sein du réseau HCL ? Et plus généralement en France ?
- Quelle serait votre vision de la Santé Publique et du fonctionnement du CHU dans les futures années ?
- Faites-vous un lien entre votre mission et la santé publique ?

- 4) Le pôle de santé publique
 - Avez-vous un lien avec le Santé Publique ?
 - Quel regard portez-vous sur le pôle et son positionnement ?
- 5) Liens avec les acteur.ices extérieurs
 - Quels sont les liens avec les autres services du pôle et de l'hôpital ?
 - Quelles sont vos relations avec l'extérieur (officine de ville, autres hôpitaux) ?
 - Quels sont les contacts avec les institutions ? (ARS, ministère)
 - Quels sont vos moyens (financier, humains) ?

Annexe 2.2 : grille d'entretien CHU France

- 1) Pouvez-vous vous présenter ainsi que vos missions ?
- 2) Comment concevez-vous le rôle de votre CHU dans les actions de santé publique ?
- 3) Quelle est la définition que vous donnez à la santé publique ?
- 4) Quand est-ce qu'a été construit le PSP ? Quels sont les axes principaux présents au sein du pôle ?
- 5) Quels sont les objectifs principaux du pôle et quels sont les moyens/missions mis en place pour y parvenir ?
- 6) Comment est organisé votre PSP ?
- 7) Quel est le périmètre d'action de votre PSP ?
- 8) Comment arrivez-vous à soutenir des démarches d'innovation ou de veille ?
- 9) Quels sont les points forts/faibles du pôle selon vous ?
- 10) Quelle est la relation du PSP avec le reste de l'hôpital ?
- 11) Quel est votre rapport vis-à-vis des agences de santé et pouvoirs publics en général ?

Annexe 2.3 : grille d'entretien hôpitaux à l'étranger

- 1) General introduction: education, career path, current position
- 2) Vision of public health
 - Can you define what public health means to you? What constitutes Public Health?
 - According to you, what are the major challenges in public health currently? In the country and worldwide?
- 3) Application of public health in the country and the role of hospitals
 - What is the organisation of the healthcare system in the country?
 - Who oversee public health issues?
 - Does public health have a special place in Hospital?
 - Can you describe the governance structure in Hospitals?
 - What constitutes the Public Health service departments? (if any)
 - Is the mission of the Public Health service department to help and coordinate public health actions in the Hospital?
 - Do you believe Public Health needs a proper service department, or is it better to spread public health missions in every clinical service?
 - Which actors are involved outside the hospital?

Annexe 3 : Cartes des recherches / entretiens réalisés en France et à l'international

Annexe 3.1 : carte des recherches et entretiens réalisés en France



Annexe 3.2 : carte des recherches et entretiens réalisés en Europe



Annexe 3.3 : carte des recherches et entretiens réalisés dans le monde



Annexe 4 : Liste des entretiens

11 entretiens au sein des Hospices Civils de Lyon (HCL) :

- La cheffe du pôle de santé publique
- Chef adjoint axe vigilances
- Cheffe adjointe axe parcours
- Cheffe adjointe axe recherche
- La direction de l'innovation
- La déléguée du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)
- La direction de la prévention
- La direction du personnel
- La direction de la qualité
- La direction générale
- La présidence de la Commission Médicale d'Établissement (CME)

5 entretiens réalisés avec les équipes opérationnelles du PSP des HCL :

- L'équipe d'évaluation Article 51
- Le service 3P
- Le SEES (Service d'Évaluation Économique en Santé)
- Le SDS (Service des Données de Santé)
- Le DIM (Département d'Information Médicale)

6 entretiens réalisés avec des professionnels de santé publique de CHU en France :

- CHU Saint Etienne – Cheffe pôle Prévention et Santé des Populations
- CHU Rennes : Directrice de la transformation et de l’innovation
- CHU Grenoble : coordinatrice du Pôle de Santé publique
- AP-HM : Direction service Évaluation Médicale
- CHU Bordeaux : Direction en Prévention
- animateurs de santé publique du CH d’Angoulême / GHT Charentes

3 entretiens réalisés avec des membres de municipalités et universitaires :

- Direction adjointe – responsable du service stratégie et santé publique à la ville de Lyon
- Mairie du 7^e arrondissement - Santé Prévention et Santé Environnementale
- Directeur de formation à l’école de Santé Publique de Lyon

4 entretiens réalisés avec des professionnels à l’international et en lien avec l’international :

- Réseau HPH: International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (2)
- Direction Qualité et Patient Hôpital San Joan de Deu à Barcelone
- Coordinateur national du réseau HPH à Taiwan - Hôpital Taiwan Adventist Hospital

Annexe 5 : Projet stratégique

Hospices Civils de Lyon. (2025). *Projet stratégique 2035 : Construire la santé de demain*.
<https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/projet-strategique-hcl.pdf>

Annexe 6 : Présentation Assemblée Générale du PSP - 3/02

https://www.canva.com/design/DAG_tocER_o/OBkgeJ9Bnfv8RhveI3HNng/edit?utm_content=DAG_tocER_o&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

INTRODUCTION

Nous sommes ravis d’être parmi vous aujourd’hui pour vous présenter une partie de notre projet mené avec le pôle de santé publique. Cette partie du projet est consacrée à la comparaison avec l’international sur la gestion de la santé publique et la place de l’hôpital dans cette dernière. Avec un constat clair qui en ressort : une spécificité française importante quant aux acteurs mobilisés dans les politiques de santé publique.

Cela ne va peut-être pas vous surprendre étant donné notre système de santé dans son ensemble assez original quand on le compare avec d’autres pays du fait de son importante centralisation malgré des tentatives de régionalisation ces dernières années.

Mais cette spécificité française s’applique également à la santé publique avec deux aspects :

- D’un point de vue assez général une importante centralisation des stratégies et orientations de santé publique avec l’État à travers notamment certaines agences qui définissent les priorités et les ARS qui sont chargées de mettre en place ces orientations au niveau territorial en

s'adaptant aux spécificités des territoires. Alors que dans la plupart des autres pays on observe des systèmes décentralisés de santé avec un rôle essentiel et autonome des collectivités territoriales, en France on peut plutôt parler de système déconcentré, sans cette pleine autonomie de l'échelon local.

- Plus concrètement sur le territoire on constate le rôle essentiel des hôpitaux et notamment des CHU dans l'application des campagnes de santé publique et la conduite de projets spécifiques. C'est ainsi qu'on retrouve dans la majorité des CHU français des pôles de santé publique ou équivalent, avec des compétences et des activités qui varient mais qui démontrent que la santé publique est une compétence hospitalière, même si cela fait face à l'absence ou quasi-absence de financement propre à cette activité.

Nous nous attendions donc en étudiant les organigrammes des hôpitaux étrangers à retrouver un équivalent avec des services dédiés spécifiquement à la santé publique. Or sur 8 pays étudiés jugés intéressants au niveau de leur approche de la santé publique, seul certains hôpitaux allemands disposent d'un équivalent de pôles de santé publique, en partenariat fort avec l'université. Sinon dans tous les autres, soit la Suède, les Pays-Bas, la Suisse, le Brésil, le Royaume-Uni, le Canada et l'Espagne, on ne trouve pas de réel pôle de santé publique ou équivalent.

Donc constat : spécificité française avec des politiques de santé publique centrées sur l'hôpital. On peut alors se demander quels sont les acteurs mobilisés dans les politiques de santé publique à l'étranger et la coordination entre ces acteurs, ce qui va constituer le fil rouge de cette présentation. Mais pour éviter un effet catalogue, nous n'allons pas détailler chacun des acteurs dans ces pays mais plutôt illustrer notre constat à travers une problématique importante de santé publique qui touchent presque tous les pays : l'obésité, et une approche, la médecine communautaire, en prenant pour chaque problématique deux exemples étrangers qui illustrent cette spécificité française que nous avons constaté et qui nous paraissait intéressante à présenter aujourd'hui.

Fil rouge : COORDINATION entre acteurs et parcours de soin

Introduction obésité

Le premier cas pratique que nous avons choisi de vous présenter, est celui de l'obésité infantile, qui est un problème de santé publique touchant presque tous les pays occidentaux, y compris le Royaume Uni et le Danemark dont nous allons parler à présent. Contrairement à la France où les hôpitaux comme les HCL peuvent piloter des actions via des pôles de santé publique, ces exemples illustrent des coordinations décentralisées mêlant acteurs locaux, nationaux et hospitaliers afin d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux. Ainsi, le premier exemple est l'approche britannique du "whole system" et le second exemple est le modèle associatif danois "FitforKids".

CAS PRATIQUE 1 : OBÉSITÉ

1. Royaume Uni Gwenola

1. Mélange divers intervenants => compétences de coordination (présente aux HCL)

- a. Mesures nationales "Childhood obesity : a plan for action" + taxes boissons sucrées etc.
- b. Niveau local : approche "whole system", programme « East of England Design in the Public Sector » (DiPS) : partenariats d'agences locales pour prévenir et réduire l'obésité infantile localement

3. Constats actuels

Le Royaume-Uni, à l'image de la majorité des pays occidentaux, est aujourd'hui touché par une proportion grandissante d'obésité et de surpoids chez les enfants et les adolescents. Selon les chiffres du gouvernement, plus d'un tiers des enfants de l'école primaire sont déjà en surpoids ou en situation d'obésité.

Les causes de ce mauvais état de santé sont multiples. Ce qui est principalement mis en avant est la consommation de produits alimentaires ultra-transformés, trop gras, trop sucrés, trop salés, et un réel manque d'activité physique. Les enfants vivant dans des quartiers étant considérés comme économiquement précaires sont les plus touchés.

Des analyses prédictives ont été faites par la Royal Society for Public Health, et sont inquiétantes puisqu'elles indiquent que d'ici 2035, 4 enfants sur 10 seront touchés par le surpoids ou l'obésité.

4. Mesures

Face à ce constat alarmant, mais qui n'est pas nouveau, des mesures gouvernementales nationales sont récemment entrées en vigueur.

Le NHS (National Health Service) joue également un rôle central dans la lutte contre l'obésité infantile.

Mais les acteurs jouant un rôle déterminant sont avant tout les autorités locales, en agissant sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé. Ce sont en effet les collectivités qui ont la compétence en matière de santé publique.

Dans ce cadre, plusieurs territoires participent à expérimenter des solutions locales innovantes.

Un exemple concret est celui de la ville de Leeds, avec des résultats concrets puisque l'on a observé ces dernières années une baisse du taux d'obésité infantile.

Pour ce faire, le conseil municipal a développé depuis une dizaine d'années tout un panel de projets couvrant toutes les composantes de la vie d'un enfant, de la grossesse jusqu'à 19 ans. Ces projets ont bien sûr été portés par et avec des partenaires de natures très diverses. Ainsi, les parents, les crèches, les écoles maternelles et primaires, mais également les associations locales sont mises à contribution pour adopter de bonnes pratiques. Il ne s'agit donc pas seulement de se concentrer sur un régime alimentaire sain ; il y a tout un travail qui est fait sur l'environnement dans lequel l'enfant grandit. Un point d'attention a été apporté aux quartiers les plus défavorisés de Leeds, avec l'intervention d'une association caritative (HENRY) dont les membres (professionnels de santé, spécialistes de la petite enfance) interviennent directement auprès des parents ou des structures de la petite enfance.

5. Qu'en retient-on pour le cas des HCL ?

Dans le cas britannique, les projets n'ont aucune prise avec les hôpitaux. Mais cela n'empêche pas de pouvoir faire un lien avec l'organisation du pôle de santé publique des HCL. En effet, au vu de son organisation, les services de promotion et de prévention de santé semblent avoir les compétences et les ressources pour mener à bien des projets similaires.

On pense par exemple ici au cas du projet Passe Passe qui mobilise non seulement les acteurs des HCL, mais aussi les acteurs de la ville de Lyon, ce qui montre que les ambitions de santé ne s'arrêtent

pas au cadre hospitalier. On cherche dès lors à prendre en compte les déterminants sociaux, économiques et environnementaux des populations.

Au-delà du cas anglais, d'autres modèles de santé intègrent davantage les hôpitaux. Tel est le cas du Danemark que Lison va vous expliciter dès maintenant.

TRANSITION : projet Passe Passe => exemple d'innovation au sein des HCL

- Une question de compétence : ce qui bénéficie en Angleterre ce sont ces compétences interdisciplinaires (3P, appui à la recherche)

2. Danemark Lison

Le Défi

Dans les années 2000, le Danemark fait face au même problème, 12 à 15% des enfants sont en situation d'obésité. L'approche classique était une diète restrictive mais c'est un échec car 80% des enfants abandonnent. Ainsi, en 2007, Dr. Niels Holm Larsen adopte une solution de rupture et propose « FitForKids ».

1. Programme associatif multi-factoriel : FitforKids

FitforKids est un modèle associatif gratuit. Ce programme dédié aux enfants en situation d'obésité combine activité physique 2x/semaine, accompagné d'une bonne nutrition et d'un support psychologique.

Cette initiative est financée par les communes, les organisations de santé publique et le bénévolat. Cela concerne aujourd'hui 1900 enfants dans plus de 30 villes danoises.

De plus, ce programme est peu coûteux à déployer car il s'appuie sur les infrastructures communales existantes comme les écoles et les équipements sportifs.

2. La particularité : une intégration en 3 niveaux (hôpital, commune, privé et associatif)

La principale particularité c'est que le service hospitalier est intégré. Il y a une importante communication entre les hôpitaux, les médecins généralistes et les communes, afin de prendre l'enfant en charge sur le long terme. L'obésité est vue comme un enjeu territorial et pas uniquement médical.

Le premier niveau est le niveau hospitalier avec une infrastructure de suivi structuré et encadré par une équipe multidisciplinaire composée : de cliniciens pédiatriques spécialisées en obésité, des diététiciens, psychologues, travailleurs sociaux, mentors et médecins généralistes. Après la première visite, les visites représentent seulement 5h/an.

Le deuxième niveau est le niveau communal qui offre des services éducatifs et sociaux et propose du sport et des loisirs. Cela permet une intégration au sein du tissu social local.

Le troisième niveau est le niveau privé et associatif, composé de nutritionnistes privés, de PME du monde sportif et des associations de parents bénévoles.

Ainsi, cette architecture crée un parcours cohérent pour l'enfant et sa famille et cela sans rupture entre la ville et l'hôpital.

3. Le succès

Les résultats documentés entre 2008 et 2025, dépassent largement les standards internationaux.

Le taux de succès à court terme (18 mois) est une perte de poids et réduction du IMC de près de 75% des enfants. Amélioration significative du métabolisme et du cardio mais également les dimensions psychosociales.

Au long terme (4 ans et plus), 70% des enfants maintiennent leur perte de poids.

On peut expliquer ce succès par 3 piliers : une intégration systématique (système cohérent, pas de rupture), une approche responsabiliste (le système de santé se responsabilise) et une économie d'intensité (les mentors, les partenaires communaux, les outils numériques démultiplient l'effet de chaque visite clinique).

4. Applicabilité aux HCL

Les HCL présentent de nombreux points communs avec l'hôpital danois Holbaek qui a mis en place ce système. Tout d'abord, un CHU de taille comparable avec un pôle de santé publique déjà existant et le service 3P qui est lui-même engagé dans une logique de prévention et de santé populationnelle.

De nombreux partenaires disponibles : les communes du Rhône Alpes sont équivalentes aux communes danoises avec une offre éducative et sportive. Des services sociaux et des collectivités mais également un secteur privé présent.

Conclusion

Le modèle danois de prévention de l'obésité infantile démontre qu'une autre approche est possible et fonctionne à grande échelle. Avec seulement 5 heures de consultation médicale par an, une intégration systématique entre hôpital, communes et secteur privé, le Danemark a obtenu des résultats que les systèmes fragmentés ne produisent jamais : 75% de succès et 70% de maintien à 4 ans.

TRANSITION entre obésité et médecine communautaire

Ces cas sur l'obésité montrent une coordination variable. Au Royaume Uni la coordination est plutôt locale et sans hôpitaux. Au Danemark, la coordination est plutôt dans l'intégration de différents niveaux comme les hôpitaux et les communes. On peut ainsi faire un parallèle entre le projet Passe Passe qui mobilise déjà les HCL et la ville de Lyon sur les déterminants sociaux. Ainsi, la coordination évolue selon les modèles nationaux de santé.

À présent, nous allons vous présenter différentes méthodes communautaires d'accès aux soins, avec l'exemple de la Suisse et du Brésil. La santé publique s'y étend "hors les murs" via des équipes territoriales et cantonales.

CAS PRATIQUE 2 : Médecine communautaire (accès aux soins)

A travers notre étude des diverses approches et pratiques en santé publique à l'étranger, nous avons observé des variations dans la définition de celle-ci et son application. C'est pourquoi, dans ce second temps, il nous a paru intéressant de traiter des variations dans l'organisation des soins ainsi que de l'aspect de "médecine communautaire", qui est un domaine de la santé publique et qui impacte les missions et la coordination entre les acteurs en santé. Nous allons développer les cas de la Suisse et du Brésil.

La coordination pour mener des politiques de santé publique

2. L'organisation territoriale suisse en santé publique

Tout d'abord, la Suisse présente une organisation décentralisée (territorialisée) de son système de santé, qui comprend une fragmentation des compétences entre les acteurs de santé selon les domaines. Qu'on peut résumer en 3 échelles :

En premier lieu, cela inclue des instances d'orientation fédérales/ nationales en santé publique (ex l'Office Fédérale de Santé Publique FOPH et le programme "Health 2030" qui promeut la lutte contre le VIH, l'addiction au tabac, à l'alcool, à la drogue, promotion de la santé alimentaire et de l'activité physique.) avec des compétences fédérales limitées.

Ces orientations fédérales trouvent une réponse organisationnelle à travers les instances cantonales : les 26 cantons suisses possèdent leur propre législation, financements et programmes en santé publique, avec des corps de métiers médicaux dédiés (selon les besoins des territoires). Avec différents acteurs : on retrouve des Offices cantonaux de Santé Publique, l'institution de Promotion Santé Publique Suisse, les centres de santé communautaire, les hôpitaux et universités de santé publique.

La forte présence d'instances territorialisées permet de travailler les problématiques liées à l'accès aux soins, en ciblant la population locale. Afin de maximiser l'accès aux soins, la Suisse mêle des acteurs institutionnels et non-étatiques -publics ou privés- dans des campagnes de promotion et de prévention de la santé. (Associations, ONG, assureurs santé)

3. Rôle des centres universitaires de médecine/ la santé publique dans l'organisation des soins des cantons

Comme en France, les rôles de ces différents acteurs en santé sont mis au service du territoire. Pour ce faire, une pratique qu'on a retrouvé dans plusieurs cas étrangers est la mobilisation des centres universitaires de médecine générale et en santé publique.

En effet, les hôpitaux suisses bénéficient pour la plupart, de l'expertise de centres universitaires de médecine générale et de santé publique, mais n'ont pas de pôles de santé publique au sein de leur structure.

Par exemple, Lausanne dispose d'Unisanté, un centre universitaire de médecine générale et de santé publique dont les missions consistent en : la recherche et épidémiologie, prévention, promotion de la santé dans le canton, médecine communautaire, politiques de santé. Les étudiants en santé publique interviennent dans les politiques de santé publique et partagent une expertise médicale en faisant l'"Hôpital hors les murs".

(Dans l'objectif d'utiliser les moyens humains, matériels, financiers des CHU. Tout en mobilisant l'expertise des acteurs extérieurs au profit de la résolution des problématiques cantonales de santé publique.)

Ce qui questionne la place de l'hôpital dans le système de santé, avec pour idée que l'hôpital doit intervenir en dernier recours.

6. Le développement de la médecine communautaire à l'échelle fédérale et cantonale

Une des préconisations suisses en santé publique met avant le recours à la médecine communautaire.

Pour ce faire, la Suisse investit dans la santé populationnelle et sensibilise les “groupes cibles”, comprenant les personnes migrantes, sans-papiers, les personnes en situation de précarité, les personnes âgées... Avec pour objectif de réduire les précarités (sociales, économiques, juridiques...) en assurant l'accès aux soins (pas seulement aux soins urgents).

Par exemple, le canton de Genève a défini ses orientations cantonales présentées à travers un “Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030”, qui explicite à l'Axe 2 l'impact des facteurs sociaux-économiques sur la santé des populations (le niveau d'éducation, l'emploi, la situation familiale, handicap etc) comme pouvant être des facteurs de risque des inégalités sociales et d'accès à la santé (p.32/33).

C'est pourquoi, entre 2017 et 2018, le canton de Genève a expérimenté le projet nommé “Papyrus”, dont l'objectif était d'assurer l'accès aux soins des personnes en situation migratoire, sans-papiers, au HUG de Genève. L'enjeu était de permettre aux personnes en situation migratoire de ne pas multiplier les précarités (sociales, économique, de santé). Ce projet a permis d'aider à régulariser 2390 personnes sans-papiers en 1 an (comptant 437 familles et 939 personnes seules), aide à la régularisation par l'accès aux soins, évite une propagation de maladies, évite d'accumuler les précarités.

Enfin, dans une approche strictement médicale, le centre universitaire de médecine et de santé publique de Lausanne a mis en place un “Département urgences et santé communautaires (DUSC)” d'Unisanté : regroupant des activités de soins en médecine ambulatoire offrant un accès aux soins aux habitants de Lausanne et communautaires (avec une équipe mobile infirmière disponible 24/7 afin de traiter des besoins urgents de la population).

7. Applicabilité aux HCL

A travers l'étude du cas suisse, nous avons souhaité faire un lien avec les pratiques des HCL. En effet, les médecins sont qu'une étape du soin mais primordiale. L'aspect de médecine communautaire comprend les problématiques de repérage des populations cibles et de leur prise en charge dans un premier temps. Puis dans un second temps, l'hôpital n'étant qu'un court moment dans le parcours de soin des patients, il nécessite de travailler l'organisation et le maintien des liens à la sortie, et via quels acteurs.

L'enjeu se focalise sur l'aide pour repérer les précarités et pour faire le lien. (Association en lien avec les populations précaires, lien avec les Assistantes Sociales de la Métropole de Lyon, avec la ville...) Tout ceci afin de renforcer la dynamique de l'“aller vers”, déjà mise en place au sein des HCL et dans le projet stratégique 2035 (cf “CHU de territoire”).

De manière pratique, le PSP peut intervenir dans ce processus à travers l'exploitation de base de données et le suivi des indicateurs de précarité (via le service d'hygiène, service relevant de l'exploitation des données...)

Enfin, la santé se faisant principalement “hors les murs”, la pluridisciplinarité et les interconnexions entre les problématiques de santé (telles que les liens entre précarité-toxicomanie, précarité-addiction, précarité-obésité) renforce l'importance d'une mise en lumière des “groupes cibles”, obligeant une coordination renforcée entre les acteurs du territoire (en santé ou non).

- Brésil

Le système de santé brésilien : une politique publique de santé décentralisée

Le système de santé brésilien repose sur le Sistema Único de Saúde (SUS), inscrit dans la Constitution de 1988 à l'issue des mobilisations pour la réforme sanitaire des années 1970-1980. Conçu comme une politique publique de santé à vocation universelle, le SUS garantit un accès gratuit aux soins pour l'ensemble de la population, indépendamment du statut social ou économique. S'il s'inspire de certains modèles européens, il se distingue par une organisation fortement décentralisée, dans laquelle la responsabilité de la mise en œuvre des politiques de santé est partagée entre l'État fédéral, les États fédérés et surtout les municipalités. Ces dernières jouent un rôle clé dans la planification et la gestion des soins de santé primaire, ce qui permet une adaptation des politiques sanitaires aux besoins locaux, caractéristique d'une approche de santé publique territorialisée. Cette décentralisation s'accompagne d'un modèle de gouvernance participative, associant professionnels de santé, gestionnaires et usagers aux processus décisionnels.

Le rôle des hôpitaux dans une logique de santé publique intégrée

Dans le cadre du SUS, les hôpitaux ne constituent pas le centre du système de santé, mais interviennent en complément des dispositifs de soins primaires et de prévention. Leur rôle est principalement orienté vers la prise en charge des cas complexes, spécialisés ou nécessitant une hospitalisation, tandis que les besoins courants de santé sont traités en amont, au niveau communautaire. Cette organisation répond à une logique d'efficience en santé publique, visant à limiter les hospitalisations évitables et à maîtriser les coûts de santé. Elle a contribué à une amélioration significative de la couverture sanitaire de la population — proche de 99 % — ainsi qu'à une réduction des dépenses hospitalières (baisse d'environ 45 des taux d'hospitalisation évitables). Les hôpitaux universitaires jouent par ailleurs un rôle structurant en matière de formation, de recherche et de soins de haute complexité, participant à la production de connaissances en santé publique. Néanmoins, malgré l'existence de lignes directrices nationales, des inégalités territoriales persistantes subsistent dans l'accès et la qualité des soins, révélant les limites d'un système dépendant des capacités locales de gestion.

Les méthodes communautaires : un pilier de la santé publique brésilienne

La Stratégie de Santé Familiale constitue le cœur opérationnel de la santé publique au Brésil, en organisant les soins autour d'équipes pluridisciplinaires de proximité responsables d'une population définie. Composées de médecins, infirmiers, dentistes et d'agents de santé communautaires, ces équipes interviennent directement dans les quartiers et les périphéries urbaines pour assurer à la fois la prévention, le suivi des maladies chroniques, la vaccination, l'éducation à la santé et l'accompagnement social. Les agents de santé communautaires, issus des communautés qu'ils desservent, jouent un rôle central dans la surveillance sanitaire de proximité : par des visites régulières à domicile, ils identifient précocement les situations à risque, facilitent l'accès aux soins et assurent la continuité des parcours de santé. Ce dispositif favorise une conception élargie de la santé, intégrant les déterminants sociaux, et permet une meilleure coordination entre acteurs sanitaires, sociaux et institutionnels. En maintenant les patients au sein de leur environnement de vie et en agissant en amont des pathologies, cette approche contribue à l'amélioration des indicateurs de santé populationnels (mortalité infantile : baisse 60p en 2 décennies, couverture vaccinale, prise en charge du VIH), à la réduction des coûts et à la lutte contre les inégalités de santé, illustrant pleinement une logique de santé publique fondée sur la prévention, la participation et l'action collective.

CONCLUSION

Ce travail met en lumière un constat assez simple : partout dans le monde, les systèmes de santé font face aux mêmes défis : comment une institution (hôpital, mairie ou centre de santé) répond aux

problèmes complexes des populations ? L'obésité, ce n'est pas qu'un problème médical. La précarité, ce n'est pas qu'un problème de santé. Ce sont des enjeux profondément sociaux.

Et quand on regarde les projets de soins qui marchent vraiment (FitForKids au Danemark, Papyrus en Suisse, la Stratégie de Santé Familiale au Brésil, approche whole system au niveau local au Royaume Uni), on voit partout la même logique : ce n'est jamais un acteur seul qui porte la santé publique. C'est la capacité à coordonner les compétences. C'est la construction d'un parcours cohérent qui est mise en avant.

Cela nous ramène à une question plus large : qu'est-ce qu'on appelle, au juste, "santé publique" ? Est-ce une case dans un organigramme, un ensemble de dispositifs, ou plutôt une façon de concevoir l'action, tournée vers les déterminants sociaux, les territoires, les parcours de vie ? En France, le fait d'avoir intégré la santé publique au sein même des hôpitaux à travers certains PSP, met en avant notre caractéristique particulière vis-à-vis d'autres pays étrangers.

Dans ce contexte, les exemples que nous avons étudiés invitent globalement à faire un pas de côté. À voir la santé publique non seulement comme un champ de compétences, mais aussi comme une manière de relier : relier des institutions, des professions, des données, des histoires individuelles.

Au fond, c'est cela que ce travail interroge : non pas seulement comment s'organise la santé publique, mais ce que nous mettons collectivement derrière ce mot.

Sources :

BBC. (2023). *The global fight against childhood obesity* [Audio]. BBC Sounds. <https://www.bbc.com/audio/play/m001yqym>

Commonwealth Fund. (2016). *Brazil's Family Health Strategy: Using community health care workers to provide primary care*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/dec/brazils-family-health-strategy-using-community-health-care-workers>

European Association for the Study of Obesity. (2023). *Success in treatment against the odds: The Children's Obesity Clinic, Holbæk, Denmark*. EASO Case Studies.

European Investment Bank. (2020). *Denmark fitness company makes working out fun for children*. EIB Stories. <https://www.eib.org/en/stories/child-obesity->

Henry, J. (n.d.). *About our organisation*. The Henry Organisation. <https://www.henry.org.uk/about/our-organisation>

IFRAP. (n.d.). *Aide médicale d'État : Comment cela fonctionne chez nos voisins européens*. <https://www.ifrap.org/etat-et-collectivites/aide-medicales-detat-comment-cela-fonctionne-chez-nos-voisins-europeens>

Leeds City Council. (2023). *Latest data shows fall in childhood obesity rates in Leeds*. <https://news.leeds.gov.uk/news/latest-data-shows-fall-in-childhood-obesity-rates-in-leeds>

Local Government Association. (n.d.). *Redesigning preventative services for childhood obesity* [Case study]. <https://www.local.gov.uk/case-studies/redesigning-preventative-services-childhood-obesity>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (n.d.). *Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par type de prestation*. Indicateur MonAM.

<https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/depenses-pour-la-promotion-de-la-sante-et-la-prevention-par-type-de-prestation>

RTS. (2020). *Plus de 2 000 sans-papiers régularisés à Genève grâce à l'opération Papyrus*. <https://www.rts.ch/info/regions/geneve/11110013-plus-de-2000-sanspapiers-regularises-a-geneve-grace-a-loperation-papyrus.html>

Science News Denmark. (2025). *Danish treatment model works: Three out of four children lose weight and keep it*. <https://sciencenews.dk/>

Unisanté. (n.d.). *Unisanté : Centre universitaire de médecine générale et santé publique*. <https://www.unisante.ch/fr/unisante>

World Health Organization. (2021). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity (ECHO)*. WHO.

Wiley Online Library. (2019). *International Journal of Paediatric Obesity*, Article ijpo.12529. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12529>

UK Government. (2019). *Childhood obesity plan: Policy interactions*. Department of Health and Social Care. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c38b944e5274a70e95f35b8/childhood-obesity-plan-policy-interactions.pdf>

Sources institutionnelles et documents de politique publique

Chameleon Pharma Consulting. (n.d.). *Rejoignez le marché brésilien OTC et pharmaceutique*.

République et Canton de Genève. (n.d.). *Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention – Horizon 2030*.

Le système de santé brésilien expliqué : SUS, secteur privé et conseils. (n.d.).

- <https://easo.org/success-in-treatment-against-the-odds-the-childrens-obesity-clinic-holbaek-denmark/>
- <https://sciencenews.dk/en/danish-treatment-model-works-3-of-4-children-lose-weight-and-keep-it-off>
- <https://www.fitforkids.com/>
- <https://www.eib.org/fr/stories/child-obesity-fitness-programme>

Annexe 7 : cartographie des masters en Santé Publique (ou équivalent) à Lyon¹¹⁶

Établissement (Lyon)	Intitulé exact du master / parcours	Orientation principale
Lyon 1 (EUSPL/ESPUL)	Master Santé publique – M1 Santé publique	Épidémiologie, biostatistiques, recherche clinique, évaluation en santé
Lyon 1 (EUSPL/ESPUL)	Master Santé publique – M1 Prévention, promotion de la santé et santé globale	Prévention, promotion de la santé, santé globale
Lyon 1 (EUSPL/ESPUL)	Master 2 Actions de santé publique	Interventions, politiques opérationnelles, santé publique appliquée
Lyon 1 (EUSPL/ESPUL)	Master 2 Biostatistique, bio-informatique, intelligence artificielle et épidémiologie	Biostatistique, bio-informatique, intelligence artificielle, épidémiologie
Lyon 1 (EUSPL/ESPUL)	Master 2 Recherche clinique et services de santé	Services de santé, recherche clinique
Lyon 1 (EUSPL/ESPUL)	Master 2 Prévention, promotion de la santé et santé mondiale	Prévention, promotion, santé mondiale
Lyon 1 (EUSPL/ESPUL)	Master 2 Méthodes pour le développement et l'évaluation du médicament	Évaluation des médicaments, pharmaco-épidémiologie
Lyon 1 (site INSPÉ Loire)	Master Santé publique – Prévention, promotion de la santé et santé globale	Même mention rattachée à Lyon 1, implantation à Saint-Étienne
École Centrale Lyon	Master 2 Santé publique – Biostatistique, bio-informatique et biomathématiques pour la santé	Biostatistique, bio-informatique, biomathématiques pour la santé
Sciences Po Lyon	Master Politiques publiques – spécialité Santé	Politiques de santé, gouvernance, évaluation
Sciences Po Lyon	Master Affaires européennes – spécialité Santé	Politiques de santé européennes, santé transnationale
Lyon 2	Master 2 Sciences de l'éducation – Promotion et éducation pour la santé	Promotion de la santé, interventions communautaires
Lyon 2 / Lyon 3	Parcours ou unités d'enseignement Santé publique et société, Santé et culture	Approches sociales, culturelles et philosophiques de la santé publique
Lyon 3	Master Management des parcours et organisations sanitaires	Management, organisation, parcours de soins
Lyon 3	Master 2 Conduite du changement dans les territoires et réseaux sanitaires et médico-sociaux	Territoires sanitaires, innovation, conduite du changement
Lyon 3	Master Culture et santé	Santé, culture, éthique, société
EM Lyon	Parcours santé, innovation santé et santé numérique	Management, innovation et entrepreneuriat en santé

¹¹⁶ Tableau réalisé à l'aide de l'Intelligence artificielle générative Perplexity à partir de nos propres recherches

Résumé de 150 mots

Ce rapport interroge le positionnement du Pôle de Santé Publique des Hospices Civils de Lyon face aux enjeux actuels de prévention, d'organisation des soins et de financement de la santé publique. Pour y répondre, nous avons mobilisé une méthode qualitative fondée sur une revue de littérature, des observations de terrain, des entretiens semi-directifs et un benchmark d'établissements français et internationaux. L'enquête montre que les actions de santé publique existent déjà dans de nombreux services, mais qu'elles restent dispersées, peu visibles et insuffisamment coordonnées. Elle met aussi en évidence un frein majeur : l'absence d'un modèle de financement stable pour la prévention. Les comparaisons menées soulignent l'intérêt de liens plus étroits avec les universités, les collectivités, la ville et les partenaires territoriaux. Enfin, le rapport propose de renforcer la transversalité du pôle, sa lisibilité et sa capacité à structurer une politique de prévention plus ambitieuse.

Mots clés : santé publique, prévention, CHU, coordination, financement

Liste de sigles

- **AP-HM** : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
- **AP-HP** : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
- **ARA** : Auvergne Rhône Alpes (région)
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CEHPP** : Conseil Économique de l'Hospitalisation Publique et Privée
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CME** : Commission Médicale d'Établissement
- **CMG** : Commission Médicale de Groupement
- **CNRS** : Centre National de la Recherche Scientifique
- **CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- **DCSi** : Dépenses Courante de Santé au sens International
- **DIM** : Département d'Information Médicale
- **DRCI** : Directions de la Recherche Clinique et de l'Innovation
- **DRCI** : Délégations à la Recherche Clinique et à l'Innovation
- **EPSM** : Établissement Public de Santé Mentale
- **ESP** : École de Santé Publique
- **ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient
- **GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire
- **HCL** : Hospices civils de Lyon
- **HPH** : Health Promoting Hospitals and Health Services
- **GHT** : Groupements hospitaliers de territoire
- **IA** : Intelligence Artificielle
- **IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **MERRI** : Missions d'Enseignements, de Recherche et de Référence et d'Innovation
- **NHS** : National Health Service
- **OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PCMG** : Président de la Commission Médicale de Groupement
- **PHRC** : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
- **PSP** : Pôle de Santé Publique
- **PU-PH** : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
- **SDS** : Service des Données de Santé
- **SEES** : Service d'Évaluation Économique en Santé
- **SIGAPS** : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
- **SP** : Santé Publique
- **SSES** : Service Sanitaire des Étudiants en Santé
- **T2A** : Tarification à l'Activité