



Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec (2ème partie)

**D. DOUMONT
K. VERSTRAETEN
Y. GOSSIAUX
F. LIBION**

A la demande du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé
et en collaboration avec la Direction Générale de la Santé

**Février 2008
Réf. : 08- 48**

Série de dossiers techniques



**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

TABLE DES MATIERES

1° Introduction	2
2° Méthodologie	4
3° Pays investigués	6
A PROPOS DE L'ALLEMAGNE	6
A PROPOS DE LA BELGIQUE (COMMUNAUTE FLAMANDE)	13
A PROPOS DU CANADA (PROVINCE DU QUEBEC)	24
A PROPOS DE L'UNION EUROPEENNE	31
A PROPOS DE LA FRANCE	33
A PROPOS DU ROYAUME-UNI	48
4° Conclusions générales	53
5° Bibliographie (2 ^{ème} partie)	56
6° Bibliographie générale (1 ^{ère} et 2 ^{ème} parties)	59
7° Annexe	64

Dominique DOUMONT, Karine VERSTRAETEN, Yvette GOSSIAUX, France LIBION
Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université catholique de
Louvain ¹

Quelques exemples de politiques de santé publique mises en
place au sein de l'Europe et de la Province du Québec.
(2^{ème} partie)

Dans le cadre de la préparation du prochain programme quinquennal de promotion de la santé en CFB, la Direction Générale de la Santé conjointement avec le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé sollicitent le service communautaire UCL-RESO afin qu'il réalise une revue de littérature concernant les politiques de santé publique européennes mises en place ces dernières années, en s'intéressant plus particulièrement aux différents plans nationaux existants.

1° Introduction

La **santé publique** est définie par l' O.M.S. comme étant « l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyen d'actions collectives ». (O.M.S., 1942).

Mais dès le début de la recherche, certaines difficultés apparaissent ...

En effet, sous l'appellation « santé publique » se cachent de nombreux concepts, voire des représentations diverses.

Pour certains, la santé publique s'interprète en données épidémiologiques et donc se traduit en objectifs de baisse de morbidité/mortalité (approche bio-médicale de la santé) ; pour d'autres, il s'agira de partir des facteurs influençant la santé et donc de décliner des objectifs de santé en fonction des déterminants de santé observés (approche globale de la santé). Deux approches différentes qui généreront des conceptualisations et des mises en œuvre distinctes.

Enfin, depuis quelques années, une nouvelle approche de la santé émerge et fait référence aux impacts, aux menaces de l'environnement sur la santé des populations.

¹ L'analyse des documents/publications/programmes a été réalisée par D. Doumont, Y. Gossiaux, F. Libion, K. Verstaeten

Dès 1989, le Bureau régional européen de l'O.M.S. émet une Charte de l'environnement et de la santé qui stipule qu'une bonne santé et le bien-être « *exigent un environnement propre et harmonieux dans lequel tous les facteurs physiques, psychologiques, sociaux et esthétiques tiennent leur juste place. L'environnement devrait être traité comme une ressource aux fins de l'amélioration des conditions de vie et du bien-être.* » (van Steenberghe et Doumont, 2005).

En 1999², l'Organisation Mondiale de la Santé souligne que « *L'environnement est la clé d'une meilleure santé* ». De nos jours, « *... des professionnels de la santé et de l'environnement (Hendrick, 2001 ; Van Den Berg, 1997) estiment que certaines pathologies, telles que la tuberculose, le saturnisme ou les troubles nutritionnels, peuvent être perçus comme le reflet d'un environnement « malsain » qui intègre un ensemble de facteurs environnementaux et sociaux tels que les conditions de vie des personnes (environnement bio-physique comme l'insalubrité du logement, l'humidité, l'air ambiant; les habitudes de vie telles que le tabagisme, la malnutrition) et l'intégration sociale.*

La plupart des facteurs mentionnés ne peuvent donc trouver de solutions purement thérapeutiques, sans s'intéresser à la prévention « classique » qui dépasse largement le champ de la médecine. » (van Steenberghe et Doumont, 2005).

Dès lors, une approche cohérente de la santé doit également intégrer cette dimension environnementale au sein de la santé publique.

La « **santé publique** » selon Agren G., (2003) dépend finalement du type de société dans laquelle nous souhaitons vivre. « *Il y a un lien très étroit entre démocratie, participation, égalité et sécurité sociale d'une part et d'autre part une bonne santé publique* ».

Il en va de même pour la perception de la « **promotion de la santé** » et de « **l'éducation pour la santé** ». Des différences existent au sein des pays européens et/ou anglo-saxons.

Prenons l'exemple décrit par Morin R. (2007) qui décrit la situation de la France et du Québec. Selon cet auteur, le concept de promotion de la santé est largement plus répandu au Québec que le concept d'éducation pour la santé « *... qui n'est réservé que pour désigner une stratégie de promotion de la santé parmi d'autres. C'est tout le contraire en France où l'éducation pour la santé est plus répandue que la promotion de la santé. Ces distinctions se reflètent parfaitement dans les mandats confiés aux organisations publiques françaises et québécoises. Ainsi, en France, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé met en œuvre surtout des interventions qui visent les changements de comportements individuels alors qu'au Québec, l'institut national de santé publique intègre dans sa mission toute une variété d'interventions, notamment celles qui visent directement la création d'environnements favorables à la santé* ».

² Conférence ministérielle "santé et environnement" organisée par l'O.M.S, Londres, juin 1999, citée par van Steenberghe E. et Doumont D., (2005)

Ziglio et Brown (OMS, Euro, 2004, cité par Deccache, 2006) présentent les **éléments fondamentaux d'une politique de promotion de la santé durable**.

Programmes de modification des connaissances, attitudes et comportements de santé	→	Modification des comportements à risque
	→	Promotion de modes de vie sains
Politiques et actions pour créer des environnements et communautés favorables à la santé	→	Lieux promoteurs de santé – lieux de travail , écoles et communautés
Politiques et actions de réduction des inégalités sociales et économiques	→	Créer les conditions de la santé, réduire la pauvreté et l'exclusion sociale

La promotion pour la santé deviendrait-elle une nouvelle forme de santé publique ? Compte tenu de la Charte d'Ottawa (1986) et de Bangkok (2005) en promotion de la santé et de l'application des principes de ces dernières dans les 5 champs d'action définis (à savoir (1) la mise en place de politiques de santé publique, (2) la création d'environnements sains, (3) le renforcement des actions communautaires, (4) le développement des habilités personnelles et communautaires et (5) la réorientation des services) la question ne devrait pas/plus se poser.

Quant à **l'éducation pour la santé** (qui, pour rappel, fait partie intégrante de la promotion de la santé), il s'agit d'un processus qui aide des individus agissant séparément ou collectivement à (apprendre à) prendre des décisions éclairées concernant des problèmes affectant leur santé en tant qu'individus, familles et communautés. Elle consiste non seulement à communiquer des informations, mais également à stimuler la motivation, les aptitudes et la confiance nécessaires pour agir dans le sens de l'amélioration de la santé.

2° Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagée dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciencedirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science).

De nombreux sites Internet ont également été consultés (liste en bibliographie). La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles et documents retenus. Enfin, certains documents illustrant des programmes/plans de santé auraient mérité notre attention mais

n'étaient disponibles ni en français, ni en anglais ni en néerlandais.

Au regard de ces différents critères, 64 références bibliographiques ont été sélectionnées et retenues dans le cadre de cette revue de littérature.

Les mots clefs retenus pour la recherche documentaire sont : public health, national health programs, decision-making, health policies.

Pour faciliter la lecture (et la réflexion !) des différents documents recensés, une grille de lecture reprenant certains points illustrant notre politique de santé (programme quinquennal, PCO) a été réalisée (**cf annexe 1**).

Toutefois, très rapidement, il s'est avéré que les stratégies et initiatives mises en place par les différents pays investigués ne permettaient pas de confronter systématiquement les différents pays avec notre grille de lecture.

Dès lors, le plan suivant a été proposé pour la lecture et la compréhension des différents documents, à savoir :

Généralités

1° Organisation du système de soins

- Au niveau national

- Au niveau régional et local

- Agences de soutien

- Financement

2° Stratégie nationale

- Plan national

- Evaluation

- Critères utilisés par établir les priorités de santé publique

- Collaboration

3° Commentaires

4° Bibliographie

Vu l'ampleur du sujet traité (et des informations recueillies), il avait été décidé de décliner ce dossier en **2 parties**.

La 1^{ière} partie concernait les pays suivants : la Suède, les Pays-Bas, la Suisse, le Luxembourg, le Danemark, la Bulgarie, la Croatie et l'Espagne et a été publiée en décembre 2007 sous la référence 07-47.

Le présent document (seconde partie) présente les stratégies nationales/régionales développées par l'Allemagne, la Belgique (Communauté Flamande), le Canada (Province du Québec), l'Union Européenne, la France et le Royaume-Uni.

Certains pays/régions seront plus détaillés que d'autres, ceci eu égard notamment à l'état d'avancement des « politiques/stratégies » développées.

3° Pays investigués

A PROPOS DE L'ALLEMAGNE

1° Organisation du système de soins

Au niveau national :

Le **Ministère fédéral de la Santé** (BMG : Bundesministerium für Gesundheit - www.bmg.bund.de) est le ministère du Gouvernement fédéral allemand chargé de la politique de santé. Il est responsable de la politique du gouvernement concernant :

- L'assurance maladie obligatoire et l'assurance contre la dépendance.
- La gestion et la réforme du système de santé.
- La réglementation en matière d'hospitalisation et de médicaments.
- La prévention et la lutte contre la drogue.
- Les droits des handicapés.
- Les politiques de santé aux niveaux européen et international.

« La santé est un des biens les plus précieux de l'homme. La politique sanitaire a comme objectif de conserver et de promouvoir la santé de la population et de la rétablir en cas de maladie. Il s'agit de garantir au mieux que chaque individu puisse jouir d'une meilleure santé, qu'il puisse vivre plus longtemps et qu'il soit à même de mener une vie active. Assurer un système de soins de haute qualité à des coûts abordables, tel est donc l'enjeu qui se pose à la politique de santé, aujourd'hui comme demain ». (in www.bmg.bund.de)

Au niveau local :

Les « Länders » (états fédéraux) sont responsables des services de santé publique.

Au niveau international :

L'Allemagne a également assuré pour six mois la **présidence du Conseil de l'Union Européenne** (01.01.2007 – 30.06.2007).

Les priorités de la politique en matière de santé de la présidence allemande du Conseil de l'UE concernaient : innovation, prévention et accès aux prestations de santé.

« La prévention et l'encouragement de modes de vie sains jouent un rôle clé pour améliorer la santé et réduire les coûts engendrés par la maladie. Ils font parties intégrantes de systèmes de santé axés sur l'avenir. Le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2007-2013, qui doit être conclu par le Conseil européen et le Parlement sous la présidence allemande, va mettre à disposition des fonds qui seront consacrés à encourager des efforts de protection et de promotion de la santé par le biais de mesures ciblées dans plusieurs Etats membres ou dans l'ensemble de ceux-ci. Face, avant tout, à la nouvelle hausse du nombre d'infections nouvelles à VIH et à la baisse simultanée de la prise de conscience du problème dans la population, la présidence allemande va reprendre la politique en matière de prévention de présidences précédentes et la poursuivre en y ajoutant des priorités particulières. Une conférence au niveau ministériel va définir comment faire participer et impliquer plus fortement la société civile quant aux mesures de prévention VIH/sida, notamment dans l'est de l'Europe, et quel leadership la politique devra assurer dans ce contexte. » (in <http://www.bmg.bund.de>)

« Alimentation saine et activité physique » sont les piliers d'une prévention efficace et les composantes d'une stratégie que la Commission va présenter au premier semestre 2007 suite à son livre vert du même nom. Dans le cadre d'une manifestation de haut rang, la présidence allemande va s'appliquer à dégager l'importance politique de la prévention en matière de santé sur l'exemple de l'activité physique et de l'alimentation. »
(in <http://www.bg.bumd.de>)

Agences de soutien (non exhaustif).

♦ **The Federal Centre for Health Education** : Centre fédéral d'éducation pour la santé : BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung : (www.bzga.de))

Les missions principales du BZgA sont de développer et de mettre en place des stratégies éducatives, en partenariat avec d'autres corporations (bodies) et donc de promouvoir la santé de l'homme, où une approche « communication » et « multimédia » s'avère indispensable.

1° L'éducation pour la santé en Allemagne.

L'éducation pour la santé sert les intérêts des politiques de santé publique.

L'Allemagne dispose d'une structure fédérale, composée de 16 Etats Fédéraux. Cette structure a abouti au développement de relations de coopération particulière avec les états fédéraux en tant que partenaires privilégiés pour la mise en œuvre de programmes éducatifs nationaux.

Au niveau fédéral, cette mission est assurée par le BZgA qui a « autorité » en la matière et qui dépend du Ministère fédéral de la Santé.

Le BZgA a été constitué en 1967 et avait comme principales missions :

- L'élaboration de principes et de recommandations en termes de contenu et de méthodes en éducation pour la santé.
- La formation et l'éducation permanente (formation continue) des acteurs en éducation pour la santé.
- La coordination et le renforcement de l'éducation pour la santé en République fédérale allemande.
- La coopération avec des agences à l'étranger.

NB : utilisation plutôt du concept « éducation sanitaire » et non « éducation pour la santé » et de la notion de « prévention sanitaire » (Präventionsgesetz).

« La prévention sanitaire vise à vous prémunir contre les atteintes à la santé et les détériorations de l'état de santé. Elle entend aussi empêcher l'aggravation d'une maladie ou parer à la nécessité de soins permanents ». (in Prevention, <http://www.bmg.de>)

2° Prévention (soins de santé préventifs) de la population.

Les soins de santé préventifs et la préservation de la santé sont les deux principaux objectifs du travail réalisé par le BZgA. Dans ce contexte, l'accent est mis sur la promotion de la volonté des individus d'adopter des modes de vie responsables (donc des comportements) et de faire une bonne utilisation des systèmes de soins existants. L'éducation pour la santé est réalisée à différents niveaux.

Objectifs :

- L'Information : la population doit atteindre un niveau élevé de connaissances liées à la santé.
- La motivation : promouvoir une attitude responsable à l'égard des questions de santé.
- L'expertise : exercer une influence positive sur les différents comportements de santé des individus et leurs actions.

3° Efficacité et efficience de la promotion de la santé.

La réalisation de ces objectifs exige de travailler de façon continue et à long terme en s'appuyant sur l'expertise de professionnels sur base de connaissances scientifiques. Un management de qualité, le développement de stratégies et l'observation du « marché » seront d'une grande utilité pour le futur.

Des priorités (d'actions) claires doivent être établies et les populations et régions cibles déterminées avec précision.

Enfin, il s'agit, en termes de bénéfice santé, de tirer le meilleur parti de l'exploitation des ressources utilisées/existantes.

Notons également l'**existence de data bases** gérées par le BzgA et concernant les aspects suivants :

- Promotion pour la santé des populations défavorisées.
- Prévention des accidents auprès des enfants.
- Promotion de l'activité physique dans les garderies/jardins d'enfants.
- Diagnostic prénatal - désir de grossesse.
- Santé de la femme et promotion pour la santé.

Les **principales thématiques développées** au sein du BzgA concernent :

- Prévention du Sida.
- Prévention des assuétudes.
- Education sexuelle et affective, planification familiale.
- Alimentation et activité physique.
- Santé des enfants et des jeunes.
- Santé scolaire.
- Dons de sang et de plasma.
- Dons d'organes.

♦ **L'institut fédéral des produits pharmaceutiques et médicaux.**

♦ **L'institut Robert Koch** (institut des maladies transmissibles et non transmissibles).

♦ **L'institut germanophone pour la documentation médicale et l'information.**

Sources de financement :

Les institutions d'assurances sociales (68 %), les impôts (10 %), les « out-of-pocket insurance » (10 %), les assurances privées (6,6 %). Enfin, plus ou moins 4 % du total des dépenses sont alloués à la prévention et à la santé publique.

2° Stratégie nationale

Bien qu'il n'existe pas de trace d'un programme général/national de santé publique, certains programmes nationaux existent; retenons notamment la mise en place d'une campagne nationale contre le sida.

Selon le Prof. Schwartz, cité par Kirch (2004), en Allemagne, le système sanitaire est très complexe. Il comprend pas moins de 900 institutions qui oeuvrent dans le secteur de la prévention mais il déplore l'absence d'activités de prévention structurées à l'échelon national, à l'exception de politiques d'hygiène classiques, ou d'efforts réalisés en matière de protection sur les lieux du travail concernant notamment la législation et l'éducation en matière de sécurité routière.

Toutefois, toujours selon Schwartz, depuis une dizaine d'années des efforts considérables ont été réalisés notamment en démarrant un programme de prévention de la santé bucco-dentaire chez les enfants ; ce qui fait qu'à l'heure actuelle, l'Allemagne se situe parmi les meilleurs en termes de santé bucco-dentaire !

Notons qu'une réforme réalisée en 2000 et concernant le « Social Health Insurance » visait à augmenter (et orienter) le fonds santé vers la prévention primaire avec comme but ultime d'améliorer la santé de tous et de réduire les inégalités.

Selon Allin et al. (2004), un nouveau décret concernant la prévention est attendu. Ce décret devrait coordonner les différentes activités de prévention à travers le pays et devrait impliquer également les caisses assurances maladies. Mais à ce jour, peu de précisions sont formulées quant à la « traduction » de ces modalités en « actions concrètes ».

Les priorités et décisions en matière de santé sont donc déterminées selon les différents états fédéraux « Länders » et peuvent donc varier considérablement et cela même au sein d'un même état.

Enfin, toujours selon Allin et al. (2004), les préoccupations relèvent plus d'un ordre « maîtrise des coûts » que « problèmes de santé», ce qui se reflétait déjà dans un rapport (The advisory Council report to the Health Minister) signalant que les moyens financiers mis en œuvre pour la prévention et les actions de promotion de la santé devaient plutôt venir des assurances sociales que du gouvernement fédéral !

Cependant notons qu'en 2003, un document avait été rédigé et approuvé par le gouvernement (gesundheitsziele.de).

Il identifiait des objectifs de santé concernant :

- Le diabète.
- Le cancer du sein.
- Le tabagisme.
- La santé (alimentation, activité physique, gestion du stress).
- Grandir en santé.
- L'empowerment et la « souveraineté » (sovereignty) du patient.

Pour van der Linden (2006) (Suisse), l'Allemagne est surtout intéressante en raison des efforts qu'elle consent pour introduire une loi sur la prévention (sanitaire). Les Länder et le gouvernement fédéral se seraient en effet mis d'accord en 2004 sur les grands axes d'une telle politique de prévention : organisation et financement d'actions visant la promotion de la santé par les caisses d'assurance, obligation d'élaborer des objectifs de prévention, création

d'une fondation consacrée à la prévention et à la promotion de la santé, instauration et application de mesures d'assurance de qualité, etc.

« Le but de cette loi était de mettre sur pied la prévention conçue comme le quatrième pilier de la santé publique, qui comprend déjà les traitements aigus, la réhabilitation et les soins ».

Cette même loi favorisait et encourageait **« des prestations individuelles visant un changement de comportement », ... , « des prestations au niveau de settings particuliers »,** **« ainsi que la promotion de la santé dans les entreprises ».**

Cependant, cette nouvelle loi a été refusée en mai 2005 par le Bundesrat (chambre des Länder). Un compromis a été tenté mais par la suite, la dissolution du parlement a laissé ce projet en suspens jusqu'à l'approche des nouvelles élections (septembre 2005).

A l'heure actuelle, le gouvernement fédéral fait face à de nombreux défis considérables : à savoir la réduction du chômage, le redressement des finances publiques, la mondialisation, la relance de l'économie. Mais le gouvernement d'Angela Merkel s'est également fixé d'autres objectifs de politique intérieure. Ils concernent notamment la recherche, l'éducation, la promotion de la famille, la protection de l'environnement et une profonde réflexion concernant la réforme du système de sécurité sociale, ceci tout particulièrement dans le domaine de la santé publique (libre choix, concurrence, meilleure efficacité, accès direct aux soins, etc).

Critères pour prise de décision

Les priorités nationales n'étant jusqu'à ce jour fort limitées, on assiste à une responsabilisation décentralisée au niveau de la santé. Les responsabilités en termes de prise de décision sont fréquemment partagées entre les états fédéraux et le gouvernement fédéral.

Le processus de prise de décision sanitaire implique de nombreux acteurs (cfr national health target document 2003 qui a été réalisé par 70 intervenants et plus de 200 experts). La méthode consistait à relever les « critères de sélection des priorités » développées dans d'autres pays, à développer une matrice de données morbidité/mortalité par facteurs de risque/maladies par région et soumettre une courte liste pour négociations politiques.

Inégalités de santé

Aucune stratégie particulière ne semble avoir été mise en place pour réduire les inégalités de santé à l'exception de la réforme « Act of social Health Insurance » effectuée en 2000, mais sans conséquence réelle sur la réduction des inégalités.

Objectifs de santé

Elaborer des objectifs de santé paraît compliqué au vu de la division des « responsabilités politiques » concernant la santé.

Toutefois, en 2003 dans le cadre du document national, 5 objectifs de santé étaient énoncés (cfr supra).

Notons toutefois que seul un « Länd » (North-Rhine-Westphalia – NRW) a émis des objectifs de santé en Allemagne et est le seul état allemand à ce jour à s'impliquer dans un processus systématique et compréhensif de fixation d'objectifs. En 1995 déjà, dix objectifs prioritaires étaient fixés.

Ils concernaient :

- Les maladies cardio-vasculaires.
- Le contrôle des cancers.

- « settings » pour la promotion de la santé.
- Le tabagisme, l'alcoolisme et les drogues.
- La santé environnementale.
- Les soins de santé primaire.
- Les soins hospitaliers.
- La rencontre des besoins des communautés.
- La recherche et le développement.
- Les informations sanitaires.

Collaboration intersectorielle

Elle ne semble pas prioritaire dans la politique de santé allemande.

Evaluation

Il n'y a pas à ce jour, à l'échelon fédéral, d'évaluation systématique des activités de santé publique. Pour Allin et al. (2004), seul le domaine de la « recherche » sur le terrain contribue à ce processus. Les enquêtes fédérales de santé organisées par l'Institut R. Koch, permettent d'obtenir un suivi de l'état de santé de la population et d'organiser/d'orienter les actions préventives. Des efforts récents ont été réalisés pour augmenter la collaboration entre l'état fédéral et les organismes de surveillance sanitaire, notamment en élaborant/introduisant des indicateurs « comparables ». Le gouvernement fédéral espère ainsi définir et évaluer plus efficacement les objectifs de santé, ceci grâce notamment au système de surveillance sanitaire.

3° Commentaires

Au vu de la décentralisation du système de santé, du nombre de partenaires potentiels oeuvrant dans le domaine de la santé, il est bien difficile d'y voir clair dans la mise en place d'une politique/de politiques de santé publique. On a l'impression constante d'un manque « d'harmonisation » entre les différents acteurs du système de santé existant : BzGA (centre fédéral d'éducation pour la santé), les Länder, les institutions d'assurance sociale, le gouvernement fédéral, Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (Fondation Prévention et Promotion de la santé) et que c'est plutôt en terme de « co-existence » qu'ils se manifestent et non en terme de « collaboration ».

Paradoxalement, la mise en œuvre (ou du moins ses tentatives) d'une loi sur la prévention (sanitaire) témoigne notamment du souci et de l'intérêt que porte ce pays aux activités diverses s'inscrivant dans la prévention et la promotion de la santé de ses concitoyens.

« Renforcer la prévention et la promotion en matière de santé constitue la meilleure approche d'une politique de santé prospective et durable ».

4° Bibliographie

Allin S., Mossialos E., McKee M., Holland W., (2004), Making decisions on public health : a review of eight countries, disponible sur internet, <http://euro.who.int/document/E84884.pdf>

BZGA, The Federal Centre for Health Education, in <http://www.bzga.de>

Kirch W., (2004), Public Health in Europe, 10 years Public Health Associations, Springer Edition, 376 pages.

Prevention, 4 pages, in <http://www.bmg.bund.de>

van der Linde F., (2006), Renforcer la promotion de la santé et la prévention, Bases pour l'élaboration d'une stratégie en Suisse, Ensemble pour le mieux-être, Promotion Santé Suisse, La situation à l'étranger, pp 39-44.

Chancelière fédérale, Mme Angela Merkel, à l'occasion de la cérémonie officielle célébrant la seizième journée de l'unité allemande, (2006),
in http://www.bundesregierung.de/nr_5846/Content/FR/Reden/2006/10/2006-10-03-red

A PROPOS DE LA BELGIQUE (COMMUNAUTE FLAMANDE)

Généralités

La Belgique bénéficie d'une structure d'état relativement complexe. Si la Belgique a un gouvernement fédéral, elle est subdivisée en 3 régions (la Flandre, la Wallonie et Bruxelles-Capitale) et partagée par 3 communautés (la communauté flamande, la communauté française et la communauté germanophone).

Cette « fédéralisation » entraîne une répartition des niveaux de compétence entre les régions, l'état et les communautés.

Les communautés sont compétentes pour des matières « dites personnalisables » (l'enseignement, la culture, la santé, etc) alors que les régions sont compétentes pour des matières « dites territoriales » comme l'emploi, l'économie, l'environnement, etc.

En ce qui concerne le domaine de la « santé » en communauté flamande, il s'agit en général de l'organisation des soins de santé et de la prévention, ce qui implique des compétences au niveau des **soins de santé préventifs** et de la **promotion de la santé** mais également des **soins de santé en milieux hospitaliers et extra-hospitaliers, maisons de soins et autres**.

Toutefois, certaines compétences relèvent uniquement du gouvernement fédéral et concernent notamment le système d'assurance maladie, les modalités/règles concernant le financement des institutions hospitalières et des maisons de soins, etc.

« La Flandre a la compétence de la politique de santé préventive, et la compétence partielle des soins de santé primaires, des soins de santé mentale, de la santé au travail et des soins de santé dans les maisons de soins et les hôpitaux. Ces compétences partagées comprennent l'inspection ou l'audit d'établissements, l'agrément et le subventionnement de prestataires de soins, le conseil et le financement de projets de construction, la programmation de services médicaux, et l'organisation des soins de santé mentale et de soins de santé primaires ambulatoires. La plupart des aspects financiers des soins de santé constituent une compétence du gouvernement fédéral ».

(Vlaams Agenschap Zorg en Gezondheid : Compétences flamandes en matière de santé, 2007, <http://www.zorgengezondheid.be>)

1° Organisation de la politique de santé

*« La Flandre mène sa propre politique pour **protéger et promouvoir la santé publique**, notamment à travers la **promotion de la santé** et la **prévention des maladies**. La politique de santé publique flamande vise à **atteindre un niveau de santé optimal** et une **qualité de vie socialement acceptée** pour la population entière. Ce gain de santé devrait être réalisé en **renforçant la responsabilité individuelle**, en stimulant la **collaboration** entre les prestataires de soins et en améliorant la qualité des soins.*

L'implémentation de cette politique de santé préventive est « evidence-based », c.à.d.

factuelle. Des données sur l'état de la santé de la population et sur les soins de santé sont rassemblées régulièrement. Chaque année, l'analyse de ces données est publiée comme des indicateurs de santé flamands. Des **objectifs de santé** sont fixés sur base d'une évaluation de la morbidité et de la mortalité. Le rapportage (au gouvernement et au parlement flamands) sur les indicateurs de santé liés à ces objectifs de santé est **obligatoire** tous les **cinq ans**.

La **Communauté flamande** a la **compétence exclusive** de la **santé publique préventive**. Néanmoins, les ressources financières pour les soins préventifs sont beaucoup plus restreintes que celles investies dans les soins curatifs. Cependant, les soins préventifs sont en train de devenir de plus en plus importants, étant donné que la majorité des causes de décès et de maladie résultent de manière croissante de maladies chroniques non transmissibles évitables - comme le sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers. Ces maladies sont souvent le résultat de modes de vie ou de facteurs environnementaux malsains.

Le **décret sur la politique de santé préventive (2003)**³ cite comme objectif principal de la politique de santé flamande **« une amélioration de la santé publique, en particulier la réalisation d'un gain de santé au niveau de la population flamande, afin de contribuer à une augmentation de la qualité de vie »**. Le décret contient un nombre fixe de procédures pour le développement de nouveaux objectifs de santé, à travers l'organisation de conférences de santé. »

« A cette fin, le Gouvernement flamand mène une **politique en matière de soins de santé préventifs** et jette les bases d'une **politique à facettes**. Les deux aspects ensemble constituent la **politique de santé préventive flamande** ».

(Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, « La prévention », 2007, in <http://www.zorgengezondheid.be>)

La politique développée en matière de soins de santé préventifs visent des actions (prises d'initiatives) :

- ➔ Sur les déterminants exogènes de santé et les sources de danger ou facteurs de risques exogènes pour la santé.
- ➔ Sur les déterminants endogènes de santé et les sources de danger ou facteurs de risque endogènes pour la santé.
- ➔ Sur les maladies et affections à un stade préliminaire ou initial.

La politique à facettes initiée par le Gouvernement flamand concerne la prise d'initiatives, en dehors du domaine des soins de santé, qui contribuent à la promotion, la protection et la conservation de la santé.

(in art. 4, Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (B.S. 3.II.2004), in <http://www.zorgengezondheid.be>)

La **politique de santé préventive** mise en œuvre par la Communauté Flamande intéresse différents secteurs :

- ➔ **La promotion de la santé**: la promotion d'une alimentation saine et de la

³ Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (B.S. 3.II.2004), in <http://www.zorgengezondheid.be>

pratique d'activités physiques, la prévention de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites, la promotion de la santé sexuelle et affective, la prévention des traumatismes ...

- **La prévention de maladies dites non transmissibles** : le dépistage des cancers féminins : cancer du sein et cancer du col de l'utérus.
- **La prévention de maladies transmissibles** : programme de vaccination, prévention de la tuberculose, de la méningite, de la maladie du légionnaire, des maladies sexuellement transmissibles (VIH/SIDA).
Prévention également de cancers et de maladies chroniques « professionnels », prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur les lieux du travail, etc.
- **La santé mentale** : la prévention des états dépressifs et la prévention du suicide.
- **La santé et l'environnement**: la Flandre est compétente en matière de santé environnementale (lutte contre les effets négatifs des risques environnementaux, impact des facteurs environnementaux sur la santé, etc.).
- **La santé des jeunes** (incluant également le dépistage des maladies métaboliques chez les nouveaux-nés et la vaccination chez les enfants).

*« Pour l'implémentation de sa politique de santé préventive, la Communauté flamande travaille en étroite **collaboration** avec différentes **organisations spécialisées**, chacune ayant une expertise dans le domaine de la promotion de santé ou de la prévention de maladies. Ces organisations sont financées par le gouvernement flamand à travers des contrats à long-terme.*

Une politique de santé préventive ne peut être efficace qu'en relation avec d'autres domaines politiques, comme l'éducation, l'emploi, la mobilité et l'environnement ». (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, « La prévention », 2007, in <http://www.zorgengezondheid.be>)

Notons que le Gouvernement flamand accorde beaucoup d'importance :

- Aux groupes de populations défavorisées.
- Aux groupes de populations qui sont fortement « exposées » en terme de menace pour leur santé.
- A l'accessibilité de l'offre en matière de soins de santé préventifs.

2° Stratégie régionale (Communauté flamande de Belgique)

◆ Objectifs de santé (doelstellingen)

En janvier 1998, **5 objectifs de santé** ont été formulés afin de définir l'orientation des actions de prévention à réaliser. En 2002, un **sixième objectif** était décliné, valable jusqu'en 2010. Enfin en 2006, un nouvel objectif concernant le tabac, l'alcool et les drogues illégales était formulé.

Ces objectifs sont déclinés comme suit :

→ **Concernant le cancer du sein :**

- D'ici 2012, participation d'au moins 75 % des femmes âgées de 50 et 69 ans au programme de dépistage du cancer du sein.
- Détection précoce d'un plus grand nombre de cancers du sein (premier dépistage : au moins 25 % des cancers et second dépistage : 30 % des cancers découverts seront inférieurs à 1 centimètre).
- Ne pas/plus réaliser d'examen inutiles.

→ **Concernant la consommation de tabac, d'alcool et de drogues :**

Réduction d'ici 2015 de 25 % de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues.

En ce qui concerne les objectifs « consommation de tabac », le pourcentage de fumeurs pour les moins de 15 ans ne doit pas être supérieur à 11 % et pour les plus de 15 ans, il ne doit dépasser les 20 %.

Des objectifs chiffrés sont également définis pour l'alcool et les drogues (cfr site Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid, 2007).

→ **Concernant la prévention des accidents domestiques et routiers :**

Réduction en 2002 du nombre d'accidents domestiques mortels et liés à la circulation de plus de 20 %. (objectif toujours en vigueur selon le « Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid », 2007).

→ **Concernant l'alimentation :**

La consommation d'aliments gras doit avoir diminué significativement en 2002 pour faire place à la consommation d'aliments pauvres en graisses et riches en fibres. (objectif toujours en vigueur selon le « Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid », 2007).

→ **Concernant la prévention des maladies infectieuses :** poursuivre et améliorer les « efforts » de vaccination, en portant une attention particulière aux maladies suivantes : polio, coqueluche, tétanos, diphtérie, rougeole, rubéole et oreillons.

→ **Concernant la santé mentale :**

Le taux de mortalité lié au suicide doit avoir diminué tant chez les hommes que chez les femmes d'au moins 8 % en 2010 eu égard aux données recensées en 2000, les sous-objectifs étant une baisse du nombre de tentatives de suicide, des « envies suicidaires » et une diminution du nombre de dépressions.

(Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie, Gezondheidsdoelstellingen, 2008, in <http://www.vig.be> & Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid, Objectifs de santé, 2007, in <http://www.zorggezondheid.be>)

Pour atteindre ces objectifs, la Flandre opte « pour une **politique de promotion des facteurs de protection et de prévention de l'apparition des maladies ou de dépistage précoce**. Cette politique se base sur des recommandations nationales et internationales ». (Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid, Objectifs de santé, 2007, in <http://www.zorggezondheid.be>)

A l'initiative du gouvernement flamand, des **conférences de santé** sont organisées (gezondheidsconferentie) afin de permettre le partage et l'échange de points de vue, d'idées, d'expériences ; ceci de manière à proposer une nouvelle orientation aux objectifs déjà mis en place et/ou à participer à l'élaboration (voire l'adaptation) de nouvelles stratégies dans le

champ de la prévention de la santé. Des représentants du gouvernement flamand, des experts (au niveau du contenu), des représentants des groupes cibles mais également des représentants des logo's participent à ces conférences. Sont également invités, quand cela s'avère nécessaire, des représentants d'organisations partenaires, des représentants d'organisations oeuvrant sur le terrain et d'autres instances.

Les « conférences de santé » permettent donc la **formulation de propositions d'objectifs** nouveaux ou à revoir (formulation de l'objectif, stratégies de prévention estimées pour la réalisation de l'objectif et estimation des moyens à mettre en place pour permettre l'atteinte de cet objectif).

Ces propositions d'objectifs ainsi que les conclusions de la conférence de santé sont ensuite soumises pour avis au **Conseil flamand de la Santé**.

Après avis (favorable) du Conseil, les objectifs sont ensuite soumis au **Gouvernement flamand** pour approbation qui les soumettra ensuite au **Parlement Flamand**.

Le Gouvernement flamand peut également s'adjoindre les services d'un **groupe de travail d'appui**, en dehors du cadre des conférences de santé. Ce groupe de travail aura pour mission la prise en charge d'aspects plus/très particuliers de la politique de santé préventive flamande.

Par exemple, en ce qui concerne l'objectif « santé mentale » et plus particulièrement l'objectif concernant la dépression et le suicide (- le taux de mortalité lié au suicide doit avoir diminué tant chez les hommes que chez les femmes d'au moins 8 % en 2010 eu égard aux données recensées en 2000, les sous-objectifs étant une baisse du nombre de tentatives de suicide, des « envies suicidaires » et une diminution du nombre de dépression -) : c'est sur base des conclusions de la conférence de santé qui s'est déroulée en décembre 2002 que cet objectif a été fixé. Le 8 décembre 2006, il était approuvé par le Gouvernement flamand. Le 30 janvier 2007, cet objectif était soumis pour discussion au Parlement flamand à la Commission « Bien-être, Santé publique et Famille » et le 19 juillet 2007, cet objectif ainsi qu'un plan d'action étaient officiellement approuvés par le Gouvernement flamand.

Le Gouvernement flamand (via le décret du 21 novembre 2003) prévoit également la réalisation **d'investigations/enquêtes/examens de population** (bevolkingsonderzoek). Ils concernent notamment la réalisation de tests sanguins auprès de nouveaux-nés (affections congénitales), la réalisation systématique d'examens concernant la croissance et le développement des jeunes (investigations prises en charge par « Kind & Gezin » et par les « CLB – Centra voor leerlingenbegeleiding), la réalisation tous les deux ans d'un dépistage du cancer du sein auprès des femmes âgées de 50 à 69 ans (mammotest) et la réalisation d'un dépistage du cancer du col de l'utérus tous les trois ans auprès des femmes âgées de 25 à 64 ans.

◆ **Agences de soutien au niveau loco-régional** (non exhaustif)

➔ Les **logo's** (concertation et organisation de santé loco-régionale) qui sont au nombre de 26 pour la Flandre et la région bilingue de Bruxelles-Capitale jouent un rôle très important dans les initiatives et actions de prévention et promotion de la santé en communauté flamande. *« Comme la définition l'indique, ces réseaux travaillent sur le plan local et régional, proches des citoyens et en collaboration avec les partenaires pertinents à ce*

niveau ». (Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid, Organisation de la politique de santé préventive, in <http://www.zorgengezondheid.be>). Les logo's sont donc chargés par le gouvernement flamand de missions en matière de politique de santé préventive et ont pour but de coordonner et faire collaborer les diverses organisations (notamment les organisations « partenaires » et de « terrain »). Ils sont agréés et subventionnés par le Gouvernement Flamand.

→ Autres organisations

En référence au décret concernant la politique de santé préventive mise en Communauté Flamande de Belgique, il faut distinguer les organisations partenaires des organisations œuvrant sur le terrain.

« Les organisations partenaires sont des organisations ayant la personnalité juridique, qui forment le cœur d'un réseau d'expertise et qui sont reconnues et subventionnées de plein droit ou reconnues et subventionnées par le gouvernement flamand en raison d'au moins une des compétences suivantes :

- expertise au niveau du contenu par rapport à la prévention des maladies;
- expertise au niveau du contenu par rapport à la promotion de la santé;
- capacité de fournir des données par rapport aux soins de santé ».

« Les organisations œuvrant sur le terrain sont des organisations reconnues de plein droit ou reconnues et/ou subventionnées par le gouvernement flamand, qui exécutent des missions sur le terrain, appliquent les méthodes et/ou fournissent des services liés aux soins de santé préventifs ».

Les « **organisations partenaires** » s'occupent donc plutôt des **aspects méthodologiques** et **stratégiques** liés à la mise en place de la politique de santé préventive en Communauté Flamande tandis que les « **organisations de terrain** » travaillent à l'**implémentation** et la **mise en œuvre d'actions** et de missions diverses

Exemples d'organisations partenaires : "Het Vlaams Instituut voor Gezondheidsbevordering", "VAD", « Sensoa »⁴

Exemples d'organisations de terrain : « Pasop », « Ghapro », les « CLB (Centra voor leerlingenbegeleiding - centres d'accompagnement des élèves) »⁵

Les « Prestataires de soins individuels »

Les médecins, les paramédicaux ou tout autre professionnel de santé (dont la pratique est reconnue) participent à l'exécution de traitements en matières de soins de santé préventifs.

Notons que « *toutes les organisations subventionnées par le gouvernement flamand pour des missions de soins de santé préventifs sont tenues d'apporter leur collaboration à la réalisation des objectifs de santé flamands* ».

⁴ www.sensoa.be,

⁵ www.pasop.be, www.ghapro.be,

Le « **VIG** » (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie) - Institut flamand pour la promotion de la santé – est un centre d'expertise à l'attention des professionnels de la promotion de la santé qui offre un soutien scientifique, des conseils de qualité et proposent également des formations.

Le « VIG » promeut des modes de vie sains mais aussi des environnements favorables en Flandres et ainsi, participe à une meilleure qualité de vie de ses habitants. (<http://www.vig.be>)

◆ **Approche thématique de la promotion de la santé**

Les autorités flamandes proposent enfin une approche spécifique et thématique de la promotion de la santé par rapport aux styles de vie et aux maladies non transmissibles. (a,b,c). (Disponible tel quel sur le site, Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid – Approche spécifique par thèmes par rapport aux styles de vie et aux maladies non transmissibles, in <http://www.zorggezondheid.be>)

a) **Promotion de la santé par rapport au style de vie**

→ **Alimentation saine et activité physique**

« Une alimentation saine et l'activité physique sont les points centraux de la politique de prévention de la Communauté flamande. Ce sont deux piliers essentiels dans la lutte contre l'obésité et le surpoids. Les autorités flamandes exécutent leur politique de prévention sur l'alimentation et l'activité physique avec plusieurs organisations partenaires ». (www.vig.be)

→ **Tabac, alcool et drogues**

« Une conférence de santé s'est tenue le 30 novembre 2006 concernant la politique en matière de tabac, d'alcool et de drogues. Elle a débouché sur une série de mesures pour réduire la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. Ces mesures ont été transformées en plan d'action avec diverses stratégies. On collabore également ici avec plusieurs organisations partenaires. Les activités spécifiques en Flandre sont par exemple les programmes d'échange des seringues pour les drogués ». (www.vad.be, www.vig.be)

→ **Santé sexuelle**

« La prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et la promotion de la santé sexuelle sont des préoccupations majeures de la Communauté flamande. L'approche de la prévention des MST est conforme aux directives internationales d'organisations telles que UNAIDS et l'OMS. Malgré les efforts de prévention réalisés, on a constaté, ces 5 dernières années, une hausse des contaminations par le VIH. Pour mener sa politique de prévention, la Communauté flamande collabore avec différentes organisations partenaires et des organisations œuvrant sur le terrain. En Flandre, l'attention se concentre principalement sur les groupes à risques suivants : les hommes homosexuels, les émigrés sub-sahariens et les prostituées ». (www.sensoa.be, www.itg.be , www.pasop.info, www.ghapro.be)

→ **Maladies cardio-vasculaires et diabète**

« Les scientifiques sont unanimes pour déclarer qu'une étude de population généraliste pour les maladies cardio-vasculaires et les diabètes (= syndrome métabolique) n'est pas encore opportune. Avant de promouvoir un dépistage général du diabète en Flandre, son efficacité devra être prouvée. Pour aborder en profondeur le problème du 'syndrome métabolique', un diagnostic individuel précoce et un traitement individuel adéquat ne sont pas suffisants.

L'intention est de prévenir l'apparition du syndrome métabolique ou au moins de le repousser dans le temps. Pour ces raisons, la politique flamande s'attaque aux problèmes sous-jacents liés au style de vie, à savoir les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique et l'obésité. De cette manière, on influence les facteurs à l'origine du syndrome métabolique. Par ailleurs, cette stratégie a non seulement un effet préventif, mais souvent le changement des habitudes alimentaires est une première étape thérapeutique pour les patients diabétiques et les patients atteints de maladies cardio-vasculaires ».

(Disponible tel quel sur le site, Vlaams agenschap Zorg en Gezondheid – Approche spécifique par thèmes par rapport aux styles de vie et aux maladies non transmissibles, in <http://www.zorgengezondheid.be>)

b) Promotion de la santé par rapport au style de vie et prévention des maladies

→ Prévention des accidents dans la sphère privée

« Pour la mise au point et l'application de stratégies de prévention efficaces en matière de prévention des accidents, le Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG - Institut flamand pour la promotion de la santé) est reconnu et subventionné. C'est spécifiquement envers les personnes âgées à domicile que l'on développe une approche uniforme, en raison de risques accrus de chute. En ce moment, on examine les possibilités de mise en œuvre généralisée de cette approche en Flandre. La structure qui doit traduire les stratégies de prévention des accidents au niveau régional est celle des Logos ».

(<http://www.kuleuven.be/valpreventie/start.php?url=/valpreventie/index.php>)

→ Santé mentale

« Concernant la santé mentale, on travaille sur 5 stratégies pour réduire le nombre de suicides en Flandre. Ces stratégies sont regroupées dans un plan d'action de prévention des suicides. Ce plan se compose des 5 stratégies suivantes :

- *Promouvoir la santé mentale concernant l'individu et la société.*
(www.fitinjehoofd.be)
- *Promouvoir les soins à distance pour tous.* (www.zelfmoordpreventie.be, www.teleonthaal.be)
- *Promouvoir l'expertise des professionnels et optimiser le travail en réseau.* (www.zelfmoordpreventievlaanderen.be)
- *Lutter contre les situations qui mènent au suicide.*
- *Porter de l'attention aux groupes cibles spécifiques, comme les jeunes, les proches survivants et les personnes présentant des maladies mentales.»*
(www.werkgroepverder.be.)

(Disponible tel quel sur le site, Vlaams agenschap Zorg en Gezondheid – Approche spécifique par thèmes par rapport aux styles de vie et aux maladies non transmissibles, in <http://www.zorgengezondheid.be>)

c) Prévention des maladies

Dépistage des maladies congénitales

« En Flandre, tous les parents ont la possibilité d'effectuer pour leur nouveau-né un dépistage des maladies congénitales. Quand certaines anomalies sont constatées à temps et traitées, on peut éviter des dommages cérébraux. La détection des maladies congénitales s'effectue à l'aide de l'analyse biochimique des échantillons sanguins sur une carte sanguine

dans des centres de dépistage spécifiques. Le dépistage est subventionné par les autorités flamandes dans 3 centres de dépistage flamands agréés ».

Cancer du sein

« Depuis le 15 juin 2001, une grande étude de population sur le cancer du sein se déroule en Flandre. Chaque femme de 50 à 69 ans peut effectuer tous les deux ans une mammographie de dépistage (radiographie des seins). Les autorités flamandes se sont fixées comme objectif de santé le dépistage du cancer du sein un taux de participation atteignant 75%. Ceci est conforme aux directives européennes, qui jugent une participation d'au moins 70% acceptable, mais qui souhaitent un taux de participation d'au moins 75%. Le taux de participation pour la période 2003-2004 atteint 35,5% ».

Cancer du col de l'utérus

« Via les pouvoirs provinciaux, les autorités flamandes subventionnent la sensibilisation des femmes entre 25 et 64 ans à effectuer tous les 3 ans un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus. Elles peuvent pour ce faire s'adresser à un médecin ou à un gynécologue. Sur la base des recommandations européennes et des directives fédérales, un groupe de travail sur le cancer du col de l'utérus a été mis sur pied cette année, afin de réaliser de manière plus précise la prévention du cancer du col de l'utérus ».

Cancer du gros intestin

« En Flandre, on ne pratique pas de dépistage systématique du cancer du gros intestin. De récents rapports et avis nationaux ont souligné l'efficacité d'un dépistage systématique et préconisent une politique en matière de détection précoce du cancer du gros intestin. En 2006, un groupe de travail flamand sur le cancer du gros intestin a étudié, à la demande de la Ministre Vervotte en charge de la santé publique, les différentes modalités d'une détection systématique de ce cancer en Flandre. Cela a abouti au lancement, par la ministre, d'un appel pour un 'projet pilote d'étude de population sur le cancer de l'intestin ».

(Disponible tel quel sur le site, Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid – Approche spécifique par thèmes par rapport aux styles de vie et aux maladies non transmissibles, in <http://www.zorggezondheid.be>)

Environnement et santé

Enfin, notons également l'intérêt récurrent des autorités néerlandophones du pays concernant l'impact des facteurs environnementaux sur la santé. En effet, ces « pollutions environnementales » sont responsables de nombreux décès (maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires et cancers).

« Une étude réalisée pour le compte du Milieurapport Vlaanderen (MIRA) affirme que grosso modo 3% de toutes les maladies (exprimées en DALY) peuvent être attribuées à des facteurs environnementaux, en particulier à la pollution atmosphérique (71%) et la pollution sonore (18%).

Le Décret de Prévention de 2003 stipule que l'autorité flamande peut prendre des mesures visant la prévention de maladies liées à l'environnement, à des facteurs physiques, chimiques et biologiques. Le Décret de Prévention comprend l'information du public, les mesures visant à réduire les émissions et le traitement de plaintes relatives à la pollution dans les bâtiments et dans l'atmosphère. Conformément au principe de précaution, le Décret de Prévention permet d'entreprendre des actions sur la base d'effets probables plutôt que prouvés. Ainsi, la probabilité de l'apparition peut être évaluée en fonction de la gravité des effets prévus (nombre de personnes exposées, impact social des effets et actions) ».

3° Commentaires

En Communauté flamande de Belgique, la politique de santé préventive vise une amélioration de « la santé publique » qui se concrétise par la mise en œuvre d'actions préventives permettant une augmentation de la qualité de vie de la population mais également un très net recul des maladies/invalidités dites « évitables ».

Six objectifs de santé ont été formulés (dépistage du cancer du sein, prévention des assuétudes, prévention des accidents domestiques et routiers, promotion d'une alimentation saine, prévention des maladies infectieuses et promotion de la santé mentale) et se déclinent plutôt « quantitativement ».

La Flandre opte ainsi pour une politique de « promotion des facteurs de protection » et de « prévention de l'apparition des maladies » ou de « dépistage précoce ».

Elle développe également une « **approche thématique** » de la promotion de la santé mais qui ne va pas sans rappeler d'autres « initiatives européennes » (action sur les déterminants de santé comme par exemple les modes de vies, l'environnement, l'état de santé, etc). Certaines thématiques développées sont d'ailleurs assez « transversales » comme c'est par exemple le cas pour la prévention des maladies cardio-vasculaires, la promotion d'une alimentation saine et l'activité physique ou la promotion de la santé mentale.

Enfin, la Communauté Flamande distingue **deux aspects dans la prévention** : la prévention des maladies (ziektepreventie) et la promotion pour la santé (gezondheidsbevordering) et les définit comme suit :

Selon le décret du 21 novembre 2003, **la prévention des maladies** est « *une méthode de prévention utilisée dans le cadre de la politique de santé préventive, qui vise à promouvoir, protéger ou maintenir la santé par : d'une part, la prévention de l'apparition de certaines maladies ou affections, en éliminant ou en limitant les sources de danger ou les facteurs de risque pour la santé, ou en renforçant les facteurs protecteurs, et, d'autre part, la limitation des dommages à la santé causés par des maladies ou affections, ou l'augmentation de la possibilité de guérison par le dépistage précoce des maladies ou affections ou la prédisposition à celles-ci* ».

Quant à **la promotion de la santé**, elle est définie comme étant « *une méthode de prévention utilisée dans le cadre de la politique de santé préventive, qui vise à promouvoir, protéger ou maintenir la santé en supportant ces processus qui permettent aux individus et aux groupes d'influencer positivement les déterminants de leur santé* ».

A partir de ces deux définitions, des stratégies de prévention peuvent être développées avec comme but :

- a) Éliminer ou du moins éviter les facteurs ayant un impact négatif sur l'état de santé ou qui peuvent être source de danger ou considérés comme facteur de risque, voire en limiter l'impact négatif sur la santé et renforcer les facteurs de protection
- b) promouvoir les facteurs ayant une influence positive sur l'état de santé, facteurs qu'ils appellent d'ailleurs « déterminants de santé » !

4° Bibliographie

VIG (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie), in <http://www.vig.be>

Vlaams Agenschap Zorg & Gezondheid, in <http://www.zorgengezondheid.be>

A PROPOS DU CANADA (PROVINCE DU QUEBEC)

Le Québec, province du Canada, jouit d'une forte décentralisation politique face au gouvernement fédéral. Il estime pouvoir assumer seul la responsabilité de son système de santé. Les gouvernements successifs du Québec ont ainsi régulièrement remis en cause les actions du gouvernement fédéral canadien en ce domaine.

1° Organisation du secteur de la santé au Québec

Le système de santé québécois est constitué en fonction de trois caractéristiques principales:

- Les services de santé et les services sociaux font partie de la même administration depuis 1971 : le ministère de la santé et des services sociaux. Ainsi, le traitement des besoins socio-sanitaires des personnes est géré par une seule administration, facilitant la prise en compte conjointe des deux domaines.
- Le système québécois est totalement sous contrôle public : tant au niveau des hospitalisations que des services sanitaires et des médicaments, il s'agit d'un service public gratuit.
- Le système repose sur trois piliers : le central, le régional et le local.

Au niveau central : le Québec possède un ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Sa mission est de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux.

il détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application ;

il établit les politiques de santé et de services sociaux.

Un plan stratégique en annonce les axes de travail pour une période donnée (2005-2010 en cours).

Au niveau régional : les agences de la santé et des services sociaux (ex-régies régionales de santé) ont pour mission :

- La planification régionale .
- La gestion des ressources.
- L'allocation budgétaire aux établissements.

Au niveau local : le Québec dispose de réseaux locaux de services (modifié dans les années 2005-2006 afin de se rapprocher des besoins des personnes) composé de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS, nés de la fusion des CLSC -Centre locaux de services communautaires- et autres organisations de santé comme centres d'hébergements et de soins de longue durée, centres hospitaliers en majorités). Les responsabilités de ces centres sont :

- Promouvoir la santé et le bien-être ;
- Accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis et prendre en charge, accompagner, soutenir les personnes vulnérables.
- En tant qu'établissements, ils doivent également offrir une gamme de services généraux de santé de services sociaux et certains services spécialisés.
- Ils doivent conclure des ententes avec d'autres partenaires de manière à couvrir les besoins de la population qu'ils ne peuvent combler (cliniques médicales, etc.)

Le Québec dispose également de l'Institut national de santé publique du Québec.

Cette institution vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec.

Son objectif est de faire progresser les connaissances et de proposer des stratégies et des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. L'une de ses fonctions est la mise en œuvre des obligations politiques découlant du Programme national de santé publique.

Sur le terrain, les objectifs de l'Institut se concrétisent par différentes formes **d'activités et services spécifiques** :

- Des services de conseils et d'assistance spécialisée.
- Des activités de recherche ou de développement de connaissances nouvelles.
- Des activités de formation.
- Des activités d'information.
- Des services de laboratoire spécialisés.
- Des activités de coopération internationale et d'échanges de connaissances.

Il faut noter également la présence d'institutions du gouvernement canadien qui dans certains cas ont des antennes locales : Santé Canada, Agence de santé publique du Canada, ...

2° Stratégie de santé publique

Le Ministère de la santé et des services sociaux a élaboré un Programme national de santé publique 2003-2012.

Il s'agit du premier programme national de santé publique du Québec. Il s'inscrit dans le cadre de la «Loi sur la Santé publique» de 2001 et dans la continuité des «Priorités nationales de Santé 1997-2002». Il respecte, en outre, les buts fixés par la «Politique de la santé et du bien-être» (politique avant-gardiste, élaborée dans la foulée du mouvement «La santé pour tous» de l'OMS)

Cadre légal : Loi sur la santé publique de décembre 2001 destinée à orienter les activités en santé publique organisées au niveau national, régional ou local.

Cette loi prévoit l'élaboration d'un programme national de santé publique (à la place des priorités de santé déterminées auparavant). Elle intègre un volet éthique spécifique à la santé publique. En effet, la loi met en place, à titre consultatif, un Comité d'éthique de santé publique (composé de 1 éthicien, de 3 représentants de la population, d'un directeur de la santé publique, de 2 professionnels de la santé publique et, au besoin, de 2 membres nommés par le gouvernement).

Programme national de santé publique 2003-2012.

Objectifs généraux du programme

- La modification des déterminants de la santé et du bien-être.
- L'amélioration de la santé et du bien-être.
- La réduction des problèmes de santé, psychosociaux et des traumatismes.

Au terme de l'analyse des problèmes de santé touchant le Québec, 4 défis importants sont mis en lumière : la diminution des problèmes psychosociaux, la diminution de la mortalité

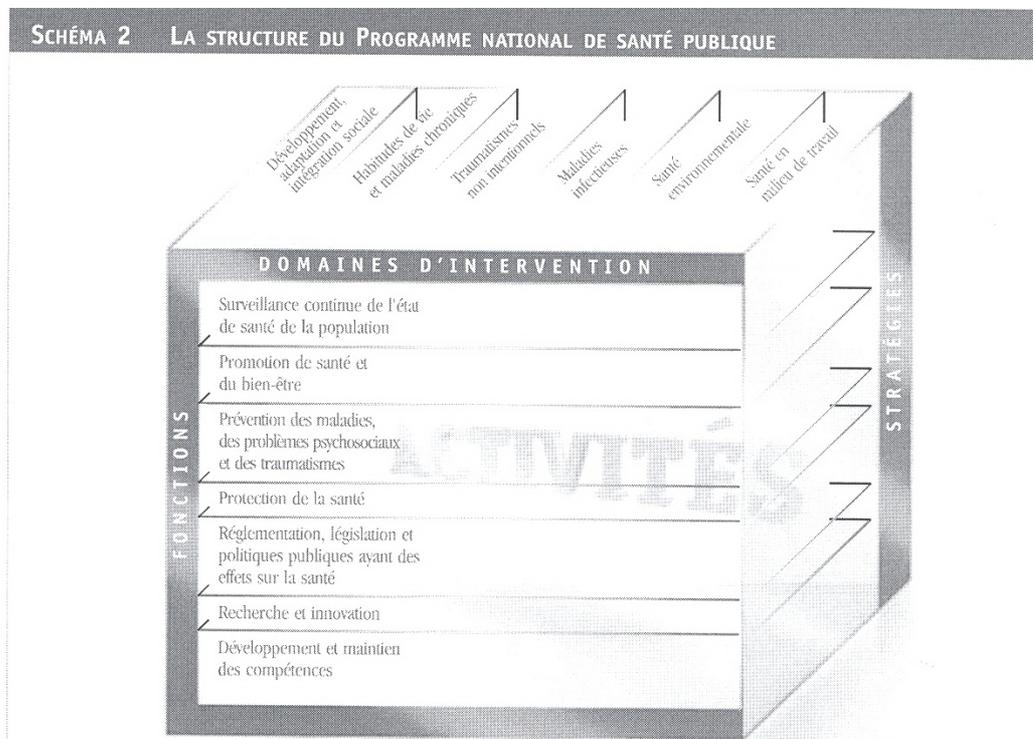
prématurée (maladies chroniques, traumatismes, troubles mentaux), l'atténuation des effets du vieillissement et la réduction des inégalités.

Le Programme National de Santé Publique est structuré de manière matricielle, il définit :

- Des fonctions de santé publique.
- Des stratégies d'action.
- Des valeurs et principes éthiques.
- Des domaines d'interventions.

qui s'entrecroisent de la manière suivante :

« ..., le programme comprend des objectifs et des activités qui permettent d'améliorer la santé et le bien-être de la population ou de groupes particuliers. Ces activités, combinées selon diverses stratégies, rendent concret l'exercice de l'une ou l'autre fonction, et ce, dans chacun des domaines d'intervention. La structure du programme est matricielle (fonctions X stratégies X domaines),..... » (in Programme National de Santé Publique p. 7)



Le programme se développe dans le cadre des principales fonctions de santé publique : essentiels : surveillance continue, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention, la protection de la santé ; ou de soutien : la réglementation, la législation et les politiques publiques, la recherche et l'innovation ; le développement et le maintien des compétences.

Il fixe :

-> Les stratégies d'actions :

- Renforcer le potentiel des personnes.
- Soutenir le développement des communautés.
- Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être.
- Soutenir les groupes vulnérables.
- Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

Ces stratégies exercent une influence transversale sur l'ensemble des domaines d'intervention et invitent au partage des responsabilités entre les individus, les familles, les communautés, le secteur public et privé.

C'est grâce à la combinaison de ces stratégies que des buts transcendant les domaines d'action du programme comme la réduction des inégalités de santé pourront être atteints.

Dans le respect des valeurs et des principes éthiques :

- Le bien commun.
- La bienfaisance.
- La non-malfaisance.
- L'autonomie, le respect de la confidentialité et de la vie privée.
- La responsabilité.
- La solidarité.
- La protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables.
- La justice.

-> Les domaines et axes d'intervention :

- Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale : cet axe « cible un ensemble de problèmes psychosociaux des enfants, adolescents, adultes et personnes âgées.
 - o Intervention via les services intégrés et le soutien des pratiques cliniques préventives en périnatalité et pour la petite enfance, une intervention globale et concertée en milieu scolaire, la prévention des problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale chez les adultes, prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.
- Les habitudes de vie et les maladies chroniques : ce domaine traite des maladies chroniques et affections buccodentaires et leurs déterminants.
 - o Intervention via la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques incluant l'éducation à la santé, les pratiques cliniques préventives, la modification de l'environnement et l'application de politiques publiques favorables à la santé, les services dentaires préventifs.
- Les traumatismes non intentionnels : cet axe concerne les traumatismes routiers, les chutes et blessures à domicile, les traumatismes récréatifs ou sportifs.
 - o Intervention via la promotion du port d'équipements de sécurité, d'environnements sécuritaires et le renforcement des lois et règlements concernant les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route, par la prévention des traumatismes à domicile, par la promotion de l'adoption de l'application de règlements favorisant la sécurité dans les activités de loisirs ou sportives.
- Les maladies infectieuses : cet axe traite des maladies évitables par l'immunisation, le VIH, le virus de l'hépatite C (VCH), les MST, etc.
 - o Intervention via la vaccination contre les maladies évitables par l'immunisation, l'application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions, le dépistage et la prévention des ITSS –maladies transmissibles sexuellement et par le sang- la prévention des autres maladies infectieuses.

- La santé environnementale : ce domaine regroupe les problèmes de santé causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique des sols, air ou eau.
 - o Intervention via la promotion de moyens pour améliorer la qualité de l'air extérieur et intérieur, la prévention de certaines maladies d'origine environnementale, la vigie sanitaire, les enquêtes épidémiologiques et la mise en place de mesures de contrôle appropriées en cas de menace environnementale, la prévention et la gestion des risques environnementaux.
- La santé en milieu de travail : cet axe concerne les maladies professionnelles et le stress et la santé mentale au travail.
 - o Intervention via les activités prévues au mandat MSSS-CSST (Commission de santé et de la sécurité au travail), les représentations auprès de la CSST, la promotion et la prévention concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que l'adaptation sociale.

Il propose concrètement pour chaque domaine d'intervention une série d'objectifs et d'activités :

- Activité à déployer au cours du premier cycle du programme.
- Activité existante à maintenir.
- Activité à consolider.
- Activité à mettre en place.

Pour chaque domaine d'intervention, il existe une rubrique « Recherche et innovation » qui dégage des pistes à approfondir pour le domaine (par exemple : des recherches sur la prévention du jeu pathologique chez les adolescents et les adultes dans l'axe « développement, adaptation et intégration sociale »).

Le programme développe également un volet d'activités destinées à mettre en place le développement des communautés :

- Intervention via accessibilité accrue à l'information sur l'état de santé des membres des communautés, des projets issus des communautés pour améliorer la santé et le bien-être de leurs membres, consolidation des actions intersectorielles, renforcement des activités axées sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être.

Cependant, le programme rappelle que, *«... bien que les activités soient présentées pour chacun des domaines d'intervention, leur mise en oeuvre ne se fait pas en parallèle. Les activités exigent en effet une planification d'ensemble, peu importe le domaine auquel elles se rapportent, soit parce qu'elles s'adressent aux mêmes groupes de la population, soit parce qu'elles portent sur des déterminants communs de la santé et du bien-être, soit parce que les actions portant sur différents déterminants se conjuguent pour agir sur la santé et le bien-être de la population. »* (in Programme National de Santé Publique p.35)

Les liens transversaux entre les activités proposées pour chaque domaine d'intervention sont par ailleurs mises en évidence dans cette partie du programme.

Pour chaque domaine d'intervention, des objectifs à atteindre sont établis mentionnant une estimation chiffrée de la réduction du problème attendue. Ces chiffres seront confrontés aux données récoltées durant le déroulement du programme.

Les activités qui sont proposées dans le programme doivent répondre aux fonctions de santé publique définies dans le programme et faire preuve de leur efficacité. Une partie d'entre elles proviennent de documents d'orientation gouvernementaux (par ex. lutte contre la pauvreté).

Le programme déploie également une série d'activités de surveillance de l'état de santé de la population destinée à alimenter en données les acteurs de santé publique (données brutes), produire des données (analyse des données) et les diffuser.

Le PNSP prévoit une évaluation à la fois du suivi des fonctions de santé publique et de la mise en œuvre des activités proposées, ainsi que des études évaluatives ciblées sur une thématique particulière.

Ce plan concerne tout le territoire du Québec. Cependant, sa mise en œuvre est gérée au niveau régional et local. Pour aider à sa mise en place, un comité de suivi du programme national de santé publique a été mis sur pied. Il est composé entre autres de membres du Ministère, de l'INSP, des agences régionales de santé et des CSSS. Son mandat premier est de faciliter l'appropriation des différentes composantes du programme par les principaux acteurs.

Les régions régionales (devenues depuis agences de santé et des services sociaux) sont chargées de mettre en œuvre un plan d'action régional en concertation notamment avec leur réseau de santé. Dans ce cadre, un mécanisme de consultation de la population et des acteurs est prévu notamment via le « Forum de la population ».

Ce sont les CLCS (devenus CSSS) qui sont chargés de l'élaboration du plan local.

Dans la foulée du PNSP, le Québec a mis en place plusieurs plans d'actions et législations :

- « Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 ».
- « Loi sur le tabac » de 2006 réglementant l'usage, la distribution et la promotion des produits du tabac et « Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010. »
- ...

3° Commentaires

L'organisation particulière du système de santé du Québec, regroupant au sein d'un même ministère les affaires sociales et sanitaires, produit une approche plus globale de la santé intégrant plus aisément les aspects sociaux avec les questions sanitaires. Plusieurs des activités reprises ou développées dans le programme ont été créées dans le cadre d'autres politiques ou plan comme le « Plan de lutte contre la pauvreté », « Programme national de dépistage du cancer du sein », ...

La structure matricielle du programme de santé publique, interconnectant les domaines d'intervention, les stratégies, les fonctions de santé publique, intègre indéniablement une vision transversale des problèmes de santé et en induit l'application.

La santé et le bien-être de la population sont placés au centre d'une multitude de déterminants et de stratégies destinés à agir de manière concomitante.

Par ailleurs, même si les obligations liées à la « version papier » du programme ont nécessité de présenter les activités structurées par domaine d'intervention, les implications transversales de celles-ci sont clairement mises en lumière et signalées.

L'accent n'est pas mis sur la prévention des maladies mais l'action est ciblée de manière plus générale sur les déterminants de la santé et les environnements.

Traditionnellement, le Québec travaille sur la création d'environnements favorables à la santé. Cependant, le Programme national de santé publique souligne davantage cette fois la responsabilité individuelle et collective dans l'amélioration et le maintien de la santé des Québécois. Il signale un virage accentuant l'aspect prévention des problèmes de santé et des problèmes sociaux.

Toutefois, le programme consacre un chapitre entier au développement des communautés défini comme un facteur important pour aider au bien-être et à la santé des populations et en particulier pour réduire les inégalités de santé. La réduction des inégalités de santé est présentée comme un des défis principaux du Québec.

Elaboré sur base de diagnostic portant sur l'ensemble de la population ou bien sur des communautés, le Programme propose des activités qui vont parfois cibler un groupe de population particulier (déclinaison des activités à travers des publics-cible particuliers y compris les groupes vulnérables ou des régions particulières).

Les activités qui sont retenues dans le Programme National de Santé Publique doivent répondre à des critères d'efficacité et de pertinence. Les objectifs poursuivis via ces activités sont chiffrés et une évaluation en est prévue. Pour ce faire, une surveillance via des indicateurs sanitaires (existants ou à déployer) est mise en place de manière à pouvoir suivre la réalisation des objectifs.

Dans le cadre de l'implantation du programme au niveau régional, un mécanisme de consultation de la population et des acteurs via le Forum de consultation, témoigne d'une volonté de faire participer et de mobiliser la population face aux problématiques de santé régionales.

Le programme québécois témoigne d'un respect de l'individu en soulignant un certain nombre de valeurs éthiques à respecter. Ce souci de garantir les droits de la personne s'inscrit dans un cadre plus large qui a été mis en place par la « Loi sur la santé publique » de 2001, avec la création du Comité d'éthique de santé publique.

4° Bibliographie

Carlier P., Cagnet M. (2005) Les défis de la nouvelle politique de santé publique au Québec, in ADSP, n°5, juin, p 9-13

Chambaud L., Masse R. (2004) Deux Lois de santé publique : une au Québec, l'autre en France. Ce que peut nous apprendre leur mise en parallèle in Santé publique, volume 16, n° 4, pp. 631-637

Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme national de santé publique 2003-2012, 126 p.

Disponible à l'adresse

<http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e76533b4f436909a85256c7600697dbf?OpenDocument>

Ministère de la santé et des services sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

A PROPOS DE L'UNION EUROPEENNE

1° Contexte

L'Union européenne a élaboré un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé.

Un programme n'est évidemment pas contraignant pour les Etats membres mais il fournit en tout cas les lignes de conduites de la politique et du droit européen dans un domaine.

2° Stratégie de santé publique

Le **deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013** est entré en vigueur le 1er janvier 2008. Il suit le premier Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) qui a financé plus de 300 projets et autres actions. Structuré d'une manière sensiblement comparable, il intègre cette fois dans ses objectifs principaux, **la réduction des inégalités de santé**.

Ses objectifs sont les suivants:

- Améliorer la sécurité sanitaire des citoyens.
- Promouvoir la santé, y compris la réduction des inégalités en la matière.
- Produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé.

Développement des objectifs du programme

Améliorer la sécurité sanitaire des citoyens:

- Développer la capacité de l'Union Européenne et des États membres à répondre à des menaces pour la santé, par exemple par des plans d'urgence et des mesures de préparation;
- Actions en rapport avec la sécurité des patients, les blessures et accidents, l'évaluation des risques et la législation communautaire concernant le sang, les tissus et les cellules.

Promouvoir la santé, y compris la réduction des inégalités en la matière:

- Action sur les déterminants de la santé liés aux modes de vie - tels que l'alimentation, l'alcool, le tabac et la consommation de drogues, ainsi que les déterminants socio-économiques et environnementaux;
- Mesures de prévention des grandes maladies et réduction des inégalités en matière de santé dans toute l'Union Européenne;
- Accroître le nombre d'années de vie en bonne santé et promouvoir un vieillissement sain.

Produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé:

- Action sur les indicateurs de la santé et les moyens de diffuser l'information parmi les citoyens;
- Privilégier les actions communautaires à valeur ajoutée pour échanger les connaissances dans des domaines tels que les problèmes d'égalité entre les hommes et les femmes, la santé des enfants ou les maladies rares.

Le programme Santé 2008-2013 vise à compléter, soutenir et valoriser les politiques des Etats Membres et veut contribuer à accroître la solidarité et la prospérité dans l'Union

européenne en protégeant et promouvant la santé et la sécurité humaine et en améliorant la santé publique.

3° Commentaires

- Un axe des 3 axes principaux du programme de l'Union européenne est consacré à la promotion de la santé et une place importante y est consacrée à la **réduction des inégalités de santé**. L'action proposée est centrée sur les **déterminants de santé liés au mode de vie** mais aussi **socio-économiques et environnementaux**.
- Le programme insiste sur l'articulation nécessaire entre les différents programmes et politiques communautaires pour **une approche globale de la santé**.
- De même, il souligne l'intérêt de la **coopération et du travail en réseau entre les différents Etats-membres européens** dans le domaine de la santé publique.

4° Bibliographie

Union européenne, Deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013 consultable en ligne sur

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2008_2013_fr.htm

A PROPOS DE LA FRANCE

1° Organisation du système de soins

Au niveau national :

Le Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/>

En 2004 (loi 2004-806), un cadre légal relatif à la politique de santé publique a vu le jour. Cette loi affirme pour la première fois la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique.

Ce texte propose une centaine d'objectifs pour les cinq années à venir et vise à réduire la mortalité et la morbidité évitables, et à diminuer les disparités régionales en matière de santé

La promotion et l'éducation pour la santé font intervenir un grand nombre d'acteurs :

- A) Le **Ministère de la Santé et des Solidarités** qui organise les campagnes au niveau national.
- B) Depuis 2001, **L'INPES** (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) définit des programmes de prévention sur l'ensemble du territoire, il est relayé par **117 comités régionaux ou départementaux** qui mènent les actions sur le terrain.
- C) **L'HAS⁶** (La haute Autorité de Santé) créée par la loi du 13/08/04 relative à l'assurance maladie a pour missions :
 - de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des soignants,
 - de développer des concertations et la collaboration avec les acteurs des systèmes de santé,
 - d'améliorer la qualité des soins,
 - d'informer les soignants et le grand public,
 - etc.
- D) **L'assurance maladie** est le principal promoteur de la prévention des accidents domestiques

Au niveau régional :

Les DRASS (Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales) élaborent les programmes d'action régionaux

Les DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) sont chargées de la prévention en matière d'hygiène mentale, d'alcoolisme et de Sida.

Les CRES (*Centre régional d'Education pour la Santé*) ont pour missions :

- De promouvoir le développement de la promotion et de l'éducation pour la santé dans le cadre des programmes de l'INPES,
- De participer à la réalisation et à la coordination de recherches et études en matière de Promotion et d'Education pour la Santé,
- D'apporter un soutien méthodologique et documentaire aux acteurs engagés dans des programmes de Promotion et Education pour la Santé dans la région.

⁶ HAS : www.has-sante.fr/portail/

- D'organiser la formation en Promotion et Education pour la Santé, ou apporter son concours en cette matière aux organismes chargés des enseignements, de formation et de perfectionnement.
- D'assurer, si nécessaire, la mise en oeuvre des actions éducatives expérimentales et des recherches-actions définies dans les programmes de l'INPES ainsi que toutes celles qui paraîtront opportunes.

Les CODES (Comité départemental d'éducation pour la santé) assurent les activités suivantes :

- Animation, formation.
- Développement de programmes d'éducation pour la santé de proximité.
- Conseil en méthodologie.
- Centre de ressources documentaires ouvert au public.

Les agences régionales de santé

Ces structures sont en voie de création (2008) et ce en vue de répondre à 5 enjeux importants, à savoir :

- Accentuer la territorialisation des politiques de santé,
- Renforcer les aspects préventifs de ces politiques,
- Recentrer l'offre des soins vers les soins primaires,
- Améliorer les restructurations au niveau hospitalier mais également promouvoir leur efficacité,
- Réorganiser l'offre hospitalière au bénéfice du médico-social.

Ces futures agences auront un rôle de « *pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de la santé* »

Le secteur est donc caractérisé par la multiplicité des financements, l'entrecroisement des responsabilités et la dispersion des acteurs.

2° Stratégie nationale

Sur base du cadre légal (loi du 9 août 2004) relatif à la politique de santé publique et en vue d'atteindre les objectifs fixés, cinq plans nationaux sont prévus pour la période 2004-2008. Ils concernent :

- La lutte contre le cancer ;
- La lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ;
- La santé et l'environnement ;
- La qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- La prise en charge des maladies rares.

Signalons que depuis peu (2008), la maladie d'Alzheimer fait également l'objet d'un plan national spécifique.

Il s'agit des plans suivants :

- Plan national 2005-2008 maladies rares (dont la maladie d'Alzheimer qui a son propre plan 2004 – 2007)
- Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs environnementaux (2004 - 2008)

- Plan national Nutrition Santé (2001-2005) (élaboré avant la loi) + un second plan 2006-2010)
- Plan national d'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de maladies chroniques (dont cancer, BPCO, etc.)
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008)
- Plan Alzheimer 2008-2012

Plan national d'éducation pour la santé

En 2001, sous l'impulsion du Ministre de la Santé, la France met en place un plan national d'éducation pour la santé (2001-2006).

Ce plan avait pour objectif général de permettre à chaque citoyen d'avoir accès à une éducation pour la santé de qualité afin qu'il acquière des compétences et des moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.

L'Education pour la santé s'inscrit dans la démarche de promotion de la santé qui est définie selon la Charte d'Ottawa. La promotion de la santé est également vue comme une nouvelle façon d'envisager la politique de santé.

La politique de santé en France doit prioritairement prendre en compte :

- La réduction des inégalités de santé.
- L'amélioration de la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap.
- La prévention des comportements et consommations à risques (accidents, suicide, alcool, tabac, ..).

Ce plan national précise que l'éducation pour la santé :

- Est une composante de l'éducation générale.
- Ne dissocie pas les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la santé.
- Est une mission de service public intégrée au système de santé et au système d'éducation.
- Utilise des portes d'entrée variées :
 - Par thèmes (tabac, nutrition, etc.)
 - Par catégories de population (jeunes, femmes, ..)
 - Par lieux de vie (famille, école, entreprise, ..)

En outre, ce plan précise également qu'un programme en Education pour la santé comprend des actions de 3 natures :

- Des campagnes de communication.
- La mise à disposition d'informations scientifiques validées.
- Des actions éducatives de proximité qui permettent un accompagnement individuel ou communautaire pour aider la personne ou la collectivité à s'approprier les informations et acquérir les aptitudes pour agir sur sa/la santé dans un sens positif.

Enfin, ce plan stipule aussi que l'éducation thérapeutique, ou éducation du patient fait partie de l'éducation pour la santé.

Parents, enseignants, soignants, travailleurs sociaux, associations de patients, groupes d'entraide sont des acteurs naturels de l'éducation pour la santé et ils sont soutenus par des soignants spécialisés.

Plan national santé environnement (PNSE) :

Il s'agit d'une démarche qui s'inscrit dans un contexte européen et international (cf. 4^{ème} conférence ministérielle sur santé et environnement organisée à l'initiative de l'OMS Europe du 23 au 25/06/2004) au cours de laquelle une stratégie et un plan d'action communautaire SCALE⁷ ont été élaborés.

- Les objectifs de ce plan sont :

- Limiter les polluants et les risques sanitaires qui en découlent sur la santé et ce dans tous les milieux de vie.
- La construction de ce plan se fonde sur le rapport d'une « Commission d'orientation » (composée d'experts) qui :
 - A réalisé un diagnostic de l'exposition quotidienne de la population française aux pollutions environnementales,
 - Recommande des priorités d'actions qui touchent tous les milieux de vie
 - Ces priorités d'actions structurent ou structureront l'action du gouvernement dans ses différents plans quinquennaux et une évaluation à mi-parcours est programmée pour réajustements éventuels de ces actions.

Le PNSE se compose au total de 45 actions dont 12 sont considérées comme prioritaires.

Toutes ces actions visent 3 objectifs majeurs :

- 1) Garantir un air et une eau potable de bonne qualité.
- 2) Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers.
- 3) Mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes).

A titre d'exemples, les actions prioritaires sont :

- 1) Garantir un air et une eau de bonne qualité :
 - a. Réduction des émissions de particules diesel provenant des voitures.
 - b. Réduction des émissions toxiques d'origine industrielle.
 - c. Assurer une protection de la totalité des captages d'eau potable.
 - d. Mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur.
 - e. Mettre en place un étiquetage des caractéristiques sanitaires et environnementales des matériaux de construction.
- 2) Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers :
 - a. Réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes.
 - b. Renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses.
- 3) Mieux informer le public et protéger les populations sensibles :
 - a. Faciliter l'accès à l'information en santé-environnement et favoriser le débat public.
 - b. Améliorer la prévention du saturnisme infantile et la prise en charge de ces enfants intoxiqués.

⁷ Science children Awareness Legislation Evaluation (SCALE) = une stratégie basée sur les données scientifiques qui vise à protéger les enfants par la sensibilisation, la réglementation et qui fera l'objet d'évaluations récurrentes

- c. Réaliser une étude épidémiologique sur les enfants.
- d. Réduire l'incidence de la légionellose.
- 4) Consolider la formation et développer l'information :
 - a. Intégrer dans les formations de base et formation continue des professionnels de la santé la dimension santé-environnement.
 - b. Développer l'information et la formation des différents acteurs de prévention dans l'entreprise.
 - c. Etc.

Programme national de nutrition-santé (PNNS)

Depuis 2001, un tel programme existe en France. Actuellement, ce programme est reconduit jusqu'en 2010. Le PNNS 2 a pour but de renforcer les objectifs et les axes stratégiques mis en place lors du PNNS 1.

Outre la poursuite des objectifs, le PNNS 2 renforce :

- La prévention avec un effort supplémentaire sur l'éducation nutritionnelle.
- Le dépistage précoce et la prise en charge des troubles alimentaires avec création de réseaux de prise en charge et formation des soignants.
- Le « recentrage » sur les populations défavorisées/précarisées avec mobilisations des mouvements associatifs.
- L'effort de recherche et d'expertise dans le champ de la nutrition pour mieux dépister et soigner.

Ce programme comprend 9 objectifs nutritionnels prioritaires, par exemple :

- Augmenter la consommation des fruits et légumes.
- Augmenter la consommation de calcium.
- Réduire l'apport des lipides à moins de 35% de l'apport énergétique journalier.
- Réduire la carence en fer pendant la grossesse.
- Prévenir la dénutrition des personnes âgées.
- Lutter contre des déficiences vitaminiques et minérales et prévenir la dénutrition chez les personnes en situation de précarité.
- Etc.

Les axes stratégiques mis en place pour atteindre ces objectifs sont par exemple :

- Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires appropriés.
- Eduquer les jeunes à s'alimenter correctement.
- Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles alimentaires.
- Impliquer les industriels de l'agro-alimentaire.
- Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population.
- Développer la recherche.
- Réaliser des actions et mettre en place des mesures de santé publique complémentaire destinées à des groupes spécifiques de population.

Une récente évaluation des messages publicitaires concernant l'alimentation a permis la prise de nouvelles mesures dans le cadre du PNNS 2 afin de mieux lutter contre l'obésité, et plus particulièrement celle des enfants. Ces mesures concernent par exemple :

- La suppression de la publicité pour certains aliments et pour certaines boissons sucrées lors de la diffusion d'émissions s'adressant aux jeunes.
- Retraits des sucreries aux caisses des magasins de la grande distribution.

- Nouvelles recommandations nutritionnelles pour les cantines scolaires
- Etc.

Plan national maladies rares (2005-2008)

La création de ce plan s'est faite en collaboration avec les professionnels de la santé et les associations de patients.

Les objectifs poursuivis sont :

- Etudier l'épidémiologie de ces maladies.
- Reconnaître la spécificité de ces maladies .
- Organiser des dépistages précoces.
- Améliorer l'accès aux soins.
- Accompagner le patient et sa famille dans son parcours médical.
- Former les soignants.
- Soutenir la recherche et la fabrication de médicaments.
- Promouvoir la recherche fondamentale et clinique.
- Développer des partenariats européens tant dans le champ de la recherche que de la thérapeutique.

Pour chaque objectif cité, les mesures prises sont :

Axe 1 : Etudier l'épidémiologie de ces maladies : moyens financiers : 500.000 €/an

- Coordination par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) de la surveillance épidémiologique.
- Développer une nomenclature et une classification adaptées à ces maladies.
- Mettre en place une concertation entre professionnels de santé, associations de patients et instances internationales.
- Déterminer des ordres de priorités des maladies.
- Coordonner la recherche sur ces maladies.
- Elaborer des projets de recherche clinique.
- Développer des outils tels que des outils de gestion de bases de données.
- Etc.

Axe 2 : Reconnaissance de la spécificité de ces maladies : Pas de moyens financiers alloués.

Il est demandé à l'HAS de :

- Mener une réflexion sur les critères d'inclusion de ces maladies en tant que maladies de longue durée pour assurer la prise en charge par l'Assurance Maladie (AS) de ces maladies.
- Donner un avis sur la pertinence de la prise en charge des remboursements des médicaments par l'AS.
- Mettre en place des protocoles nationaux de diagnostic et de soins en collaboration avec les centres de référence.
- Améliorer la prise en charge des frais de transports par l'AS.

Axe 3 : Développer l'information pour les malades, les soignants et grand public : moyens financiers : 300.000€/an.

- Améliorer l'information disponible sur l'Internet (Orphanet).
- Améliorer l'information disponible par téléphone en lien avec l'INPES et les associations de patients.

- Développer une information spécifique pour certains publics (enseignants, travailleurs sociaux, etc.)
- Développer l'éducation thérapeutique : par ex : améliorer qualité, disponibilité, accessibilité des informations en lien avec l'INPES et les associations de patients ; mutualiser les expériences d'éducation pour la santé/ thérapeutique ; former des soignants de proximité pour améliorer l'information auprès de publics précarisés par ex. ; promouvoir les recherches en éducation pour la santé.
- Diffuser et faire connaître ce plan national auprès des soignants et du grand public.

Axe 4 : Former les soignants à mieux identifier ces maladies : moyens financiers : 100.000 €/an.

- Adapter la formation initiale des médecins : par exemple : 1) introduire ce thème dans le programme de formation des généralistes, des spécialistes ; 2) créer des outils pédagogiques spécifiques et les mettre sur le site web Orphanet.
- Dans le cadre de la formation continue des médecins, organiser des modules de formation et mettre en ligne ces programmes sur « Orphanet ».
- Sensibiliser les autres soignants via introduction de ce thème dans les programmes de formation initiale et continue de ces soignants.
- Etc.

Axe 5 : Organiser le dépistage et les accès aux tests diagnostiques : moyens financiers : 5 millions €/an.

- Améliorer l'organisation des programmes de dépistage grand public : par ex : déterminer les étapes de l'évaluation de la mise en route et du suivi de ces programmes : évaluation systématique des programmes, formation des équipes pour mener à bien ces évaluations ; etc.
- Améliorer le dépistage individuel : validation des tests de dépistage, validation des indications de dépistage, clarifier les aspects éthiques liés à ces dépistages (conseil génétique), etc.
- Améliorer la disponibilité des tests.
- Améliorer l'accessibilité des actes médicaux d'aide à la procréation.
- Sensibiliser les soignants et le tout public aux tests de dépistage : actions d'information pour le tout public et actions de formation des soignants sur ces dépistages et leurs aspects éthiques.
- Tendre vers la création de recommandations européennes via un travail de concertation avec la Direction générale de la Santé européenne (DG SANCO) et plus concrètement avec la « Rare Disease Task force ».

Axe 6 : Améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge : moyens financiers : 10 millions €/an (de 2004 à 2007).

Création d'un Comité national de labellisation (CNCL) pour labelliser des centres de référence. Ces centres doivent avoir une équipe pluridisciplinaire et ont pour missions de :

- Définir des stratégies de prise en charge thérapeutique, psychologique et d'accompagnement social.
- Définir et diffuser des protocoles de prise en charge en lien avec l'HAS et UNCAM.
- Coordonner des projets de recherche et participer à la surveillance épidémiologique en lien avec l'Institut de Veille Sanitaire.
- Participer à des actions de formation et d'information pour les soignants, familles/patients en lien avec l'INPES.
- Animer et coordonner les réseaux de correspondants sanitaires et médico-sociaux.

- Diffuser la liste des centres de référence.
- Assurer un financement récurrent de ces centres.
- Développer des outils de coordination : par exemple : utiliser un dossier médical personnalisé, établir des conventions inter-hospitalières avec les structures qui prennent en charge des patients.
- Etc.

Axe 7 : Poursuivre l'effort pour la recherche de médicaments : pas de budget spécifique alloué

- Soutenir/renforcer le programme hospitalier de recherche clinique.
- Maintien de l'exonération des taxes pour les laboratoires pharmaceutiques qui recherchent de nouvelles molécules.
- Etc.

Axe 8 : Répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement des patients/familles : pas de budget alloué.

- Développer l'information destinée aux patients/familles et soignants.
- Mission d'information des centres de référence.
- Renforcer le soutien aux associations de patients.
- Structurer les liens entre les maisons qui accueillent ces patients, les centres de référence et réseaux de prise en charge.
- Prise en charge des frais de logement et transport dans le cadre de consultations pour les patients qui habitent loin d'un centre de référence.
- Former les équipes des maisons qui accueillent des personnes handicapées sur les informations nécessaires à prendre pour évaluer les besoins de ces personnes malades.
- Prendre en compte et intégrer les besoins spécifiques de ces personnes malades dans la création de projets d'aide et d'accompagnement.
- Dès l'annonce du diagnostic, organiser une prise en charge psychologique du patient/famille.
- Créer un plan personnalisé de prise en charge.
- Etc.

Axe 9 : Promouvoir la recherche dans le domaine : moyens financiers : 23,1 millions € pour toute la durée du plan.

- Renforcer la priorité de ce thème dans le programme hospitalier de recherche clinique.
- Assurer la coordination des travaux de recherche (6 domaines de recherches comme par ex : épidémiologie, mise au point de tests de diagnostiques, évaluation des modes de prise en charge, etc.)

Axe 10 : Développer des partenariats nationaux et européens : budget : 40.000/an soit 160.000 pour toute la durée du plan).

Plan sur l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques

Ce plan s'articule autour de 4 axes et 15 mesures. Il fera l'objet d'un budget de 727 millions d'euros sur 5 ans (de 2007 à 2011).

Axe 1 : Permettre au patient de mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer

- Cartes individuelles d'information et de conseils pour ces patients. Ces cartes servent également «d'agenda» d'informations personnelles (antécédents, traitements, examens, noms et adresses des médecins, ...) + recommandations en cas d'urgence.
- Un portail Internet sur les maladies chroniques (ouverture avant fin 07) destiné tant aux soignants qu'au grand public. Ce portail sera hébergé sur le site Web du Ministère de la Santé. Ce portail intègrera :
 - o Un volet information sur les maladies.
 - o Un volet éducation sur les offres éducatives et lieux où le patient pourra bénéficier d'un programme éducatif et de conseils de prévention.
 - o Un volet social sur les droits et aides existants.
 - o Un volet épidémiologique qui reprendra toutes les données et indicateurs par maladie chronique.
- Participation des associations de patients à la rédaction de programmes éducatifs et à l'élaboration de recommandations de pratiques cliniques.

Axe 2 : Elargir la pratique médicale à la prévention et à l'éducation thérapeutique

- Intégration dans la formation médicale et continue de l'éducation thérapeutique.
- Rémunérer les activités d'éducation du patient tant celles réalisées à l'hôpital que celles réalisées en ville → financement de 3,3 millions d'euros pour 2007.
- Intervention de nouveaux acteurs de prévention : podologues, orthoptistes, etc ... → financement non précisé.

Axe 3 : Tout mettre en œuvre pour faciliter la vie au quotidien des malades chroniques

- Accompagnement personnalisé via des coordinateurs de soins et avec un appui de plateformes téléphoniques (le diabète est retenu pour le 1^{er} programme avec un financement de 20 millions d'euros.)
- Nouveaux métiers : ex : coordinateurs de soins qui appartiendront à un réseau national.
- Vivre une vie la plus normale possible même en dehors de l'hôpital : pour cela former les « soignants naturels » à réaliser des actes de soins.
- Faciliter la poursuite de la vie professionnelle de ces patients.
- Permettre à ces personnes de rester le plus autonome possible et donc d'être intégrées dans la cité : ex : proposer des appartements de coordination thérapeutique, augmenter l'offre de prise en charge à domicile, etc.
- Aider les parents à s'occuper de leurs enfants atteints d'une maladie chronique.

Axe 4 : Mieux connaître les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie

- Mise en place en 2008 d'une coordination nationale des données épidémiologiques qui s'articule avec l'Institut de Veille Sanitaire, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- Lancement en 2008 du 1^{er} programme de recherche clinique sur la qualité de vie de ces patients.

Le plan cancer 2003-2007

Comprend 6 chapitres opérationnels et prioritaires qui présentent au total 70 mesures

- Chap. 1 : La prévention :
 - Mieux connaître l'évolution de la maladie :
 - « Alimenter » les registres du cancer et développer le système d'épidémiologie nationale de l'Institut de Veille Sanitaire.
 - Développer les analyses épidémiologiques par région.
 - Etc.
 - Lutter contre le tabagisme : 11 mesures, notamment :
 - Rendre l'accès difficile au tabac : augmenter le prix du tabac, interdire l'accès de la vente aux mineurs, etc.
 - Interdire de fumer dans des lieux publics.
 - Mise en place d'opérations « Ecole sans tabac »
 - Programme de prévention et d'éducation pour la santé en collaboration avec la médecine scolaire, enseignants, etc.
 - Former les infirmières scolaires dans le domaine.
 - Etc.
 - Aide au sevrage tabagique.
 - Etc.
 - Renforcer la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux :
Par exemple :
 - Surveillance systématique des travailleurs exposés à des risques, renforcer les contrôles dans les industries via une inspection du travail sur ces risques de cancers, etc.
 - Améliorer les connaissances sur les impacts cancérigènes des polluants présents dans l'environnement : par exemple :
 - Réaliser des études pour mieux connaître les déterminants environnementaux des cancers ; repérer et traiter les sites contaminés et surveiller la population locale, etc.
 - Développer la prévention des autres facteurs de risques et la promotion d'attitudes de vie saine :
 - Promouvoir une alimentation saine dans le cadre du plan nutrition santé.
 - Développer des actions de prévention du mélanome via des campagnes.
- Chap. 2 : Mise en place de dépistage précoce (7 mesures)
 - Généraliser le dépistage du cancer du sein pour fin 2003 + accès aux tests de dépistage génétiques des formes de cancers familiaux.
 - Faciliter le développement du dépistage du cancer colorectal.
 - Favoriser le dépistage individuel du cancer du col utérin.
 - Améliorer les conditions de dépistage précoce du mélanome.
 - Sensibiliser les professionnels (kinésithérapeutes, coiffeurs, etc.) au dépistage précoce.
 - Développer des campagnes d'information du public.
- Chap. 3 : Faire évoluer l'organisation des soins (24 mesures)
 - Coordination systématique des soins en ville et à l'hôpital autour du patient
 - Concertation pluridisciplinaire et mise au point d'un programme personnalisé de soins.
 - Identification dans chaque hôpital d'un centre de coordination en cancérologie et ainsi offrir au patient un contact médical via un médecin de référence pour lui.

- Utilisation d'un dossier médical « communicant » pour cette pathologie afin de permettre le suivi du patient quel que soit le lieu où il se rend pour se faire soigner.
 - Organisation des soins adaptés aux enfants cancéreux en vue d'améliorer la prise en charge de ces petits patients.
 - Idem pour les personnes âgées.
 - Donner accès à l'information pour les patients qui le souhaitent et qu'ils puissent ainsi être acteurs « de leur santé ».
 - Augmenter le parc d'appareils de diagnostic et suivi des cancers (IRM, scanner, ..) ; améliorer l'accès aux médicaments coûteux via un remboursement plus conséquent pour les patients.
- Chap. 4 : Accompagnement social plus humain et solidaire (6 mesures)
- Permettre aux familles de « prendre » plus facilement des congés pour soigner le parent malade.
 - Augmenter l'offre des soins à domicile et aide pour permettre le maintien à domicile des personnes malades.
 - Elargissement de l'accès aux prêts et assurances pour les personnes malades.
 - Faciliter la présence des parents auprès des enfants malades via une amélioration des aides existantes.
 - Renforcement des aides obtenues via les associations de patients et les usagers des hôpitaux (par ex : aide psychologique, loisirs, etc.).
- Chap. 5 : Formation plus adaptée (4 mesures)
- Réforme de la formation de base dans le domaine de la cancérologie.
 - Augmenter la capacité d'accueil (et qualité d'encadrement) d'étudiants dans ce domaine.
 - Meilleure organisation de la formation médicale continue en cancérologie.
 - Renforcement de la formation des paramédicaux pour améliorer la prise en charge de ces patients.
- Chap. 6 : Renforcer la recherche en cancérologie (4 mesures)
- Orienter davantage les recherches selon 3 axes :
 - Recherches épidémiologiques et en sciences sociales.
 - Biologie et génomique fonctionnelle.
 - Recherche clinique.
 - Améliorer la coordination des recherches et pour cela, la politique de recherche sera axée sur le programme.
 - Création de « cancéropôles » au niveau régional et inter-régional qui ont pour mission d'assurer un « *continuum soins-recherche du « malade au malade* » ».
 - Enclencher des coopérations internationales dans le cadre des recherches dans ce domaine.

Ce plan cancer propose également la création de l'Institut National du Cancer (budget alloué en 2007 : 640 millions) qui sera un centre d'expertise et de ressources ainsi qu'un lieu de coordination. Dans son fonctionnement, cet institut associera étroitement les chercheurs, les soignants et représentants de patients en vue de favoriser la mise en place de ce plan cancer.

Cet institut sera placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Recherche ; il sera financé par le « public » mais aussi par des financements provenant du secteur privé

Plan de lutte contre les drogues illicites, tabac et alcool (2004-2008)

Action du gouvernement guidée par objectifs et principes clairs

- Objectifs : réduire la consommation et l'offre de ces produits illicites
- Principes :
 - Efficacité des actions qui doivent être évaluées.
 - Utiliser une méthode qui s'appuie sur des bases scientifiques.
 - Une conviction : appui sur la prévention, réduction de l'offre et de la demande.
 - Des valeurs humaines : respect et refus de toute stigmatisation de personnes.
- Action du gouvernement axée sur des priorités définies et traduites en objectifs opérationnels et épidémiologiques à 5 ans → le plan quinquennal 04-08 qui a été revu à la lumière des résultats de l'évaluation du plan triennal 99-02. Cette évaluation a montré que la traduction des actions en tenant compte du concept d'approche globale est difficile et complexe. Au niveau de la prévention, les objectifs opérationnels sont restés trop vagues. L'action du gouvernement se centre sur :
 - Place majeure à la prévention dirigée prioritairement vers les adolescents et jeunes pour empêcher ou retarder l'expérience des drogues.
 - Parents et écoles associés à cette prévention.
 - Se base sur les actions déjà menées et ou/en cours de réalisation provenant tant des domaines de la santé, de la justice, de l'ordre que de la politique de la ville.
- En terme de stratégies :
 - Prendre en compte les conditions concrètes de consommation et de diffusion de ces produits illicites.
 - Au niveau du système de soins :
 - Création de centres de référence en addictologie et de communautés thérapeutiques.
 - Adaptation continue des programmes de substitution.
 - Expérimentation de programmes innovants.
- Amplifier la coopération européenne et internationale :
 - Tendre vers une harmonisation des politiques de lutte contre le trafic des stupéfiants.
 - Enclencher une réelle coopération avec les pays producteurs et de transit.
- Suivi et évaluation de l'atteinte des objectifs de ce plan.

Plan Alzheimer 2008-2012

Début février 2008, le Président de la République Française, Nicolas Sarkozy, a présenté ce nouveau plan d'une durée de 5 ans. (financement par l'Etat sur 5 ans : 1,6 milliard d'euros)

Ce plan a pour objectifs de mieux :

- Connaître et diagnostiquer cette maladie.
- La prendre en charge.

La mise en œuvre de ce plan comprend 3 volets :

- La recherche qui sera dotée d'un financement de 200 millions d'euros pour le 5 années à venir. Pour piloter ce volet, une fondation de coopération scientifique

sera créée très prochainement et l'Etat met à la disposition de cette fondation, un capital de 15 millions d'euros.

- La fondation aura pour missions de soutenir les chercheurs, de créer une synergie entre recherche fondamentale et recherche clinique, d'inciter des partenariats entre les industriels de la santé et enfin, de financer les équipements lourds.
- L'augmentation du nombre de « cas » diagnostiqués. Pour cela, il est prévu une dotation de plus de 200 millions d'euros sur 5 ans.
- Ce financement permettra d'augmenter le nombre de structures hospitalières aptes à réaliser le diagnostic de cette maladie et d'ouvrir des centres et des consultations « de mémoire ».
- Le dernier volet de ce plan concerne l'accompagnement médico-social des patients/familles/entourage proche en vue d'améliorer la qualité de vie de toutes ces personnes. Pour cela, un financement de 1,2 milliard d'euros est prévu. Les interventions d'accompagnement doivent prioritairement permettre le maintien à domicile des patients qui le souhaitent. C'est pourquoi :
- Des équipes de professionnels de la santé spécialisés (gérontologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) seront mises en place.
 - Des « *Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer* » seront créées et auront pour mission d'orienter/aider les familles.
 - Des postes de coordinateurs seront ouverts dont la tâche sera de :
 - Garantir une réelle prise en charge sanitaire et médico-sociale du malade et de son entourage proche.
 - Assurer la liaison entre les équipes afin de garantir une réelle prise en charge multidisciplinaire adaptée à la personne malade.

3° Commentaires

On constate que, tout comme la majorité des pays investigués dans le cadre de ce dossier (1^{ère} partie et seconde partie - Danemark, Pays-Bas, Suède, Suisse, etc.), les politiques de santé publique mises en place par la France visent à réduire la mortalité et la morbidité évitables et à réduire les disparités régionales en matière de santé.

Pour mener à bien ses politiques de santé, la France y consacre des moyens financiers non négligeables et un grand nombre d'acteurs sont concernés par leur mise en œuvre. Cette multitude d'acteurs risque de provoquer l'entrecroisement des responsabilités et donc, de provoquer d'éventuels « conflits » dans la réalisation concrète des politiques de santé décidées par l'Etat.

Une particularité française consiste en la mise en place d'un plan national d'éducation pour la santé qui s'inscrit dans la démarche de promotion de la santé définie selon la Charte d'Ottawa.

Ce plan stipule également que l'éducation pour la santé :

- Est une composante de l'éducation générale,
- Relève d'une mission de service public intégré au système de santé mais aussi au système d'éducation. Dès lors, parents, enseignants, soignants, travailleurs sociaux, associations de patients, etc. sont des acteurs naturels de l'éducation pour la santé qui sont aidés et soutenus par des professionnels de la santé spécialisés dans ce domaine.

- L'éducation thérapeutique et/ou l'éducation du patient fait partie intégrante de l'éducation pour la santé. C'est pourquoi, on constate que des plans nationaux sont dédiés également à des pathologies (maladies rares, plan sur l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques, plan Alzheimer).
- Ne dissocie en rien les dimensions biologiques, psychologiques, sociales, environnementales et culturelles de la santé mais prône une vision holistique de la personne/ communauté.

Les 6 plans nationaux et les actions qui en découlent, se déclinent sur base d'une démarche d'éducation pour la santé.

Enfin, des évaluations de l'atteinte des objectifs fixés pour chaque plan sont en cours d'organisation ou sont réalisées à mi-parcours du plan. Lorsque les résultats de ces évaluations sont disponibles, un réajustement éventuel des objectifs se traduit au travers de la remise à jour du plan concerné par cette évaluation et de sa diffusion auprès des acteurs oeuvrant dans le cadre de ce plan.

4° Bibliographie

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Plan national d'éducation pour la santé, janvier 2001, www.cres-paca.org/activitzs/pdf/plannational

Ministère de la Santé et de la protection sociale – Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées, Plan national maladies rares 2005-2008 : Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge, 20 novembre 2004, 36 pages, www.sante.gouv.fr/htm/actu/maladie_rare/plan.pdf

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Programme National Nutrition-Santé 2001-2005, www.sante.gouv.fr/htm/actu/

Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer 2003-2007, 44 pages, www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/

Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, 8 pages, www.drogues.gouv.fr

Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de l'Ecologie et du Développement durable, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Ministère délégué à la Recherche, Plan national santé environnement 2004-2008 : Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie, 7 pages, www.sante.gouv.fr

Ministère de la Santé et des Solidarités, Plan pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011, Avril 2007, 52 pages, www.cofemer.fr/UserFiles/File/plan.pdf

s.a, (2008), Plan Alzheimer 2008-2012 : Une vraie ambition pour la recherche et la prise en charge des malades, 1 p. www.elysee.fr/actualites/

s.a, (2008), Nutrition et obésité. Nouvelles mesures en matière de nutrition et de lutte contre l'obésité – Evaluation des messages accompagnant les publicités alimentaires., Société Française de Santé Publique, Flash Email SFSP, N° 6, 8 février.

A PROPOS DU ROYAUME-UNI

1° Organisation du système de soins

Niveau national :

Les National Service Frameworks (NSF) définissent des normes et des objectifs nationaux pour la réorganisation des services des soins. Ils proposent également des stratégies pour faciliter le développement et l'amélioration des services de santé préventifs et curatifs. Les actions du NSF concernent les thèmes couvrant les grandes priorités de santé, et par rapport à la réduction des inégalités sociales, ils développent l'approche populationnelle qui cible en particulier des populations très fragilisées (personnes âgées et les enfants).

En outre, le NSF prend également en compte dans l'organisation des soins des thématiques qui concernent également les personnes atteintes de maladies chroniques.

En parallèle du NHS, il existe des organes étatiques qui transmettent les politiques nationales de santé publique au niveau des 9 groupes régionaux de santé publique ainsi qu'au niveau local.

Niveau intermédiaire :

Les 28 NHS Strategic Health Authorities (SHA) travaillent en étroite collaboration avec les PCT (PCT - institutions sanitaires locales) pour la conception et la mise en œuvre des plans d'actions locaux. En outre, le SHA est responsable d'une articulation efficace et porteuse de ces plans sur l'ensemble du territoire couvert par chaque SHA et est également un organe qui évalue la performance des PCT, l'atteinte de leurs objectifs et des normes fixés dans le plan de chaque PCT.

Niveau local :

Les Local Delivery Plans : les « Primary Care Trust » (PCT - institutions sanitaires locales) ont pour mission et responsabilité d'organiser les services de soins (primaires, curatifs, amélioration de l'accessibilité aux soins, ..) en collaboration avec les partenaires locaux (services sociaux, service de l'Education nationale, associations, services d'aménagement urbain, etc.) et les équipes de professionnels de la santé.

C'est pourquoi les PCT doivent créer et mettre en œuvre des « local delivery plans » (plans locaux d'organisation des soins). Ces plans doivent prendre en compte les objectifs de santé publique ainsi que les standards d'organisation des soins définis au niveau national mais aussi les PCT doivent tenir compte de la spécificité des besoins de santé locaux. Si nécessaire, les PCT peuvent faire appel aux « Regional Public Health Observatories » (équivalent des observatoires régionaux en France) pour obtenir des données locales sur la santé de la population mais aussi pour bénéficier d'une aide méthodologique pour la mise en œuvre de ces plans locaux tout en tenant compte des mesures imposées par le NSF.

2° Stratégie nationale

Fin des années 1990, en vue de sauver, de réorganiser le Système National de Santé (NHS) (et ainsi permettre une meilleure accessibilité aux soins/une qualité des soins), le gouvernement a décidé d'augmenter considérablement les moyens financiers du NHS.

En 1999, un livre blanc "Saving lives : Our Healthier Nation" a vu le jour. Il présente la stratégie gouvernementale pour l'amélioration de la santé de la population et ainsi « rectifie » les indicateurs de santé qui étaient en dessous de la moyenne européenne.

Ce plan a pour objectif d'améliorer la santé de chacun et des plus démunis en particulier (« *axe d'action transversal prioritaire* » (Chevreul K., 2005) en se concentrant sur les principales causes de décès (« killers »)

- Cancer.
- Troubles coronariens et cardio-vasculaires.
- Les accidents.
- La santé mentale.

Ce plan fixe, à moyen terme (2010), des objectifs quantifiés de réduction des taux de mortalité. Par exemple :

- Pour les maladies cardiovasculaires, une réduction de 40% du nombre de décès chez les moins de 75 ans est visée.
- Au niveau des cancers, réduction du taux de décès de 20%.
- Les accidents : diminution de 20% de ceux-ci.
- Maladies mentales : réduction de 20% de la mortalité par suicide.

« Réduction de 10% de l'écart de mortalité infantile entre les classes des travailleurs manuels et la population générale et augmentation de 10% de l'espérance de vie à la naissance entre le quintile des régions les plus défavorisées et la moyenne nationale. » (Chevreul K., 2005)

Les méthodes mises en œuvre pour aboutir à la réalisation de ce plan consistent en :

- Une augmentation du budget des NHS.
- Une lutte contre le tabagisme.
- Une intégration du travail au niveau du gouvernement et des gouvernements locaux pour améliorer la santé.
- Une amélioration du niveau de santé un rôle clé pour le NHS.
- Une augmentation des niveaux de santé élevés pour tous

En 2004, publication d'un livre blanc : "Choosing health : making healthy choices easier" « Choisir la santé : faciliter les choix de vie sains »

Sous forme de rapport, cette publication présente l'état des lieux des réalisations menées par le gouvernement du Royaume-Uni pour pallier aux inégalités en santé publique depuis la publication en 1999 du livre blanc "Saving lives : Our Healthier Nation"

Le document paru en 2004, fait état des réalisations des différents organismes impliqués en santé publique et tente de voir comment il est possible de poursuivre les efforts en se basant sur ce qui a déjà été fait. Le département de la santé a aussi publié un document qui présente l'état de santé de la population en Angleterre (in INSP Canada)

De plus, ce rapport insiste une nouvelle fois sur l'importance de la prise en compte des facteurs sociaux, économiques, et environnementaux défavorables qui induisent une mauvaise santé. Ce document met également l'accent sur le fait que les citoyens peuvent prendre des décisions personnelles concernant leur santé en vue de l'améliorer via la pratique d'activités physiques, une meilleure alimentation et en cessant de fumer. Pour cela, les citoyens ont besoin d'être informé correctement. C'est pourquoi, dès 2007, de nouveaux services « Health Direct » sont mis en place. Ces structures ont pour mission de fournir des informations de santé qui aideront le public/le citoyen à faire ses propres choix de santé.

6 priorités d'action :

- Réduction du tabagisme :
 - o Réaliser différentes campagnes destinées à diverses populations cibles en vue d'améliorer :
 - Leurs informations (par ex. : informations claires sur les risques de santé encourus, sur l'existence des centres d'aide au sevrage tabagique, etc.)
 - Leurs motivations au sevrage tabagique (par ex. : donner des « bonnes » raisons pour arrêter de fumer, proposer des aides médicamenteuses (de substitution) et psychologiques, etc.)
- Réduction de l'obésité et amélioration de l'alimentation et de la nutrition
 - o Mener des campagnes nationales d'informations préventives pour :
 - Lutter contre l'obésité, (par ex. : informer le tout public sur les risques de santé liés à un surpoids/obésité.
 - Promouvoir une alimentation saine ainsi que la pratique d'exercices physiques.
- Encouragement et soutien d'une consommation de boisson raisonnée :
 - o Les actions envisagées sont semblables à celles proposées pour la réduction du tabagisme.
- Amélioration de la santé sexuelle :
 - o Mener de nouvelles campagnes d'informations destinées plus particulièrement aux jeunes pour :
 - Améliorer et/ou consolider les messages préventifs (par ex. : risques liés à des relations sexuelles non protégées ainsi que le risque de grossesse non désirée, etc.).
- Amélioration de la santé mentale
 - o Réaliser des campagnes d'information pour lutter contre toute forme de stress au travail, au domicile, etc.
- Augmentation de l'exercice physique
 - o Les actions envisagées sont semblables à celles proposées pour la réduction de l'obésité.

Les différentes campagnes d'informations menées (ou à mener) pour répondre aux 6 priorités d'action citées doivent toucher plus particulièrement les personnes en situation de précarité. C'est pourquoi, les messages informatifs devront être d'une part, clairs et compréhensifs pour ces personnes et d'autre part, ils devront également répondre aux attentes spécifiques de ce public cible.

Enfin, afin d'assurer la plus grande diffusion des messages préventifs au sein de la population, il est nécessaire que tous les médias disponibles actuellement, mais également les professionnels de la santé, les entreprises industrielles se sentent concernés par cette « mission de santé informative » et deviennent de réels partenaires dans la concrétisation de l'atteinte de ces priorités d'action de santé.

3° Evaluation

En 2005, une évaluation externe des premières années de la réforme du NHS a été publiée par le King Fund. Les résultats de cette évaluation montrent une amélioration de l'accessibilité aux soins (augmentation du nombre de lits, du personnel, de l'équipement pour soigner les cancers) ; l'atteinte des objectifs fixés pour les maladies cardiovasculaires et les

maladies mentales ; une diminution de la mortalité liée aux maladies pré-citées ; le problème d'obésité semble toutefois ne pas reculer, etc.

Cette évaluation montre également les limites d'une décentralisation importante en ce qui concerne la mise en route (gestion des budgets) des plans locaux. En effet, il y a trop d'objectifs et de normes à l'échelon national à respecter, ce qui limite l'adaptation des plans locaux aux besoins de santé de la population concernée par chaque PCT. De plus, les ressources en personnel de chaque PCT sont souvent limitées ; ce qui induit une difficulté au sein des équipes pour répondre efficacement dans leurs plans locaux aux objectifs de santé nationaux en y intégrant également les priorités locales.

Cette évaluation a permis dès 2004 au NHS Improvement Plan de réorienter la mise en route de la réforme en proposant de diminuer le nombre d'objectifs et de standards nationaux au profit des actions locales mais tout en insistant sur la nécessité de développer des actions de prévention et de réduction des inégalités de santé. Ce réajustement permet ainsi au NHS d'être un service de santé à part entière et non un service réduit au curatif.

4° Commentaires

Malgré les documents consultés (et disponibles), on a l'impression d'une part de « stagner » quelque peu et d'autre part que les nombreuses « déclarations d'intention » (ne constituant d'ailleurs pas un réel plan national de santé) ne se déclinent que rarement en objectifs et actions opérationnels.

Les actions proposées visent essentiellement à informer les citoyens, voire parfois à les motiver, sans faire aucune référence à des pratiques et stratégies d'éducation pour la santé.

Ces mêmes actions doivent prendre en compte prioritairement les populations vivant dans la précarité.

Il semble que l'un des objectifs prioritaires des politiques de santé développées par le Royaume-Uni vise l'amélioration des indicateurs de santé et l'augmentation de l'accessibilité aux soins des citoyens.

L'évaluation externe de la réforme du Système National de Santé (NHS) réalisée en 2005 montre les limites d'une décentralisation importante qui freine la mise en route des plans locaux et qui limitent également leurs adaptations, par chaque institution sanitaire locale, aux besoins de santé de la population concernée.

5° Bibliographie

Chevreur K., (2005), Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni, Actualité et dossier en santé publique, n° 52, pp 52-55

s.a., (1999), Saving lives : Our healthier Nation, the Stationery Office. www.archive.official-documentw.co.uk/document

s.a., (2007), National Health Service, 13 p. www.en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service

Department of Health, (2004), Choosing Health : making healthy choices easier, Executive Summary, HM Government, 19 p. www.dh.gov.uk

4° Conclusions générales

Cette revue de littérature (1^{ère} et 2^{ème} parties) a permis d'examiner diverses politiques de santé publique dans 14 pays/régions développés.

Si les objectifs généraux décrits dans ces programmes/plans/politiques nationaux examinés sont souvent identiques (création d'environnements favorables, santé pour tous, encouragement à des modes de vie sains, lutte contre les inégalités de santé, etc.), leur mise en œuvre concrète n'en reste pas moins fort différente. En effet, le contexte politique mais également législatif, juridique, socio-économique et sanitaire, les référents culturels (et les choix gouvernementaux qui en découlent) peuvent considérablement influencer leur « opérationnalisation ». Soulignons également que l'organisation décisionnelle et opérationnelle du système de santé publique de chaque pays joue un rôle important dans l'élaboration et le contenu des plans/programmes. Ainsi, les stratégies mises en place par les différents pays pourront donc varier considérablement.

Ce dossier technique laisse apparaître qu'il est extrêmement difficile d'obtenir des informations et/ou des documents (disponibles pour le public) qui retracent un « historique » des processus de prise de décisions des pouvoirs politiques quant à l'établissement des choix de priorités de santé, et la mise en œuvre de stratégies opérationnelles.

Des informations, telles que, par exemple : Comment les plans/programmes/politiques ont-ils été « construits » ?, Quels sont les acteurs pressentis et retenus pour l'élaboration et la mise en œuvre de ces plans ? De quel « degré de liberté » de négociation ces acteurs ont-ils disposé dans ces processus ? Quels sont les arguments pris en compte dans le(s) choix des priorités de santé ? etc..., sont pour ainsi dire, inaccessibles.

Or, connaître de telles « données » permettraient d'affiner les comparaisons des politiques de santé publique ainsi que leur mise en œuvre au sein des pays étudiés et plus largement de comparer ces politiques de santé à l'échelon international.

Alors que certains pays optent pour une politique nationale de santé publique qui se réfère à UN plan, d'autres élaborent différents plans en fonction de thématiques et de priorités nationales (voire régionales) du moment. Enfin, pour certains pays, des réformes sont en cours.

Certains pays ont choisi d'emblée d'orienter leur politique nationale de santé en fonction des « déterminants de santé » et des « environnements » et non sur la stricte prévention des maladies et/ou sur les facteurs de risque (Suède, Québec, etc.).

Certains programmes adoptent une « approche transversale » de la santé et déclinent alors leurs activités en fonction à la fois des publics cibles (petite enfance, femmes, etc) mais également en fonction de thématiques (alimentation, assuétudes, maladies chroniques, maladies cardiovasculaires, etc.) et des lieux de vie (écoles, familles, entreprises, etc.)

L'on peut regretter un manque de consensus plus large sur ce que recouvre concrètement le concept « santé publique » ; tous parlent en effet de « santé publique » mais derrière ce concept un peu « fourre-tout » se cachent pour certains des notions strictes d'épidémiologie alors que pour d'autres, l'éducation pour la santé, voire la promotion de la santé sont les bases de toute démarche de santé publique et la « santé » est alors considérée dans un approche globale du citoyen/individu.

S'agira-t-il de modifier des comportements individuels ou communautaires ? Mais sans en modifier les déterminants socio-économiques, quelles sont les chances d'aboutir ?

Au vu de la « *complexité liée au caractère intersectoriel des publics de santé, il est indispensable de développer des liens* » avec l'ensemble des acteurs qui oeuvrent dans le champ de la santé publique pour chercher ensemble des moyens de coordination efficaces et pertinents des stratégies et actions décidées dans le cadre de chaque plan/programme/politique de santé retenu par un pays. (Allin et al., 2004)

Actuellement, il semble également se dégager une nouvelle santé publique « sociale » car « *la santé n'est plus seulement l'affaire des médecins* ». « *Cette médecine évolue vers les sciences de la santé. Parce que le concept même de santé est en train d'évoluer. La santé n'est plus uniquement la non-maladie. Réfléchir à ce sujet exige d'intégrer la prévention, l'environnement, les questions de société et les coûts de la santé. Par ailleurs, la médecine et la santé ne sont pas ou plus seulement une affaire de médecins. Elle concerne aussi tous les paramédicaux.* » mais également tous les citoyens. « *Cette évolution de la médecine fait, depuis quelques années l'objet de réflexion au sein de l'OMS* » (J-F Deneff, 2007)

Des « valeurs éthiques » émergent également. C'est le cas notamment pour la Suède qui intègre complètement cette « nouvelle orientation » dans l'élaboration de ses objectifs : « *... il est difficilement acceptable que des êtres humains vivent avec des maladies que l'on peut éviter... et qu'il existe des différences dans ce domaine en fonction des couches sociales, différences sur lesquelles on peut influencer...* » (van der Linde, 2006) mais le Québec n'est pas en reste non plus et souligne l'importance de valeurs éthiques à respecter. Un comité d'éthique de santé publique a d'ailleurs été créé en 2001 au Québec. La notion de responsabilité individuelle et collective est également importante dans l'amélioration et le maintien de la santé des individus (Danemark, Québec).

Réduire les inégalités de santé est un des objectifs prioritaires de nombreux programmes/plans et/ou politique nationale et se concrétise par la prise en compte des populations vulnérables et défavorisées dans les thématiques développées (Danemark, Suède, UE, Québec, etc.). Les Pays-Bas y consacrent d'ailleurs beaucoup d'attention et en sont déjà d'ailleurs à leur troisième plan. En effet, leur dernier plan (Evidence-based Dutch Programme en Socio-economic inequalities in Health) élaboré en 2001, a pour mission de réduire les inégalités en termes d'éducation et de revenu, de réduire les effets négatifs des problèmes de santé sur la situation socio-économique et vice-versa et enfin de favoriser l'accès et l'efficacité des soins de santé pour les groupes socio-économiquement défavorisés.

Si certains programmes/plans/politiques s'imprègnent des « idéaux » de la Charte d'Ottawa, peu en font explicitement référence alors que aussi bien la Charte d'Ottawa que celle plus récente de Bangkok accordent une place importante à la « promotion de la santé » comme « politique publique favorable à la santé ».

De plus, les concepts de promotion de la santé et d'éducation pour la santé semblent être peu « maîtrisés » ou « maltraités » tant par les « politiques » que par les « acteurs de terrain ». De ce fait, la conception et la mise en œuvre concrète des objectifs et des actions intégrant le champ de la promotion et de l'éducation pour la santé risquent de ne répondre que partiellement à ces « idéaux ».

Le manque de recul et surtout d'évaluation récente sur les politiques mises en place soulève également des questions. La plupart des plans/programmes prévoient la mise en place d'évaluations. Certains développent des critères et indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés dans ces plans/programmes. Cependant, jusqu'à ce jour, les résultats

d'évaluations restent peu disponibles. Les raisons pourraient être liées à la « jeunesse » de ces plans/programmes, ou encore, à la non réalisation d'évaluations ou enfin, aux résultats peu « optimistes » de ces dernières.

Soulignons également que l'éducation pour la santé ne doit en aucun cas dissocier les dimensions biologiques, psychologiques, sociales, environnementales et culturelles de la santé mais plutôt continuer de prôner une vision holistique de la personne/communauté.

Enfin, les politiques de santé publique mises en place doivent rester réalistes et les gouvernements se doivent de dégager de réels moyens (humains, financiers, organisationnels, de formation, de recherche, etc.) pour en assurer leur plein succès et en garantir leur pérennité.

5° Bibliographie (2^{ème} partie)

Allin S., Mossialos E., McKee M., Holland W., (2004), Making decisions on public health: a review of eight countries, European Observatory on Health System and Policies, 2004, 99 p. Disponible sur Internet <http://www.euro.who.int/document/E84884.pdf>

BZGA, The Federal Centre for Health Education. Disponible à l'adresse <http://www.bzga.de>

Carlier P., Cagnet M., (2005), Les défis de la nouvelle politique de santé publique au Québec, ADSP, n°5, juin, p 9-13.

Chambaud L., Masse R., (2004), Deux Lois de santé publique : une au Québec, l'autre en France. Ce que peut nous apprendre leur mise en parallèle, Santé publique, volume 16, n° 4, pp. 631-637.

Chevreur K., (2005), Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni, Actualité et dossier en santé publique, n° 52, pp 52-55.

Denef J-F., (2007), La médecine se mue en sciences de la santé. La santé n'est plus seulement une affaire de médecins, La quinzaine, n° 272, UCL, 2 octobre, p 1.

Department of Health, (2004), Choosing Health : making healthy choices easier, Executive Summary, HM Government, 19 p. Disponible sur Internet <http://www.dh.gov.uk>

Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme national de santé publique 2003-2012, 126 p. Disponible sur Internet <http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e76533b4f436909a85256c7600697dbf?OpenDocument>

Kirch W., (2004), Public Health in Europe, 10 years Public Health Associations, Edition Springer, 376 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux. Disponible sur Internet <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Plan national d'éducation pour la santé, janvier 2001. Disponible sur Internet <http://www.cres-paca.org/activitzs/pdf/plannational>

Ministère de la Santé et de la protection sociale – Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées, Plan national maladies rares 2005-2008 : Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge, 20 novembre 2004, 36 pages. Disponible sur Internet http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/maladie_rare/plan.pdf

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Programme National Nutrition-Santé 2001-2005. Disponible sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/>

Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de l'Ecologie et du Développement durable, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Ministère délégué à la

Recherche, Plan national santé environnement 2004-2008 : Franchir une nouvelle étape dans ma prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie, 7 pages. Disponible sur Internet <http://www.sante.gouv.fr>

Ministère de la Santé et des Solidarités, Plan pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011, Avril 2007, 52 pages. Disponible sur Internet <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/plan.pdf>

Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer 2003-2007, 44 pages. Disponible sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/>

Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, 8 pages. Disponible sur Internet <http://www.drogues.gouv.fr>

OMS, (1986), Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, novembre, Ottawa, 5 p.

Prevention, 4 pages. Disponible sur Internet <http://www.bmg.bund.de>

REFIPS, (2006), Charte de Bangkok : ancrage pour de meilleures pratiques en Promotion de la Santé, Montréal, 94 p.

s.a, (2008), Plan Alzheimer 2008-2012 : Une vraie ambition pour la recherche et la prise en charge des malades, 1 p. Disponible sur Internet <http://www.elysee.fr/actualites/>

s.a, (2008), Agences régionales de santé. Le rapport Ritter, Société Française de Santé Publique, Flash Email SFSP, N° 6, 8 février.

s.a, (2008), Nutrition et obésité. Nouvelles mesures en matière de nutrition et de lutte contre l'obésité – Evaluation des messages accompagnant les publicités alimentaires., Société Française de Santé Publique, Flash Email SFSP, N° 6, 8 février.

s.a., (1999), Saving lives : Our healthier Nation, the Stationery Office. Disponible sur Internet <http://www.archive.official-documentw.co.uk/document>

s.a., (2007), National Health Service, 13 p. Disponible sur Internet http://www.en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service

Union européenne, Deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013. Disponible à sur Internet http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2008_2013_fr.htm

van der Linde F., (2006), Renforcer la promotion de la santé et la prévention, Bases pour l'élaboration d'une stratégie en Suisse, Ensemble pour le mieux-être, Promotion Santé Suisse, La situation à l'étranger, pp 39-44. Disponible sur Internet http://www.promotionsantesuisse.ch/f/strategy/st_healthpromotion.asp

Van Steenberghe E., Doumont D., (2005), L'éducation relative à la santé environnementale en milieu communautaire. Un nouveau champ en émergence ?, Université catholique de Louvain en Woluwe, Série de dossiers techniques, Réf. :05-37, Décembre, 40 pages hors annexes.

Vlaams Agenschap Zorg & Gezondheid. Disponible sur Internet <http://www.zorgengezondheid.be>

VIG (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie). Disponible sur Internet <http://www.vig.be>

6° Bibliographie générale (1^{ère} et 2^{ème} parties)

Ågren G., (2003), Sweden's new public health policy, National public health objectives for Sweden, National Institute of Public Health, 25 pages. Disponible sur Internet <http://www.fhi.se>

Ågren G., Linell A., (2005), A guide to health impact assessments, Focusing on social environmental sustainability, 32 pages. Disponible sur Internet <http://www.fhi.se>.

Allin S., Mossialos E., McKee M., Holland W., (2004), Making decisions on public health: a review of eight countries, European Observatory on Health System and Policies, 2004, 99 p. Disponible sur Internet <http://www.euro.who.int/document/E84884.pdf>

Bapt G., (2007), Rapport d'information déposé en application de l'article 146 du Règlement par la commission des finances de l'économie générale et du plan sur la pertinence du modèle de santé nordique : le Danemark et la Suède, n° 3784, Assemblée Nationale, 20 mars 2007, 16 pages. Disponible sur Internet <http://www.assemblée-nationale.fr>

BZGA, The Federal Centre for Health Education. Disponible à l'adresse <http://www.bzga.de>

Carlier P., Cagnet M., (2005), Les défis de la nouvelle politique de santé publique au Québec, ADSP, n°5, juin, p 9-13.

Chambaud L., Masse R., (2004), Deux Lois de santé publique : une au Québec, l'autre en France. Ce que peut nous apprendre leur mise en parallèle., Santé publique, volume 16, n° 4, pp. 631-637.

Chevreur K., (2005), Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni., Actualité et dossier en santé publique, n° 52, pp 52-55.

Costong C., Stegeman I., Bensaude De Castrofreire S., Weyers S., Closing the gap. Strategies for action to tackle health inequalities. Taking actions on health equity. EuroHealthNet , may 2007, 39 p.

Denef J-F., (2007), La médecine se mue en sciences de la santé. La santé n'est plus seulement une affaire de médecins., La quinzaine, n° 272, UCL, 2 octobre, p 1.

Den Exter A., Hermans H., Dosljak M., Busse R., (2004), Health Care Systems in Transition, The Netherlands, Health care delivery system, European observatory on Health Systems and Policies, pp 64-70.

Département de l'économie et de la santé du canton de Genève, Plan cantonal genevois de promotion de la santé et de prévention. Disponible sur Internet <http://etat.geneve.ch/des/site/sante/promotion-sante-et-prevention/master-list.jsp?componentId=kmelia873>

Department of Health, (2004), Choosing Health : making healthy choices easier, Executive Summary, HM Government, 19 p. Disponible sur Internet <http://www.dh.gov.uk>

Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme national de santé publique 2003-2012, 126 p. Disponible sur Internet <http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/e76533b4f436909a85256c7600697dbf?OpenDocument>

Direction de la santé et des affaires sociales, service de la santé publique, Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2011. Priorités pour le canton de Fribourg. Disponible sur Internet http://admin.fr.ch/smc/fr/pub/prev_promotion_sante.cfm

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. Disponible sur Internet <http://www.gef.be.ch/site/fr/index.htm>

Division médecine préventive. Disponible sur Internet <http://www.dmp.public.lu/>

Fondation Promotion Santé Suisse. Disponible sur Internet <http://www.promotionsantesuisse.ch>

Glennörd A.H., Hjalte F., Swensson M., Anell A., Bankouskaite V., Health Systems in Transition, Provisions of services, Vol. 7, n° 4, 2005, pp 73-92.

Healthy throughout live – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002-2010, Government of Denmark September 2002. Disponible sur Internet <http://www.folkesundhed.dk/page198.aspx>

Institut pour les soins et le bien-être social. Disponible sur Internet <http://www.nizw.nl>

Kirch W., (2004), Public Health in Europe, 10 years Public Health Associations, Edition Springer, 376 pages.

Lundgren B., Indicators for monitoring the New Swedish public health policy, NIPH, 2004

Ministère de la Santé Danois. Disponible sur Internet <http://www.im.dk>

Ministère de la santé Luxembourgeois. Disponible sur Internet <http://www.ms.etat.lu/>

Ministerio de Sanidad y Consumo, (2006), Plan de Calidad para et sistema nacional de Salud, Madrid, Secretaria general de sanidad, 6p. Disponible sur Internet http://www.msc.cs/organizacion/sms/plan_Calidad_SNS

Ministère de la santé et des services sociaux. Disponible sur Internet <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Plan national d'éducation pour la santé, janvier 2001. Disponible sur Internet <http://www.cres-paca.org/activitzs/pdf/plannational>

Ministère de la Santé et de la protection sociale – Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées, Plan national maladies rares 2005-2008 : Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge, 20 novembre 2004, 36 pages. Disponible sur Internet http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/maladie_rare/plan.pdf

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Programme National Nutrition-Santé 2001-2005. Disponible sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/>

Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de l'Ecologie et du Développement durable, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Ministère délégué à la Recherche, Plan national santé environnement 2004-2008 : Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie, 7 pages. Disponible sur Internet <http://www.sante.gouv.fr>

Ministère de la Santé et des Solidarités, Plan pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011, Avril 2007, 52 pages. Disponible sur Internet <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/plan.pdf>

Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer 2003-2007, 44 pages. Disponible sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/>

Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, 8 pages. Disponible sur Internet <http://www.drogues.gouv.fr>

Morin R., (2007), Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé, Santé publique, vol. 19, n° 5, pp. 439-448.

Office fédéral de la santé publique, Rapport « Prévention et promotion de la santé en Suisse – Rapport répondant aux postulats Humbel Näf (05.3161) et CSSS-CE (05-3230) », 2007. Disponible sur Internet <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique, Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale, volume 2, 2006, 218 p. Disponible sur Internet <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/index.html?lang=fr>

OFSP : Au sein du département fédéral de l'Intérieur : l'Office fédéral de la santé publique . Disponible sur Internet <http://www.bag.admin.ch>

OMS, (1986), Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, novembre, Ottawa, 5 p.

OMS-Europe, Health care systems in transition Denmark, 2001, 100 p. Disponible sur Internet <http://www.euro.who.int/document/e72967.pdf>

OMS, Luxembourg, Health care system in transition 1999. Disponible sur Internet <http://www.euro.who.int/document/e67498.pdf>

OMS, (2007), Country information, Croatia. Disponible sur Internet http://www.euro.who.int/country_information

OMS, (2007), Les priorités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en collaboration avec la Bulgarie. , 2p. www.euro.who.int/country_information

Opting for a healthy life, Public Health Policy in the Netherlands 2007-2010. Disponible sur Internet <http://www.minvws.nl>

Prevention, 4 pages. Disponible sur Internet <http://www.bmg.bund.de>

REFIPS, (2006), Charte de Bangkok : ancrage pour de meilleures pratiques en Promotion de la Santé, Montréal, 94 p.

s.a. (2006) Resumen de las principales medidas del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 4 p. Disponible sur Internet

http://www.es.wikipedia.org/wiki/Plan_de_Calidad_del_Sistema_Nacional_de_Salud

s.a, (2006), Bulgarie – reprise de l’acquis communautaire, 6p. Disponible sur Internet

<http://www.europa.eu/scadplus/leg>

s.a, (2008), Plan Alzheimer 2008-2012 : Une vraie ambition pour la recherche et la prise en charge des malades, 1 p. Disponible sur Internet <http://www.elysee.fr/actualites/>

s.a, (2008), Agences régionales de santé. Le rapport Ritter, Société Française de Santé Publique, Flash Email SFSP, N° 6, 8 février.

s.a, (2008), Nutrition et obésité. Nouvelles mesures en matière de nutrition et de lutte contre l’obésité – Evaluation des messages accompagnant les publicités alimentaires., Société Française de Santé Publique, Flash Email SFSP, N° 6, 8 février.

s.a., (1999), Saving lives : Our healthier Nation, the Stationery Office. Disponible sur Internet <http://www.archive.official-documentw.co.uk/document>

s.a., (2007), National Health Service, 13 p. Disponible sur Internet http://www.en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service

Site d’information danois (programme national en anglais). Disponible sur Internet

<http://www.folkesundhed.dk/page198.aspx>

Site du canton du Valais. Disponible sur Internet

<http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=2090&RefMenuID=0>

Support de l’intervention du Dr Yolande Wageneer à l’occasion du colloque international, « Promotion de la santé et éducation pour la santé : Etat des connaissances et besoins de recherche », les 8 et 9 février 2007. Disponible sur Internet <http://pses.crp-sante.lu/fr/WagenerP1.1.pdf>

The National public health strategy for Sweden in brief, 12 pages. Disponible sur Internet <http://www.fhi.se>

The 2005 Public Health Policy Report, Summary, 15 pages. Disponible sur Internet <http://www.fhi.se>

Tragakest E., (2003), Bulgaria health system review, European Observatory on health care systems, Vol. 5, n° 2, 92 p.

Union européenne, Deuxième programme d’action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013. Disponible à sur Internet

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2008_2013_fr.htm

van der Linde F., (2006), Renforcer la promotion de la santé et la prévention, Bases pour l'élaboration d'une stratégie en Suisse, Ensemble pour le mieux-être, Promotion Santé Suisse, La situation à l'étranger, pp 39-44. Disponible sur Internet http://www.promotionsantesuisse.ch/f/strategy/st_healthpromotion.asp

Van Steenberghe E., Doumont D., (2005), L'éducation relative à la santé environnementale en milieu communautaire. Un nouveau champ en émergence ?, Unité RESO – Université catholique de Louvain en Woluwe, Série de dossiers techniques, Réf. : 05-37, Décembre 2005, 40 pages hors annexes.

Vlaams Agenschap Zorg & Gezondheid. Disponible sur Internet <http://www.zorggezondheid.be>

VIG (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie). Disponible sur Internet <http://www.vig.be>

WHO, (1999), Health care systems in transition; European Observatory on health care systems, 52 p. Disponible sur Internet http://www.euro.who.int/country_information

Ziglio et Brown (OMS, Euro, 2004, cité par Deccache, 2006), in cours EDUS 2111, intitulé Concepts de promotion de la santé et implications pour la santé publique, y compris l'éducation pour la santé et l'éducation du patient (octobre 2007), Unité RESO, Université Catholique de Louvain en Woluwe.

7° Annexe

Grille de lecture et d'analyse – Unité RESO – UCL – 2007

Pays :	
Existe-t-il un plan national ?	
<i>Répond-t-il à une problématique de santé propre à un pays ou à un groupe de population ?</i>	
<i>Une ligne budgétaire est-elle inscrite dans le plan</i>	
<i>Les principes de la Promotion de la Santé selon la Charte d'Ottawa/ Bangkok sont-ils repris ?</i>	
<i>Elaboration de politiques de santé</i>	
<i>Création d'environnements favorables</i>	
<i>Renforcement de l'action communautaire</i>	
<i>Acquisition d'aptitudes individuelles</i>	
<i>Réorientation des services de santé</i>	
<i>Le plan/politique de santé a-t-elle une approche globale ou biomédicale ?</i>	
<i>Quels thèmes bio-médicaux sont-ils retenus ?</i>	
<i>Existe-t-il une transversalité dans l'approche thématique ?</i>	
<i>La réduction des inégalités de santé fait-elle partie du plan et comment sa mise en œuvre est-elle prévue ?</i>	
<i>Quelle comparaison possible avec notre PQ ou PCO (convergence – divergence)</i>	
<i>Définition de promotion de la santé</i>	
<i>Evaluation</i>	