



Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec (1^{ère} 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

**Décembre 2007
Réf. : 07- 47**

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 LA SUEDE	6
A PROPOS DES PAYS-BAS	13
A PROPOS DE LA SUISSE	19
A PROPOS DU LUXEMBOURG	27
A PROPOS DU DANEMARK	29
A PROPOS DE LA BULGARIE	36
A PROPOS DE LA CROATIE	37
A PROPOS DE L'ESPAGNE	38
4° Conclusions	41
5° Bibliographie (1 ^{ère} partie)	42
6° Annexe	45
Pays :	45

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. (1^{ère} 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; des 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'OMS, 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 a été décidé de décliner ce dossier en 2 parties.

La 1^{er} partie concerne les pays suivants : la Suède, les Pays-Bas, la Suisse, le Luxembourg, le Danemark, la Bulgarie, la Croatie et l'Espagne.

La 2^{ème} partie concernera l'Allemagne, la Belgique (Communauté Flamande), le Canada (Province du Québec), l'Union Européenne, la France et le Royaume-Uni. Cette dernière partie sera finalisée en février 2008.

Les 2 volets de ce dossier technique décrivent les stratégies nationales/régionales des pays et/ou régions sus-cités. 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 LA SUEDE

1° Généralités

Au vu des normes internationales, la population suédoise est en très bonne santé ; il semble que ce résultat soit dû à certaines traditions de santé publique telles que : des services de santé publique très ouverts, exhaustifs comme ceux liés aux soins de la mère et de l'enfant, à la santé scolaire, à la vaccination et à divers programmes de dépistage.

Les principes fondamentaux de la politique de santé sont d'améliorer la santé publique et de réduire les inégalités de santé qui existent entre les différents groupes de population et/ou entre les différentes régions géographiques en créant des conditions sociales favorables. L'accent sera mis auprès des **populations** identifiées comme **vulnérables** mais également sur les différents facteurs influençant la santé (**déterminants de santé**), à savoir : les conditions de vie, l'environnement, les habitudes de vie, etc. « *Ces derniers sont, contrairement aux maladies, pertinents pour des décisions politiques* ». (van der Linde, 2006).

De plus, si l'on souhaite modifier les comportements de santé, il faut dans un même temps créer les conditions favorables pour « opérationnaliser » ces changements.

2° Organisation du système de soins

Le **gouvernement suédois** finance et détermine la politique nationale de santé. Les **municipalités** (communes) et les **comtés** (régions) ainsi qu'une cinquantaine d'agences veillent à la mise en application des « objectifs » définis par le gouvernement.

Le système de santé suédois repose donc sur trois niveaux :

- l'état
- les municipalités
- les comtés

Au niveau national :

Il s'agit donc d'un système de santé dit « décentralisé » avec une répartition des fonctions entre chaque niveau territorial et qui fonctionne sur le principe de la subsidiarité. En effet, le système de santé est essentiellement financé par l'impôt (correspond à 40 % du total de l'impôt sur le revenu !).

L'état définit par des lois et des textes réglementaires les lignes directrices et les principes fondamentaux de la politique nationale de santé publique que les comtés et les municipalités mettent alors en œuvre.

Au niveau régional et local :

Les **comtés** (county councils/régions) ont la responsabilité de fournir les services de santé et de promouvoir la santé publique (répartition des ressources allouées aux

différents services, planification générale de l'offre de soins et organisation de ceux-ci autant dans le secteur hospitalier que dans le secteur des soins « de ville » ou extra hospitaliers.

Les **municipalités** (municipalities/communes) ont dans leur compétence depuis 1992 les soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées et ce en dehors du milieu hospitalier. L'aide sociale et le soutien (support) sont du ressort des municipalités. Plus récemment, les municipalités se sont vu attribuer des responsabilités en terme de politique de prévention et jouent donc un rôle important dans la mise en place des mesures de prévention et tout particulièrement dans le domaine de la consommation abusive d'alcool.

Des actions de santé publique se déroulent désormais à un niveau très local comme par exemple en milieu scolaire et en milieu professionnel mais également dans le domaine des soins accordés à la petite enfance et cela surtout depuis la réorientation de la politique de santé publique vers les déterminants de santé (exemple : le chômage, l'éducation, l'environnement, etc.), (Bapt, 2007).

- Des programmes d'éducation pour la santé concernant la prévention du tabac, de l'obésité et de l'alcool sont généralement pris en charge par les médecins généralistes. Ceux-ci sont également impliqués dans la vaccination et la surveillance des enfants.
- Des sages-femmes, des infirmières ainsi que les médecins généralistes s'occupent de planification familiale.
- Certains programmes concernant tout particulièrement la santé des femmes (dépistage du cancer du col et du cancer du sein) sont pris en charge par les County Councils.
- Les municipalités sont responsables en grande partie de la mise en application de la politique environnementale (préoccupation importante des autorités suédoises) : prévention des maladies, accès à une nourriture de qualité, protection des animaux, conservation de la nature, accès à l'eau potable, assainissement des eaux, gestion des déchets, etc. (Glennigörd, 2005).

Agences de soutien (supporting agencies) (non exhaustif) :

L'**Institut National de Santé publique** joue, en Suède, un rôle central. Il a pour mission la coordination des travaux/activités de santé publique à l'échelon national. L'institution soutient la réalisation des 11 objectifs généraux, leur gestion et leur évaluation et développe des indicateurs permettant d'objectiver leur réalisation. L'état d'avancement de ces objectifs (et leur atteinte) est argumentée dans un rapport à réaliser tous les 4 ans.

Le **National Board of Public Health and Social Welfare**

3° Stratégie nationale

Dans le but de favoriser/d'améliorer la santé publique et de réduire les inégalités de santé auprès des différents groupes de population, le parlement suédois (The Riksdag) a adopté une nouvelle politique de santé en 2003.

... the national health policy with the goal of creating the « societal conditions that ensure good health on equal terms for the entire population »

Plan d'action 2003

Les objectifs du gouvernement suédois concernant la santé publique ont été définis dans un **plan d'action en 2003**, décliné selon **11 objectifs spécifiques** :

- **1° Participation citoyenne et influence dans la société** : conditions sociales fondamentales dans le cadre d'une politique de santé publique. En effet, afin de pouvoir atteindre au mieux les objectifs de la politique nationale de santé publique, il est important de tout mettre en œuvre pour renforcer les capacités et les opportunités de « participation » tant sociale que culturelle des individus socialement et économiquement vulnérables. En favoriser l'étendue aux enfants, aux jeunes adultes et aux personnes âgées sera également d'une grande portée.
- **2° Sécurité économique et sociale** : favoriser la sécurité économique et sociale reste l'une des conditions sociales fondamentales en santé publique.
- **3° Conditions de vie favorables et sécurisantes pendant l'enfance et l'adolescence** : ex : soins médicaux et dentaires gratuits jusqu'à 20 ans, la détérioration de la santé mentale des enfants et des jeunes adultes retient une attention toute particulière ainsi que l'impact négatif sur leurs conditions de vie.
- **4° Conditions de santé au travail** : de bonnes conditions de travail vont réduire le risque de maladies « dites professionnelles » et aideront en général à favoriser la santé publique et réduiront également les risques de désaccords sociaux.
- **5° Environnement et produits sains** : les efforts futurs dans ce domaine seront orientés vers les objectifs de qualité environnementale adoptés par le « Swedish Riksdag » et par la « stratégie écocycle » qui inclut « an environnement-oriented product policy/politique environnementale orientée vers les produits » et les objectifs de la politique des consommateurs également adoptés par le « Riksdag ». Des efforts visant à favoriser la sécurité routière (environnement sécuritaire du trafic auto-routier) seront également basés sur les objectifs des politiques de transport adoptés par le Riksdag.
- **6° Soins de santé et soins médicaux qui promeuvent activement la bonne santé** (+accessibilité des soins) : la perspective de promotion de la santé et de prévention des maladies doit faire partie intégrante des soins de santé et médicaux et est une composante évidente de tous les soins et traitements.
- **7° Protection efficace contre les maladies transmissibles** : il faut veiller à maintenir le haut niveau actuel de protection des maladies transmissibles surtout au vu des progrès qui ont déjà été obtenus dans la lutte contre ces maladies.
- **8° Promotion de la santé sexuelle et reproductive** (incluant la prévention du VIH/Sida) : une santé sexuelle et reproductive en toute sécurité est une condition fondamentale pour la bonne santé et le bien-être individuel et la société doit pouvoir garantir la sauvegarde et surtout la poursuite des progrès déjà instaurés dans ce domaine (éducation sexuelle, planning familial et soins maternels).

- **9° Promotion de l'activité physique** : la pratique d'activités physiques participe à la bonne santé. Il faut donc fournir les opportunités nécessaires pour favoriser et augmenter l'activité physique de la population entière. Cela pourrait se faire en stimulant les pratiques d'activité physique en milieu scolaire et sur les lieux de travail, pendant les périodes de loisirs et enfin offrir des opportunités de pratique d'activités physiques adaptées pour les personnes âgées et les personnes malades chroniques et/ou présentant un handicap.
- **10 ° Amélioration des comportements alimentaires et de la sécurité alimentaire**
- **11 ° Réduction de l'usage du tabac, de l'alcool : promotion d'une société sans drogues illicites ni produits dopants** : la consommation de substances addictives est un déterminant de santé important. Une attention toute particulière doit être portée sur les effets de ces déterminants de santé et sur la manière dont ils interagissent. Des mesures pour combattre les dommages occasionnés par la consommation (abusives) de tabac, la consommation d'alcool, la pratique de jeux et pour garder une société libre de toutes drogues illicites et produits dopants sont nécessaires. Le « Riksdag » ainsi que le gouvernement ont déjà adopté des mesures sociales concrètes dans le cadre d'un programme de lutte contre l'alcool et les drogues.

Les **six premiers objectifs** sont de « nature structurelle » , les **cinq autres** concernent le style de vie sur lequel tout un chacun peut en principe avoir prise, quoiqu'il faille relever ici que l'environnement social joue un rôle important. Ces objectifs ont pour conséquence une revalorisation des activités de type « Public Health » par rapport aux systèmes de soins médicaux. L'implication de 50 instances étatiques dans la réalisation de ces objectifs est particulièrement appréciée, ainsi que celle des institutions locales, qui jouent également un rôle important en raison de leur implantation ». (van der Linde F., (2006)).

Notons également l'importance accordée à l'accès de la population aux informations concernant la santé. De nombreux efforts ont déjà été réalisés dans le domaine des MST et du sida, des conduites addictives (alcool, consommation de drogues illicites, tabac) et de la sécurité routière.

Evaluation :

Un « **Public Health Monitoring** » a été élaboré afin d'évaluer la réalisation des 11 objectifs de santé.

L'institut national de santé publique suédois (NIPH) est responsable du "monitorage" de ces 11 objectifs déclinés ci-dessus. Un **rapport d'évaluation** (Public Health Policy Report) doit être réalisé tous les **4 ans**, celui-ci devrait présenter les développements réalisés dans le domaine de la santé publique, basés sur les déterminants de santé. Le premier a été réalisé en 2005 ³. Cette façon de faire (monitoring sur les déterminants de santé) permet alors d'introduire des changements via « des moyens politiques ».

Rappelons que la réalisation des 11 objectifs de santé publique passe par l'implication de plus ou moins 50 agences gouvernementales mais également par l'implication des « municipalités » et « county councils » qui eux ont une grande responsabilité dans le travail de terrain tant au niveau local que régional.

³ The 2005 P.H.P.R summary /www.fhi.se

Le NIPH a également défini quelques **38 indicateurs**⁴ qui sont relevés tant au niveau communal, régional que national. Des évaluations systématiques sont également programmées dans le cadre d'interventions de type « Santé publique ».

Ces évaluations s'avèrent indispensables car elles permettent de fournir aux planificateurs et aux décideurs politiques des données et des connaissances des effets possibles de leurs décisions politiques sur l'état de santé des populations. Il peut s'agir de décisions concernant des projets, des plans, des programmes, des activités ou des mesures individuelles. Une évaluation de l'impact sur la santé peut servir de base pour prendre de nouvelles décisions et influencer les décisions en vue de préserver la santé publique.

Ces évaluations d'impact doivent être réalisées prioritairement par rapport aux décisions qui ont un impact majeur sur la santé en générale et sur la santé de certains groupes particuliers.

- ◆ A un niveau national, il peut s'agir de décisions concernant une nouvelle législation, des mesures économiques (taxe sur les alcools, politique(s) alimentaire(s) et agricole(s), etc).
- ◆ A l'échelon régional, l'évaluation peut concerner le développement de programmes régionaux ou draft programmes visant à améliorer les modes de vie. Certains « county councils » prévoient ce type d'évaluation dans leur budget.
- ◆ A un niveau plus local, il peut être question par exemple d'analyser l'impact de la fermeture d'une école ou d'une garderie (after-school club).

En ce qui concerne la **prévention du tabagisme** et de **l'alcoolisme**, la Suède a récemment accru la rigueur de lois datant de 1993/1994.

Depuis 2005, il est interdit de fumer dans les lieux publics, de faire une quelconque publicité pour le tabac ou l'alcool, de vendre du tabac et de l'alcool au moins de 20 ans. Une cellule spécialisée « Alcool et risques » a été mise en place en 2004 au sein de l'Institut National de Santé publique, destinée à approfondir la politique de prévention dans ce domaine.

De plus, la **protection de l'environnement** est fort prise en considération en Suède. Le but est de prévenir des risques de pollution tant extérieure (trafic, radon, fumée toxique...) qu'intérieure (fumée de cigarette, manque d'aération dans les classes, bruit...). Cela a fortement réduit le taux des maladies respiratoires (asthme), du cancer du poumon, du mélanome, des maladies digestives...

La protection de l'environnement englobe également la conservation de la nature, la protection animale, la sécurité alimentaire, la gestion de l'eau potable, la gestion des déchets, le contrôle des industries chimiques....

Le premier **plan cancer** est actuellement en cours d'élaboration.

« La mise en réseau des compétences et des réflexions autour de la lutte contre le cancer s'effectue au travers d'une collaboration active institutionnalisée, le Swedish Cancer Collaborative (SCC), organisée par l'association des communes et des comtés du Suède, qui inscrit le travail collectif des professionnels dans un calendrier assorti de délais, mais s'engage également à rappeler la place du patient, l'importance de la continuité des soins, ainsi que l'impératif de réduire les délais d'accès aux traitements ». (Bapt, 2007).

⁴ Lundgren B., Indicators for monitoring the New Swedish public health policy , NIPH, 2004

Critères utilisés pour établir les priorités de santé publique et prise de décision :

- Rapport concernant des données épidémiologiques, démographiques, et des enquêtes de famille.
- Rapport publié par le "National Board of Public Health and Social Welfare informs central policy".
- Les priorités sont basées sur un principe éthique de dignité humaine, de besoin et de la solidarité, du coût-efficacité.

Collaboration :

Des collaborations existent (et sont d'ailleurs indispensables) au niveau des politiques, des agences non gouvernementales, des comtés, des municipalités, des syndicats et des institutions académiques.

4° Commentaires

Pour van der Linde F., (2006) (Suisse), la Suède est à l'heure actuelle le premier pays à avoir réorienté de manière « conséquente » sa politique de santé vers « la santé publique ». Il s'agit d'une réorientation de « nature éthique ». En effet, dans l'introduction aux objectifs de santé, l'on peut lire « *qu'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* ».

Rappelons également l'historique de la Suède en terme de santé publique. En effet, c'est au début des années 1980 que la Suède confrontée à l'épidémie du sida, a incité les autorités sanitaires à repasser d'une politique axée sur les soins médicaux à une politique plus axée vers la santé.

Mais ce qui caractérise finalement la politique nationale de santé publique suédoise, c'est la **réorientation** de ses **objectifs** en fonction des **déterminants de santé**, et non pas vers les maladies et les facteurs de risques ; les objectifs se situant alors en dehors du domaine bio-médical, stricto sensu.

Enfin, c'est l'Etat qui se « contente » de définir les grandes lignes de la politique de santé publique et c'est aux municipalités, aux régions et aux agences locales de veiller à sa mise en œuvre.

L'on pourrait cependant regretter le côté un peu « coercitif » dans l'application de certaines mesures de prévention/promotion mises en place.

5° Bibliographie :

Ägren G., (2003) Sweden's new public health policy, National public health objectives for Sweden, National Institute of Public Health, 25 pages, www.fhi.se

Ägren G., Linell A., (2005), A guide to health impact assessments, Focusing on social environmental sustainability, 32 pages, 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, www.assemblée-nationale.fr

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

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

The National public health strategy for Sweden in brief, 12 pages, www.fhi.se

The 2005 Public Health Policy Report, Summary, 15 pages, www.fhi.se

Van Der Linden F.,(2006) Renforcer la promotion de la santé et la prévention. Bases pour l'élaboration d'une stratégie en Suisse, Promotion Santé Suisse, Berne, 101 p. consultable en ligne sur http://www.promotionsantesuisse.ch/f/strategy/st_healthpromotion.asp

A PROPOS DES PAYS-BAS

1° Organisation du système de soins

Au niveau national :

Le Ministère de la santé, du bien-être et des sports: <http://www.minvws.nl/> dresse le cadre législatif et propose son soutien aux municipalités (communes).

- Prévention des maladies.
- Protection de la santé.
- Promotion de la santé.

Au niveau local :

La loi Prévention Collective de la Santé Publique (WCPV= Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, datée du 25 mai 1990, révisée le 01-01 2003) régit les actions et les autorités des municipalités par le biais des **GGD** : Vereniging van Gemeentelijke gezondheidsdiensten – services sanitaires municipaux) www.ggd.nl en matière de prévention collective : épidémiologie, lutte contre les maladies infectieuses, information et éducation sanitaires, promotion de la santé , etc...

Les municipalités sont donc responsables de la mise en place des politiques de prévention incluant l'éducation pour la santé, le dépistage et le contrôle des maladies infectieuses. 1200 experts issus du champ de la promotion de la santé travaillent au niveau local. La promotion de la santé est répartie en 40 régions.

Agences de soutien (supporting agencies) (non exhaustif) :

- ◆ Les programmes menés au niveau national relèvent de la responsabilité de **l'Institut national pour la promotion de la santé et la prévention des maladies** (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie : **NIGZ**) www.nigz.nl

Cet organisme développe des indicateurs (measures) et les aspects méthodologiques. Un soutien tout particulier du **NIGZ** est accordé aux autorités locales et aux institutions de promotion de la santé au niveau du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques de santé. Le NIGZ soutient également les personnes actives dans le domaine de la santé publique par l'intermédiaire de cours donnés dans le champ de l'information sur la santé.

Les activités réalisées s'appuient sur les principes fondamentaux de la Charte d'Ottawa (la Promotion de la Santé (PS) est décrite comme un processus conférant aux populations le pouvoir d'agir sur les déterminants de leur santé).

Le NIGZ a participé avec d'autres institutions au développement d'un instrument d'évaluation de la qualité qui devrait permettre d'améliorer l'efficacité des projets en PS (**PREFFI** – Preventie Effectmanagement – Promotion Effect Management Instrument).

Tous les projets et actions orchestrés par le NIGZ sont systématiquement orientés vers les groupes cibles suivants :

- Jeunes gens.
- Personnes âgées.
- Travailleurs.
- Immigrants.
- Personnes socio-économiquement défavorisées.
- Patients.

Il est toujours prévu avant de lancer un nouveau projet de rechercher les données et informations nécessaires concernant la population cible du projet.

Notons la collaboration du NIZG avec des projets internationaux (Aids & Mobility in Europe, Getting Evidence into Practice, Workplace Health Promotion, Closing the Gap, Healthy Ageing).

Le NIGZ considère le « Health literacy » comme une porte d'entrée pour fournir à la population néerlandaise (de tout âge) les informations indispensables concernant la santé qu'ils sont en droit de pouvoir obtenir, mais aussi pour les aider à utiliser ces informations et à se créer des opportunités pour agir de la sorte.

Le NIGZ cherche à établir des partenariats avec d'autres organisations au niveau local, régional, national et international.

Les activités de plaidoyer et de lobbying concernant la santé dans le domaine politique sont considérées comme partie intégrante de la stratégie mise en place par le NIGZ.

◆ Le **Conseil de la Santé** (Council for public Health) émet des recommandations concernant les programmes de santé publique. www.gr.nl

◆ Les projets de recherche de plus grande envergure sont réalisés par l'Institut National pour la Santé Publique et l'environnement (**RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu**). www.rivm.nl

Le RIVM joue un rôle important dans la recherche et le monitoring des indicateurs de santé (par exemple, prévalence des maladies cardio-vasculaires) et des indicateurs environnementaux (par exemple, mesure de la qualité de l'air).

◆ A côté de cela existent aussi des organisations et des institutions nationales qui oeuvrent dans certains domaines de la prévention (Ligue contre le cancer, contre le tabagisme, les MST, etc.).

Sources de financement :

Pour le budget santé, 69 % du budget provient de la sécurité sociale, 14 % d'assurances privées, 10 % des subsides de l'état et 8 % de paiements directs.

A peu près 4 % des dépenses liées à la santé aux Pays-Bas sont consacrés à la prévention et aux services de santé publique.

En ce qui concerne le financement du NIGZ, son budget annuel s'élève à 7,5 millions d'euros, 1/3 de ce budget est assuré par le Ministère de la Santé, les deux autres tiers devant être assurés par les revenus liés aux prestations et aux productions (actions) du NIGZ.

2° Stratégie nationale

◆ A « **Dutch national contract for public health** » a été signé en 2001 par le Ministre de la santé, du bien-être et des sports, par le Ministre de l'intérieur, par les municipalités et les GGD (The association of municipal Health Services/ services sanitaires municipaux).

Priorités :
- Renforcer les infrastructures de santé publique.
- Réduire les inégalités de santé.
- Encourager et consolider les modes de vie sains.

But :
- Offrir les meilleures opportunités sanitaires possibles à l'attention de tous les Individus.
- Promouvoir des modes de vie sains.
- Favoriser la coopération entre le secteur curatif et le secteur de la santé publique.
- Entretenir une politique cohérente de santé publique tant au niveau national qu'au niveau local.
- Renforcer le pouvoir législatif et administratif des autorités locales et des services de santé municipaux.

Toutefois, il ne semble pas y avoir d'objectifs explicites définis. Seuls 11 objectifs quantitatifs ont été établis en vue de réduire les inégalités sociales et ont servi de jalons pour évaluer les buts tant au niveau de la pauvreté, de la participation au marché du travail, des maladies chroniques, du tabagisme, de l'obésité et de l'éducation, du travail physique lourd qu'au niveau de l'accessibilité et de la qualité des services de soins de santé.

◆ Après une première tentative visant à fixer des objectifs de santé au niveau national, les Pays-Bas ont publié en **2003** un **livre blanc « Langer Gezond Leven »** en précisant les objectifs de santé qui devraient être atteints en 2020.

La première partie du document comprend **13 objectifs**, la seconde décrit **7 priorités de santé et de sécurité**.

Ce document appelait à la réalisation d'actions au niveau local : sur les lieux du travail, dans le secteur des soins et en milieu scolaire avec 3 priorités : le **tabagisme**, le **surpoids** et le **diabète**.

Notons que le plupart des plans annoncés ont été menés à bien. Remarquons par exemple la mise en place de **mesures visant à décourager le tabagisme** : local sans tabac sur les lieux du travail, transport public sans tabac, etc.

Réalisation également de **plans** concernant la lutte contre **l'obésité** et la promotion de l'activité physique : « Energy in balance », « Time for sport ».

Enfin, le plan « **Diabetes action plan for 2005-2009** » a été mis en place.

◆ Programmes hollandais sur les inégalités socio-économiques en santé.

Un des domaines jugés par les autorités néerlandaises comme prioritaires dans le champ de la santé publique concerne les inégalités de santé.

◆ Un premier programme concernant les inégalités de santé a vu le jour en 1989 et a permis d'augmenter les connaissances en ce qui concerne l'étendue de ces inégalités et leurs déterminants aux Pays-Bas. (1989-1993).

◆ Un second programme a vu le jour en 1995 et avait pour but d'augmenter les connaissances concernant l'efficacité des interventions et des politiques visant à réduire ces inégalités. Certaines des interventions évaluées concernaient des actions sur les lieux de

travail ou des programmes réalisés en milieu scolaire et visant à promouvoir des comportements les plus sains possibles (prévention du tabagisme chez les jeunes, etc).

◆ Enfin, un troisième programme hollandais concernant les inégalités socio-économiques en santé en 2001 (**Evidence-Based Dutch Programme en Socio-Economic inequalities in Health**) a pour mission :

- 1° De réduire les inégalités en termes d'éducation et de revenu.
- 2° De réduire les effets négatifs des problèmes de santé sur la situation socio-économique.
- 3° De réduire les effets négatifs de la situation socio-économique sur la santé (par exemple, réduire la prévalence du tabagisme dans les groupes socio-économiques défavorisés, etc.).
- 4° De favoriser l'accès et l'efficacité des soins de santé pour les groupes socio-économiques défavorisés.

En complément aux quatre buts généraux de ce programme, d'autres objectifs (chiffrés) ont également été déterminés.

Ils concernent :

- Des objectifs visant les groupes socio-économiques défavorisés.
- Des objectifs visant à réduire les effets de la santé sur la situation socio-économique défavorable.
- Des objectifs liés à des facteurs concernant les effets d'une situation socio-économique défavorable sur la santé.
- Des objectifs liés à l'accessibilité et la qualité des services de soins de santé.

◆ **Plan national : Opting for a healthy life Public Health policy in the Netherlands 2007-2010.** (budget : 4,6 millions d'euros pour 2007)

Cadre légal de ce plan : en octobre 2003, le Ministère de la santé, du bien-être et des sports a publié un premier document concernant la politique de santé publique « **Vivre plus longtemps en bonne santé** » (cfr supra/livre blanc) (Living longer in good health) qui se concentrait donc sur des maladies associées à des modes de vie et des facteurs de risque. Pour rappel, trois priorités avaient été alors établies et concernaient :

- Le tabagisme.
- Le surpoids.
- Le diabète.

Le plan national 2007-2010 part de facteurs considérés comme importants et directement liés aux modes de vie : **l'obésité** (nutrition et pratique d'exercices), **le tabac** et **l'alcool**. Enfin, deux maladies ont également été jugées prioritaires, à savoir : **le diabète** (type I et II) et **la dépression**.

Selon les auteurs du plan, les personnes dépressives sont également souvent alcoolotabagiques et présentent parfois un problème d'obésité.

Enfin, l'identification et la reconnaissance tant des personnes dépressives que diabétiques et leur prise en charge rapide devraient conduire inexorablement à un bénéfice sanitaire.

Ce nouveau plan propose une **approche plus élargie** en matière de politique nationale de prévention.

- La prévention fait partie intégrante des soins curatifs.
- Conseiller/aviser sur une vue plus élargie/diversifiée concernant les futurs développements de santé publique.

Il insiste sur le **renforcement** d'une **collaboration** entre le **national** et le **local**.

- Politique de santé locale améliorée.
- Meilleure analyse de la situation locale.
- Porter une attention plus soutenue à la coordination.
- Implémentation des activités locales planifiées pourrait être améliorée.
- Pourvoir/offrir des « techniques » (moyens/méthodes ?) de prévention aux autorités locales.

Enfin, chaque thématique de santé développée est déclinée en **objectifs quantifiables** (épidémiologiques !?).

Cette politique de santé est fixée pour une période de 4 ans (cycle).

Evaluation :

Malgré la mise en garde quant au besoin réel d'évaluation, peu de progrès a été réalisé au niveau de l'évaluation d'interventions de santé publique jusqu'à ce jour, à l'exception d'évaluations concernant les programmes liés à la réduction des inégalités sociales.

Aide à la prise de décision :

Le niveau de la santé publique néerlandaise et les rapports prévisionnels guident les prises de décisions, tentent de fournir une base scientifique pour déterminer les politiques de santé.

Un programme de recherche concernant les inégalités sociales qui avait démarré en 1995 a analysé l'efficacité de plusieurs interventions permettant de réduire les inégalités sociales.

Collaboration :

Les autorités ministérielles reconnaissent la collaboration intersectorielle comme un élément capital de succès dans les interventions réalisées, notamment celles concernant les inégalités de santé. Elles soutiennent et favorisent donc les collaborations.

3° Commentaires

Notons l'existence d'une distinction entre la notion de prévention individuelle et collective :

- La **prévention individuelle** est principalement mise en oeuvre par le système de soins régulier (notamment centres de santé, médecins généralistes et médecins scolaires).
- La **prévention collective** des maladies et l'amélioration de la santé dépendent de la responsabilité des services sanitaires municipaux (GGD). Les vaccinations sont prises en charge par le réseau national des différents GGD hollandais. Les GGD, et donc les autorités locales, ont un rôle important car ils peuvent réagir rapidement et efficacement (par vaccination notamment) lorsqu'ils sont par exemple confrontés à des maladies infectieuses constituant un danger pour la santé publique. Ces mêmes GGD dispensent de l'information et de l'éducation en matière de santé.

Rappelons que c'est l'Etat qui décide du cadre stratégique national en matière de prévention et il fixe des objectifs opérationnels visant la prévention de la morbidité et de la mortalité auprès du public cible.

Enfin, le gouvernement néerlandais souhaite à nouveau faire partie du « **Top** » en termes de résultats de santé publique, etc.

« Ne pas se contenter d'être au milieu », « Pourquoi vivre moins d'années que ce qui pourrait être attendu », « Pourquoi avoir nécessairement une diminution de sa qualité de vie »... (Allin et al., 2004).

L'Etat considère « la santé » comme faisant partie de ses responsabilités et donc de ses priorités et souhaite offrir au peuple néerlandais la possibilité de faire des choix éclairés en matière de santé et ceci quelle que soit son appartenance régionale (GGD).

« *Tout citoyen quel que soit son lieu de vie doit pouvoir bénéficier de soins préventifs de qualité ... et c'est un des objectifs du plan national pour aujourd'hui, demain et les années à venir...* ». (Allin et Al., 2004).

Les différentes actions/stratégies mises en place par les autorités et services compétents néerlandais semblent donc bien s'inscrire selon les principes fondamentaux de la **Chartre d'Ottawa**, à savoir conférer aux populations le pouvoir d'agir sur les déterminants de santé, favoriser la concertation et l'action intersectorielles, réduire les inégalités de santé en s'appuyant sur des stratégies de promotion de la santé, etc.

4° Bibliographie

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>

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.

Institut pour les soins et le bien-être social, www.nizw.nl

Opting for a healthy life, Public Health Policy in the Netherlands 2007-2010, www.minvws.nl

Van Der Linden 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, pp 39-44, Promotion Santé Suisse, Berne, consultable en ligne sur http://www.promotionsantesuisse.ch/f/strategy/st_healthpromotion.asp

A PROPOS DE LA SUISSE

1. Organisation du système de santé suisse

Le système de santé de la Suisse est conçu selon le principe fédéraliste. La Confédération n'a des compétences que limitées en matière de santé publique.

Un projet pour une « *Politique nationale de santé* » pour la Suisse, a été lancé au niveau fédéral en 1998. Abandonné fin 2003, il a finalement débouché sur un « *Dialogue* », en vigueur actuellement, instauré entre la Confédération (Département Fédéral de l'Intérieur) et les cantons (Directeurs cantonaux des affaires sanitaires).

Ce dialogue se concrétise par trois réunions annuelles dont l'objectif est d'améliorer la convergence et la coordination entre les politiques cantonales de santé et la politique fédérale de santé publique.

Néanmoins, une **nouvelle proposition de réglementation de la prévention et de la promotion de la santé visant à accorder davantage de compétences à la Confédération** est actuellement débattue. En effet, si la situation de la Suisse possède des aspects positifs : la politique développée dans chaque canton est en adéquation avec les problèmes de santé rencontrés sur le territoire; elle possède également des aspects négatifs : manque de cohérence, manque de coordination, activités disparates,...

Pour ajouter à cet éparpillement des activités de promotion de la santé, de nombreux acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux s'engagent à l'échelle nationale, cantonale et communale dans la prévention et la promotion de la santé en fonction de leurs compétences. (par ex. : Office Fédéral de la Santé Publique, Fondation Promotion Santé Suisse, Fonds de Prévention du Tabagisme, Fonds de Sécurité Routière, Caisses maladies...). Cette situation peut être enrichissante mais aussi problématique si les messages envoyés sont redondants ou trop différents.

Au niveau du système de santé, les cantons détiennent les compétences principales. Les compétences de la Confédération sont limitées, elle n'intervient que dans le cadre de l'assurance maladie.

Elle ne peut régler la prévention et la promotion de la santé que dans la mesure où les compétences législatives correspondantes lui sont conférées par la Constitution fédérale.

La Confédération assume des tâches qui, pour diverses raisons, ne peuvent être prises en charge par les cantons (surveillance épidémiologique, contrôle des aliments, radioprotection...).

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) fait partie du Département fédéral de l'intérieur. Avec les cantons, il assume la responsabilité des domaines touchant à la santé publique ainsi que la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale.

Ses compétences touchent :

- Les denrées alimentaires.
- La protection du consommateur.
- L'assurance maladie et accidents.
- La lutte contre les toxicomanies.
- La réglementation des produits chimiques et biologiques.
- La prévention des épidémies et des rayonnements divers.
- L'apparition de nouvelles technologies.

Il a en outre mis en place une commission chargée de la tâche de vérification des conditions thématiques et pratiques et de la faisabilité politique d'une nouvelle réglementation juridique de la prévention et de la promotion de la santé. (in rapport Prévention et promotion de la santé 28-09-2007).

Une fondation, « Promotion Santé Suisse », créée en 1989 dans le canton du Vaud, intégrée au niveau fédéral, depuis 2002, a pour objectifs :

- De stimuler les mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies ».
- De stimuler et coordonner la réalisation de projets correspondants d'importance nationale et régionale.
- De juger et d'évaluer l'efficacité des mesures.

Néanmoins des collaborations existent entre les différents niveaux de pouvoir sous forme de participation à des programmes intercantonaux ou de participation à des programmes organisés au niveau confédéral (par ex : Promotion Santé Suisse et les programmes d'actions cantonaux « Poids corporel sain »).

Quelques politiques sont également élaborées et mises en œuvre au niveau fédéral : Par exemple : Stratégie nationale de prévention du SIDA/programme national SIDA ; politique nationale des drogues, programme national de prévention du tabagisme ; programme national de prévention du tabagisme ; Programme Alimentation, activité physique et santé.

Tous les cantons disposent de prescriptions particulières en matière de promotion de la santé et de la prévention.

On les trouve dans les constitutions cantonales. En pratique, la promotion de la santé est donc élaborée et mise en œuvre de manière très variable en fonction des cantons.

2° Stratégie de santé publique

Voici, à titre d'exemple, une analyse des plans développés dans deux cantons (choisis sur base de l'accessibilité linguistique et de l'existence d'un plan).

2.1. Le canton de Fribourg

2.2. Le canton de Genève

A titre informatif, les politiques de santé publique des cantons de Berne et du Valais telles qu'elles sont présentées en ligne sur les sites d'information des administrations cantonales respectives sont ensuite mentionnées.

2.1. Canton de Fribourg

Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2011. Priorités pour le canton de Fribourg.

Le canton de Fribourg possède une **Direction générale de la santé et des affaires sociales**.

Le Plan cantonal a été établi dans le cadre d'un processus impliquant le cadre administratif au niveau de la santé (Direction de la santé et des affaires sociales, la Commission cantonale Promotion de la Santé et Prévention) et les partenaires cantonaux de la prévention et de la promotion de la santé.

Finalité :

- Donner **un cadre de référence et d'action commun dans un cadre temporel défini** aux acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, aux différents niveaux.
- Servir de **base pour l'élaboration des budgets de promotion de la santé** et de prévention ainsi que pour la formulation des mandats avec les **partenaires** chargés de la mise en œuvre.

Objectif général : amélioration de la santé de la population fribourgeoise.

Cadre légal

- Loi cantonale sur la santé du 16 novembre 1999.
- Règlement sur la promotion de la santé et la prévention du 4 juin 2004.

Le Plan Cantonal Fribourgeois pose 5 principes qui doivent être pris en compte à tous les niveaux de la mise en œuvre du plan :

- o **La durabilité** (cohérence nécessaire, le plan maintient des programmes élaborés auparavant pour lesquels l'efficacité a été démontrée).
- o **L'égalité des chances.**
- o **L'empowerment** (individuel).
- o **La coopération.**
- o **L'évaluation.**

Ces principes doivent intervenir de manière transversale à travers les actions de promotion de la santé du canton.

Bien que le niveau de santé de la population fribourgeoise soit globalement bon, le canton souhaite renforcer certaines actions. Sur base de **données épidémiologiques** issues d'enquêtes de santé en Suisse des **besoins de santé ont été identifiés** dans plusieurs domaines (alimentation, activité physique, alcool, tabac, santé psychique/stress, contexte social, santé sexuelle et reproductive, suicide, violence, accès et utilisation des services de santé, accidents).

Certaines priorités ont été sélectionnées au moyen de critères axés sur **l'évaluation**, **l'importance du problème**, **la cohérence** avec les priorités de la Confédération et des autres cantons, **l'identification du problème** par la Commission cantonale Promotion Santé et Prévention, par les institutions de prévention et de promotion de la santé.

Il s'agit de :

- **Alimentation saine et activité physique.**
- **Santé psychique (stress, violence, dépression/suicide).**
- **Contexte et conditions-cadre.**

Les actions qui ont été menées depuis 1999 dans le cadre de la politique cantonale depuis 1999 et dont l'efficacité a été prouvée **sont maintenues et intégrées au Plan cantonal** non pas au titre de priorités mais **d'actions en cours** dans le canton (elles peuvent concerner des thématiques ou des groupes de population : les jeunes restent un public privilégié).

Le Plan cantonal Fribourgeois développe donc deux axes de nature différente :

1. Le maintien des actions évaluées positivement ;
2. Le développement de nouvelles priorités.

Alors que précédemment, le travail avait davantage lieu **au niveau des comportements de santé** (les priorités dégagées en 1999-2002 concernaient les comportements néfastes à la santé, les accidents, l'utilisation des services de santé, les suicides), le plan s'est orienté plutôt cette fois sur les **contextes/conditions de vie**. Les environnements favorables au niveau des entreprises et des familles notamment par le biais du législatif seront travaillés.

Au niveau du contexte, des **potentiels d'amélioration** ont été déterminés à partir de **l'évaluation d'actions antérieures**: en ce qui concerne **les lieux de vie** (entreprise, famille, la coordination des actions doit être améliorée), en ce qui concerne **les populations** (renforcement des mesures concernant les plus de 50 ans et prise en compte du public des migrants).

Le Plan Cantonal Fribourgeois identifie également des «**conditions de réalisation**» des actions de promotion et prévention de la santé qui doivent également être considérées comme des priorités :

- **Coordination** des projets à l'intérieur du canton (mise en réseau, renforcement des synergies, collaboration et coordination entre les différentes activités et mesures participant d'un même objectif).
- **Cohérence** avec le niveau national : volonté de travailler dans le même sens que la Confédération (à travers l'OFSP et Promotion Santé) dans le système de santé suisse.
- **Mise en œuvre suivi efficacité (évaluation)** il est nécessaire d'établir des indicateurs pour pouvoir évaluer les actions.
- **Transversalité** en particulier développée dans le domaine des conditions cadre (action sur l'environnement, ...) aussi entre les différentes directions cantonales, et d'autres acteurs.

Les institutions de promotion de la santé et de prévention du canton doivent maintenant prendre connaissance de ce plan.

Comme le plan inscrit désormais également la **transversalité** (dans les contextes-conditions cadres) comme une de ses priorités, **l'administration cantonale entend être davantage impliquée** dans la mise en œuvre des actions. Concrètement, cela se traduit par :

- L'accompagnement et soutien des projets de l'administration.
- L'identification des politiques cantonales contradictoires (et remédiation éventuelle).
- La formation du personnel de l'administration.

La prochaine étape est d'avancer dans l'opérationnalisation de ces objectifs en établissant un plan d'actions. Des actions et interventions plus précises seront alors proposées.

2.2 Canton de Genève

Cadre légal

- Loi genevoise sur la santé : elle couvre tout le domaine de la santé. En ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé, elle fixe 10 mesures contribuant à la promotion de la santé et à la prévention et 11 domaines prioritaires (problématiques de santé).

La loi cantonale prévoit que, tous les 4 ans, une planification sanitaire soit proposée.

Dans un premier temps, le DES (Département de l'Economie et de la Santé) a établi une **Charte de projet du plan cantonal de promotion de la santé et prévention 2007-2010**.

Cette charte stipule que le Plan Cantonal Genevois se déploie autour de **trois problèmes de santé** retenus après sélection parmi les 11 domaines prioritaires mentionnés dans la loi.

Objectif d'impact : *améliorer la santé de la population genevoise pour les problèmes de santé retenus.*

Le cahier des charges insiste sur :

- L'**intégration dans le cadre politique, légal et institutionnel** du canton.
- Le ciblage des actions dans le **domaine de la promotion de la santé et de la prévention primaire** (à l'exclusion des soins de prévention secondaire et du social).
- La limite de son action sur **3 thématiques maximum**.
- L'apport d'une **valeur ajoutée** à la prévention des problèmes de santé.
- Le **rassemblement** des partenaires.
- Le renforcement de la **cohérence des actions** par l'adoption d'un **référentiel commun** de mesures et d'indicateurs.
- L'assise scientifique.
- Rendre compte de la mise en œuvre de plan d'actions.

Une évaluation est prévue sur base du modèle de catégorisation (4 grandes catégories : les **bénéfices sur la santé**, les **effets sur les déterminants de la santé**, les **facteurs influençant les déterminants de la santé**, les **activités de promotion de la santé**).

La structure organisationnelle du Plan Cantonal est très travaillée, elle prévoit divers groupes consultatifs, de projet, de mise en œuvre, au niveau politique, décisionnel, stratégique consultatif et opérationnel. La Direction est **très impliquée, encadrante et partie prenante** dans le plan cantonal. Différents rapports intermédiaires vont jaloner la mise en œuvre du PCG entre 2007 et 2010.

Les priorités retenues sont développées dans le **rapport stratégique** du plan. Il s'agit de :

- **Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière** : travail sur le cadre de vie afin qu'il garantisse les conditions nécessaires à l'adoption de comportements sains. Comportements qu'il faut d'ailleurs favoriser par l'information et l'éducation.
 - o Sélection d'objectifs généraux et intermédiaires.
 - o Identification d'une population cible et d'une population relais.
 - o Recommandations de lignes directrices du plan d'action : stratégies (politique de transport, accessibilité, aménagement des espaces, ..),
 - o Proposition d'indicateurs pour les 4 catégories.
- **Retarder l'âge de la première consommation d'alcool** : cible particulièrement les adultes en charge d'éducation, travail sur la mise en évidence des préoccupations diverses face aux consommations d'alcool par les jeunes.
 - o Réponses éducatives et préventives complémentaires.
- **Prévenir la dépression selon le modèle de « l'Alliance contre la dépression »** (un programme contre la dépression élaboré par l'Université de Munich).
 - o Amélioration de l'efficacité du réseau médical, puis renforcement et reconnaissance des compétences des professionnels de santé, et développement des compétences des professionnels relais.

A titre informatif

Le canton de Berne

Dans le cadre de son engagement en faveur de la promotion de la santé, le canton de Berne met l'accent non seulement sur l'amélioration des conditions de vie individuelles et de l'environnement social, mais aussi sur la prévention et la lutte contre les dépendances et les comportements nuisibles à la santé en général.

Sur la base de contrats de prestations conclus avec des institutions œuvrant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, des projets sont développés dans ce secteur et des services de conseil sont mis à la disposition de la population. Cela étant, des efforts seront déployés – en particulier auprès des jeunes et de leur entourage –, ces quatre prochaines années, sur les fronts suivants: **alcool, tabac et cannabis; dépression et suicide; violence et actes de vandalisme; santé sexuelle; alimentation et activité physique.**

Tel que sur le site de la Direction de la santé publique du canton de Berne.

Le canton du Valais

Ce programme se fixe pour but de répondre aux besoins identifiés de la population en matière de santé, en définissant un programme d'activités, en réalisant des projets de qualité en promotion de la santé et en évaluant les résultats.

Sous « programme » on entend un ensemble de projets, de mesures, de processus ou de services coordonnés en vue de réaliser des objectifs communs.

Pour chaque thème ou problématique de santé identifié, les actions en cours, les souhaits et les recommandations issues du Rapport sur l'Etat de santé de la population valaisanne 2000, les objectifs à atteindre et les actions à développer sont énumérés.

Trois thèmes sont d'ordre général à savoir, **l'information sur la santé et l'éducation à la santé de la population** en général ainsi que **le système d'information**. Leurs objectifs sont : informer et sensibiliser la population sur la santé et ses déterminants, l'éduquer à adopter des comportements sains et par l'intermédiaire de l'observatoire valaisan de la santé, collecter les données utiles pour la description et le suivi du travail de promotion de la santé et de prévention.

Tel que sur le site du canton du Valais.

3° Commentaires

Les politiques de promotion de la santé et de prévention mises en place dans les cantons ont ceci de particulier qu'elles se trouvent déjà à **un niveau d'implantation très local**. Elles concernent un territoire et une population restreints. Elles sont donc davantage en adéquation avec les problématiques prioritaires au niveau du canton. Les priorités cantonales sont souvent limitées en nombre et contiennent certaines thématiques qui reviennent : l'alimentation saine, l'activité physique et la santé psychique.

3.1 Le canton de Fribourg

Le Plan Cantonal fribourgeois n'est pas un processus totalement achevé. Il détermine des **priorités de la politique de prévention et de promotion de la santé**, mais celles-ci

doivent encore être traduites en objectifs stratégiques et opérationnels sous la forme d'un plan d'actions.

Il se caractérise par :

- Une **structure à plusieurs entrées** proposant la déclinaison des 3 domaines prioritaires qui ont été retenus dans des principes et des conditions de réalisation.
- Une **réorientation vers la prise en compte du contexte, du milieu de vie et de l'environnement** par rapport au plan cantonal précédent qui était axé sur des comportements de santé.
- **Des priorités axées sur les déterminants de la santé** dont la création d'environnements favorables.
- Le plan insiste sur la **coordination de l'action de santé publique** avec les autres politiques du canton et même des cantons voisins et de la Confédération. La transversalité est développée à travers le travail sur les conditions cadre et dans son aspect environnemental.
- Un grand souci de **cohérence dans les actions de santé publique** concrétisée par
 - o l'évaluation, la sélection des projets prioritaires, le réajustement en fonction des résultats (maintien de ce qui fonctionne bien et ajustement ou renforcement de ce qui peut être amélioré), la cohérence recherchée avec l'existant au niveau de la Confédération et dans d'autres cantons.
- En ce qui concerne la **réduction des inégalités de santé, elle n'apparaît pas clairement dans les objectifs prioritaires du programme** comme cela peut être le cas dans certains pays. **L'égalité des chances** est mentionnée dans les principes qui doivent être mis en œuvre et les conditions cadre font mention d'une attention particulière à développer pour les + de 50 ans et les migrants.

3.2 Le canton de Genève

Le Plan Cantonal genevois n'est pas totalement achevé. Il a sélectionné 3 thématiques de santé, il a établi pour celles-ci des objectifs et des lignes directrices pour le plan d'action qui doit encore être élaboré.

- Le cahier des charges énonce des **principes de cohérence et de durabilité, limite** d'emblée l'action du plan cantonal à 3 thématiques.
- Le plan travaille sur **des déterminants de la santé**. Cependant, chaque plan d'action est présenté de **manière autonome**, les quelques principes mentionnés dans le cahier des charges ne sont plus évoqués plus loin.
- L'administration est très présente dans la réalisation du plan et également de son évaluation.

4° Bibliographie

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

Fondation Promotion Santé Suisse : www.promotionsantesuisse.ch

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 consultable en ligne sur <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. consultable en ligne sur <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/index.html?lang=fr>

Van Der Linden F.,(2006) Renforcer la promotion de la santé et la prévention. Bases pour l'élaboration d'une stratégie en Suisse, Promotion Santé Suisse, Berne, 101 p. consultable en ligne sur http://www.promotionsantesuisse.ch/f/strategy/st_healthpromotion.asp

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. consultable en ligne sur 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 : <http://www.gef.be.ch/site/fr/index.htm>

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

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

A PROPOS DU LUXEMBOURG

Attribution de la Direction de la Santé

- Professions médicales, professions de santé.
- Collège médical – Conseil Supérieur des professions de santé.
- Direction de la santé: médecine préventive et sociale, médecine scolaire, médecine du travail, médecine curative, médecine de l'environnement, inspection sanitaire, pharmacies et médicaments, radioprotection.
- Services de rééducation – Personnes malades mentales et dépendance: foyers, ateliers et services conventionnés - services de soins à domicile.
- Service des dommages de guerre corporels.
- Prévention et lutte contre la toxicomanie.
- Croix-Rouge et Ligue Luxembourgeoise de prévention et d'action médico-sociales – Centre Hospitalier de Luxembourg - Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique – Laboratoire National de Santé.

2° Stratégie de santé publique

Le Grand Duché du Luxembourg n'a pas encore développé une réelle politique de Promotion de la santé.

A 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, le Dr Yolande Wagener, de la direction de la santé au ministère luxembourgeois de la santé, a reconnu que **la promotion de la santé au Grand-Duché de Luxembourg était un processus encore en voie de développement.**

Le Ministère de la Santé a fourni au cours de ces dernières années des efforts accrus pour la prévention et la promotion de la santé à travers : une démarche multisectorielle, une collaboration étroite avec les partenaires concernés, la transparence des activités, l'information de santé et les évaluations des actions, l'amélioration du contact avec la population.

Cependant, en 2007 aucun programme national de promotion de la santé n'existe encore au Grand-duché du Luxembourg.

Actuellement, il existe des plans nationaux pour :

- Stratégie et plan d'actions en matière de **lutte contre le HIV/Sida** (2006-2010).
- Stratégie et plan d'actions 2005-2009 en matière de lutte contre les **drogues et les toxicomanies.**
- Le **dépistage du cancer du sein** (depuis 10 ans).
- Programme national « **alimentation saine et activité physique** ».

des projets de plan pour

- La promotion de l'allaitement maternel.
- Les maladies rares.

des réformes dans le domaine de la :

- Psychiatrie.
- Médecine scolaire.

3° Bibliographie

Ministère de la santé : <http://www.ms.etat.lu/>

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

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 <http://pses.crp-sante.lu/fr/WagenerP1.1.pdf>

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

A PROPOS DU DANEMARK

1° Organisation du système de santé

Le système de santé du Danemark fonctionne selon le modèle de subsidiarité (le fédéral n'intervient que dans la limite qui lui est conférée par la loi).

Le secteur des soins de santé se décline sur trois niveaux : national, régional (14 comtés), et local (275 municipalités).

L'état définit les grandes lignes de la politique de promotion de la santé et de prévention mais la mise en œuvre de la politique dépend majoritairement des municipalités et, dans une moindre mesure, des comtés.

Responsabilités des comtés :

- Planification générale et financement de l'offre de soins (secteur hospitalier, les comtés sont propriétaires des hôpitaux- ou soins de ville- ils autorisent l'installation des médecins).
- Sécurité sociale.
- Soins de santé primaire.

Responsabilités des municipalités :

- Soins aux personnes âgées et handicapées.
- Politique de prévention.
- Service social.
- Santé scolaire.
- Traitements dentaires pour enfants.
- Gestion du secteur médico-social et de la continuité des soins.
- Lutte contre l'alcoolisme.
- Lutte contre les toxicomanies.

Responsabilités de l'Etat :

- Définition des lignes directrices de la politique de santé publique (le programme national de santé publique mais aussi les législations –ex. 1995 loi sur les zones non fumeurs).
- Mise en œuvre concrète de cette politique (y compris via des campagnes nationales d'information –compétence partagée avec les autorités locales).
- Responsabilité des agences nationales notamment :
 - o **Agence nationale de la Santé (National Board of Health– Sundhedsstyrelsen)**
 - Surveillance de la santé et veille sanitaire.
 - Prévention des toxicomanies.
 - Conseil auprès du Ministère et des autorités publiques (comtés et municipalités).
 - Supervision des professionnels de santé.
 - Approbation des accords de santé conclus entre les comtés et les municipalités (tous les 4 ans) pour la coordination de leurs activités curatives et préventives.
 - o **Le conseil de politique de promotion de la santé** : il suit les développements en matière de promotion de la santé, fournit un avis aux autorités locales et aux professionnels de santé, et supervise les professionnels de santé.

- L'institut danois d'épidémiologie clinique : entreprend des enquêtes nationales, dirige la recherche.
- Le conseil danois sur le tabagisme et la santé : tente de réduire les dommages du tabagisme et le nombre de nouveaux fumeurs, de sécuriser les environnements non-fumeurs, et de diminuer le nombre de fumeurs.

Le système danois prévoit le financement par l'impôt d'une part maximale des dépenses de santé individuelles et limite donc les frais à charge du patient en cas de maladie. C'est un système public et gratuit (hors médicaments et soins dentaires).

Les médecins sont rémunérés par le service national de santé qui finance entièrement les consultations médicales et l'hospitalisation. Pour les médecins généralistes, leur paiement est effectué d'une part sur base de leur activité mais pour un tiers en fonction du nombre de patients inscrits chez eux pour des activités telles que la **prévention et la promotion de la santé**. De plus, leur rémunération est plus élevée pour des consultations de prévention.

Réforme en cours

- entamée en 2003 et entrée en vigueur en 2007 : réduction du nombre des municipalités (275 à 98) et des comtés (de 14 à 5) de manière à accroître les compétences sanitaires communales et faciliter la prévention sanitaire.

2° Stratégie en matière de santé publique

Programme "Healthy throughout life- the targets and strategies for public health policy of the government of Denmark, 2002-2010"

"Etre en bonne santé tout au long de sa vie – les objectifs et les stratégies pour une politique de santé publique du gouvernement danois 2002-2010 ».

Le gouvernement danois a planifié dès 1999, suite à un diagnostic défavorable porté sur l'état de santé des danois, la mise en œuvre d'un programme de santé publique portant sur 10 ans.

Un nouveau programme a vu le jour en 2002,

- Reprenant à l'identique les principaux objectifs du gouvernement précédent,
- Et maintenant une attention particulière pour les facteurs de risque-tabac, alcool, accidents, habitudes alimentaires et sédentarité,
- Mais **s'élargissant à des questions de traitement préventif des principales maladies évitables (comme l'asthme, les allergies, le diabète, les troubles cardio-vasculaires, et l'ostéoporose).**

Le programme danois justifie son existence par le mauvais état de santé de la population danoise. Bien qu'il ne cite pas ses sources, il existe au Danemark un **Institut d'épidémiologie clinique** qui dirige un programme d'interview de santé afin de guider la prise de décision politique.

Objectifs généraux du programme :

- Amélioration de l'espérance de vie.
- Augmentation du nombre d'années de vie en bonne santé.
- Réduction des inégalités sociales de santé.

Les finalités du plan national sont d'augmenter l'**espérance de vie, la qualité de vie et de lutter contre les inégalités de santé** (le gouvernement affirme que l'égalité en santé est une **des valeurs fondamentales d'une société de bien-être y compris dans les efforts pour promouvoir la santé**. (in HTL p 8, Site d'information (programme national en anglais) www.folkesundhed.dk/page198.aspx)

Ces finalités sont rencontrées au prix d'efforts collectifs et de la collaboration entre trois niveaux d'acteurs avec chacun leurs propres responsabilités et domaines d'action :

- **Les individus** : Les individus, les familles et les structures locales sociales (actions attendues : établir des habitudes de vie saines, changer des mauvais comportements de santé, soutenir à travers le support social)
- **Les communautés** : ONG, centres de soin pour les enfants, écoles, lieux de travail, services de soins de santé (développer des initiatives spécifiques pour prévenir la maladie et promouvoir la santé, créer des environnements favorables et soutenant la santé)
- **Le secteur public** : l'état, les comtés, les municipalités (établir le cadre pour la promotion de la santé (y compris législation, structure, outils, recherche, information ; favoriser l'accès au services de santé spécifiques pour le public général et pour les groupes à haut risque et **supporter les membres de la société les plus faibles**)

Ce programme incite à la **responsabilisation individuelle** mais souligne également que chaque individu doit être capable de faire des choix en **étant bien informé**. En outre, le programme met en évidence le **rôle de la société civile** (les infrastructures sociales, le lieu de travail, les organisations privées, ...) dans l'amélioration de l'état de santé.

Le programme détermine 8 facteurs de risques qui sont à l'origine du mauvais état de santé des Danois sur base de données épidémiologiques.

Pour chacun d'entre eux, il détermine un objectif à atteindre au moyen de stratégies intégrant souvent une attention particulière pour des groupes vulnérables.

Ensuite, le programme met en évidence ce qui peut être fait au niveau de chacun des 3 acteurs (individu, collectivité, secteur public directement lié à description des responsabilités de chacun des acteurs)

- **Le tabagisme** par ex.
 - Objectif : le nombre de fumeurs doit être diminué considérablement à travers le sevrage tabagique et la réduction du nombre de nouveaux fumeurs. Les environnements non-fumeurs doivent s'étendre.

Stratégies

- Réglementation des environnements non-fumeurs.
- Information, motivation et conseil sur le sevrage tabagique.
- Information et environnement soutenant pour réduire le nombre de nouveau fumeurs.

Tâches respectives

- Individus (soutien des jeunes pour ne pas fumer, soutien des fumeurs en sevrage, être conscient de son rôle/impact sur les enfants, essayer d'arrêter de fumer, éviter de fumer pour les femmes enceintes).
- Communautés (créer des environnements non-fumeurs, proposer des services pour arrêter de fumer, former des conseillers au sevrage tabagique, ...).
- Secteur public (assurer un haut niveau d'information quant aux effets du tabac sur la santé, créer des environnements de soutien, intégrer l'arrêt

de fumer pour les femmes enceintes dans les services de santé publique qui leur sont proposés, inclure la prévention des dommages causés par le tabac dans la formation du personnel de santé).

- **La consommation d'alcool.**
- **L'alimentation.**
- **L'activité physique.**
- **L'obésité.**
- **Les accidents.**
- **L'environnement de travail.**
- **Les facteurs environnementaux.**

Le programme Healthy Throughout Life (**HTL**) détermine **8 troubles et maladies évitables prioritaires** qui sont en lien avec les facteurs de risque.

Pour ces 8 troubles visés par les stratégies de lutte, le programme souligne que le gouvernement va développer des stratégies conçues selon 3 approches :

- Prévention des maladies et promotion de la santé.
- Efforts faits par les individus pour améliorer leur santé.
- Conseil, support, réhabilitation et autres mesures en relation avec les patients.

Le **HTL** propose de faire le point de ce qui existe de manière notamment à pouvoir **déterminer des indicateurs pertinents pour ces maladies. L'objectif est de préparer le terrain pour un plan d'actions détaillées** (les nouvelles connaissances sur les maladies et stratégies et la documentation et l'évaluation continue sont des éléments importants).

- **Diabète de type 2**
 - o Objectif : réduire le taux de personnes atteintes de diabète de type 2.
 - o Cause : les styles de vie (surpoids, alimentation, sédentarité + dispositions génétiques).
 - o Comment le prévenir ? activité physique et habitudes alimentaires saines.
 - o Qu'est-ce qui est déjà fait ?
 - o Le National Board of Health a publié un rapport sur le traitement du diabète au Danemark. Ce rapport contient des recommandations.
- **Cancers évitables par la prévention.**
- **Troubles Cardio-vasculaires.**
- **Ostéoporose.**
- **Troubles musculo-squelettiques.**
- **Troubles de l'hypersensibilité (asthme et allergies).**
- **Troubles mentaux.**
- **Troubles pulmonaires obstructifs chroniques.**

Le programme détermine des **publics-cibles** pour lesquels doivent être relevé un certain nombre de défis collectifs :

Les groupes cibles ont été déterminés selon deux logiques :

- Soit en fonction de son appartenance à un certain **groupe social**, on se trouve dans une situation qui a des **caractéristiques communes** au niveau du milieu social dans lequel on évolue (ex : contact avec des structures sociales comme l'école, les établissements de soins, le milieu de travail, ...),

- Soit le groupe cible représente des sous-groupes d'individus présentant des hauts **risques au niveau de leur santé** parce qu'ils sont dans une situation défavorable (stress, vulnérable, malade chronique, ..)

Les populations migrantes sont également mises en évidence parce que l'augmentation de cette partie de la population posera de nouveaux défis pour la promotion de la santé (une bonne connaissance des conditions de santé de cette population est nécessaire).

Pour chaque groupe cible des problèmes de santé pertinents sont mis en évidence. Des défis à relever sont listés :

- **Les femmes enceintes.**
- **Les enfants (0-14 ans)**
 - o La promotion la santé dans les écoles et les centres de soins pour enfants (y compris l'alimentation et l'activité physique).
 - o L'asthme et les allergies.
 - o Les problèmes de santé mentale et de bien-être chez les enfants.
 - o L'augmentation du nombre des enfants en surpoids.
 - o Les enfants négligés/maltraités.
- **Les jeunes (15- 24 ans)**
 - o Les comportements à risque.
 - o Les problèmes de santé mentale et de bien-être.
 - o La culture de l'usage libre de substance toxique.
 - o L'augmentation du nombre de jeunes en surpoids.
 - o La marginalisation en dehors du système scolaire et de la vie professionnelle.
- **Les personnes vulnérables et en détresse.**
Le programme y inclut notamment les personnes qui abusent de l'alcool et des drogues, ainsi que des personnes souffrant de problèmes psychiques.
Le gouvernement donne priorité à la responsabilité collective pour cette question. Le Ministère des affaires sociales a établi en 2002 un programme d'actions « Our collective responsibility- the government's action programme for weakest groups in society ».
Il insiste sur la nécessité de la coopération interdisciplinaire et intersectorielle pour travailler sur le public vulnérable en particulier via le secteur public et les organisations bénévoles.
- **Les personnes âgées.**
- **Les malades atteints de pathologies chroniques.**

Chaque niveau de responsabilité voit aussi ses objectifs en matière de promotion de la santé définis dans un chapitre particulier.

- **Individus et familles.**
- **Communautés locales et milieux de vie.**
 - o **Centres de soins d'enfants et écoles**
 - développer les compétences professionnelles et renforcer l'éducation pour la santé à l'école,
 - fournir une bonne infrastructure pour l'activité physique,
 - poursuivre et propager l'adoption des politiques de santé à l'école sur l'alcool et autres,
 - évaluer l'école comme un milieu pour la promotion de la santé.
 - o Lieux de travail.
 - o Services de santé.

- **Le secteur public** : les comtés et les municipalités ont fait de très gros efforts au niveau de la promotion de la santé. Des partenariats intersectoriels et interdisciplinaires ont été développés et doivent continuer à l'être. Le gouvernement entend aider les niveaux de pouvoirs locaux en coopérant avec eux et en mettant à leur disposition les outils scientifiques, informationnels et documentaires.
 - o Les outils dont il dispose sont : la législation, les politiques de santé, les services de santé préventive, la détection des cas, des infrastructures, l'éducation la recherche et la documentation ; le monitoring ...

Le suivi du programme

Afin de garantir l'efficacité du programme national de santé, le gouvernement a initié simultanément un **programme d'indicateurs de santé**.

Pour chacun des objectifs évoqués dans le programme HTL, il présente des indicateurs et des tendances. Il propose 2 sortes d'indicateurs : **les indicateurs clés** (qui décrivent les tendances et les résultats en fonction des objectifs généraux du programme), **les indicateurs spécifiques et détaillés** (qui décrivent les tendances et les résultats en fonction des objectifs et des challenges collectifs qui sont détaillés dans le programme) .

Les indicateurs sont :

- L'espérance de vie.
- Le nombre d'années de perte de vie en bonne santé (number of years of healthy life lost).
- La mortalité infantile.
- Les différences sociales au niveau de la mortalité.
- Les différences sociales dans la qualité de la vie.
- La prévalence du tabagisme chez les enfants, les adolescents, les adultes.
- La proportion dépassant le nombre recommandé de boissons alcoolisées chez les enfants, les adolescents, les adultes.
- La prévalence de prise de poids

Ces indicateurs devront être présentés et mis à jour sur le site d'information suivant :

www.folkesundhed.dk.

Une évaluation a dû avoir lieu en 2005.

3° Commentaires

Le Programme "Healthy throughout life" a été élaboré par le gouvernement du Danemark, néanmoins, ce sont les municipalités qui ont principalement en charge sa mise en œuvre, le degré d'opérationnalisation des activités proposées en découle.

Le programme national insiste sur la **responsabilité individuelle et collective de tous les Danois en matière de santé et de promotion de la santé**. La santé est l'affaire de tous, *« personne ne peut améliorer la santé à lui tout seul »* (in HTL p.4). Il développe les responsabilités et les domaines d'intervention de chacun des acteurs (individus, communautés et secteur public) tout en insistant sur l'importance du **partenariat et de la coopération intersectorielle entre tous les acteurs de la santé**.

Le programme développe de manière plus approfondie les axes agissant sur les responsabilités des différents acteurs de la santé , les déterminants de santé et les groupes cible. Cependant, par rapport au plan précédent, l'inclusion du chapitre sur le **traitement préventif des principales maladies évitables** témoigne de l'apparition d'une conception plus centrée sur les maladies et la prévention secondaire et tertiaire.

Le programme adopte **une approche transversale**: il décline les activités qui devraient être entreprises en fonction des différents acteurs de la santé, en fonction des facteurs de santé et des groupes cibles.

L'aspect « santé communautaire » est également fort appuyé dans le programme. Il insiste sur le potentiel des communautés dans l'amélioration de la santé des Danois.

La rédaction du programme a impliqué la **participation d'autres ministères** dont les champs d'action politique (notamment affaires sociales et emploi) interfèrent avec les actions développées dans le programme.

La **réduction des inégalités de santé** est un des objectifs prioritaires du programme. Elle est concrétisée par une prise en compte des populations vulnérables dans les thématiques développées.

Par ailleurs le Danemark est **soucieux des inégalités de santé** comme le démontrent plusieurs conférences notamment internationales qui ont été organisées sur son territoire (ex. Copenhague, 2000, International conference on reducing social inequalities in health, "Tackling social inequalities in health" un des thèmes principaux de la conférence des gouvernements locaux du Danemark, 2007, ...)

4° Bibliographie

ALLIN S., MOSSIALOS E., McKEE M., HOLLAND W. 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>

Healthy throughout live (HTL) – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002-2010, Government of Denmark September 2002 disponible sur Internet, www.folkesundhed.dk/page198.aspx

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

COSTONG C., STEGEMAN I., BENSUAUDE 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.

Ministère de la Santé : www.im.dk

Site d'information (programme national en anglais) www.folkesundhed.dk/page198.aspx

A PROPOS DE LA BULGARIE

En Bulgarie, la santé publique est centralisée et gérée par le Ministère de la Santé.

Un réseau de 28 RIPHIPI (Regional Inspectorate of Public Health Protection and Inspection) couvre l'entièreté du pays. Ces 28 RIPHIPI sont relativement autonomes tout en étant supervisés par le Ministère de la Santé.

Le réseau collabore avec d'autres institutions nationales, régionales et municipales notamment dans des domaines tels que l'Environnement, les Travaux Publics, la Politique sociale, la Protection de l'Enfance...

Le réseau comprend également des ONG qui oeuvrent dans le domaine du planning familial, du sida, de l'éducation ainsi qu'au sein des communautés gitanes.

Le réseau est également aidé par trois centres nationaux émanant du Ministère de la Santé :

- Centre National pour la Protection de la Santé publique.
- Centre National pour les Maladies parasitaires et infectieuses.
- Conseil National des Narcotiques.

Le Centre de Radiobiologie et de Protection contre les radiations travaille également parallèlement mais en collaboration avec les trois centres nationaux précités.

La stratégie nationale de la Promotion de la santé se focalise sur des programmes de dépistage (maladies sexuelles, dermatologiques, oncologiques, respiratoires) en pratiquant des check up médicaux sur les enfants, les jeunes et les personnes de plus de 65 ans.

Suite à la réforme du système de santé publique, les enjeux visés seront :

- L'amélioration de l'état de santé général des populations.
- L'efficacité du système de santé.
- L'optimisation de la structure des établissements de soins.
- L'investissement dans les nouvelles technologies et le matériel médical.
- L'amélioration de la qualité des soins.
- L'amélioration de la qualification du personnel soignant.

Bibliographie

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

s.a, (2006), Bulgarie – reprise d'acquis communautaire, 6p. www.europa.eu/scadplus/leg

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

A PROPOS DE LA CROATIE

En Croatie, L'Institut National Croate de Santé Publique (HZJZ) supervise et coordonne les services de santé publique organisés en un réseau de 21 Instituts de Santé publique.

- Institut croate de la santé au travail.
- Institut croate de la santé mentale.
- Institut croate de toxicologie.
- Institut croate de programmes de santé.
- Etc.

Le Ministre de la santé consulte le HZJZ concernant tous les problèmes relatifs aux priorités et à la politique de la santé.

L'HZJZ propose des mesures nationales de lutte contre les épidémies, supervise toutes les thématiques ayant trait à la pollution environnementale, à la gestion des déchets, à la sécurité alimentaire, à l'eau potable... Il participe à la recherche concernant les programmes de prévention et de promotion de la santé.

Un Plan et Programme de mesures en soins de santé a été initié depuis 2002.

Publics cibles des projets gérés par ce plan :

- Les femmes.
- Les enfants et jeunes enfants.
- Les enfants en âge scolaire.
- Les jeunes.

Problèmes de santé visés par ces projets :

- Les maladies cardiovasculaires (hypertension, AVC..).
- Les maladies malignes (cancer du sein, du col de l'utérus, cancer colorectal..).
- La santé mentale (alcoolisme, schizophrénie, dépression, stress post-traumatique..).
- Les maladies infectieuses (tuberculose, sida).

Le programme comprend des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire, centrées non seulement sur la promotion de la santé avec pour objectif l'amélioration de la santé des population, mais aussi sur la réduction des facteurs de risque au niveau individuel.

Quelques projets spécifiques en promotion de la santé et prévention des maladies

- Santé scolaire.
- Programme national de Prévention et de Dépistage précoce du cancer.
- Programme national concernant les Gitans.
- Programme national pour la santé de la mère et de l'enfant/Allaitement maternel.
- Programme relatif à l'environnement pour sauvegarder une qualité de vie.
- Projets de recherche en santé publique (récolte de données sur les comportements de santé..)
- Projets relatifs à l'eau potable, à la qualité de l'air, à la sécurité alimentaire, à la pollution par le bruit..).

Bibliographie

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

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

A PROPOS DE L'ESPAGNE

Le Ministère Espagnol de la Santé est en charge de tout le système de santé, de toute la politique de la santé ainsi que de l'évaluation de ceux-ci.

Dans le domaine de la santé publique, certains pouvoirs ont été transférés aux gouvernements locaux.

Au cours des années '80 et '90, une série de programmes spécifiques ont été lancés par les autorités nationales et régionales de la santé ciblant ainsi certains groupes de population (soins de la mère et de l'enfant, soins aux personnes âgées, etc.) ou certaines pathologies particulières (ex. hypertension).

Il est important de prendre en compte que le NHS espagnol est plus orienté vers une approche « bio-médicale » et/ou « curative » que vers une approche dite « préventive ».

Les services de santé publique ainsi que la médecine préventive et la promotion de la santé, sont intégrés entièrement dans les PHC (Primary Health Care) dont un des objectifs principaux est la lutte contre les inégalités de santé et la pauvreté.

Quelques thématiques sponsorisées par le NHS :

- La surveillance épidémiologique (recensement de cas de maladies transmissibles)
- La sida (programmes de prévention, campagnes d'information, etc.)
- Programme d'immunisation (concernant les maladies dont on peut se protéger)
- Programmes d'éducation pour la santé (campagnes d'information relatives à des problèmes spécifiques tels que la consommation d'alcool, de drogues, le sida, etc.)
- La santé au travail (maladies, accidents, hygiène, etc.)

Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud

Initié pour offrir des garanties aux patients, aux usagers de soins et aux professionnels de santé, le Plan de Qualité pour le Système National de la Santé se mobilise autour de 6 grands axes qui prétendent donner une réponse aux questions concernant les grands principes du système socio-sanitaire.

- Protection, promotion de la santé et prévention.
- Effort pour tendre vers l'égalité.
- Soutien à la planification des ressources humaines en santé.
- Favoriser la qualité des soins en milieu hospitalier.
- Utilisation des nouvelles technologies de l'information pour améliorer l'attention des citoyens.
- Augmentation de la transparence.

Pour concrétiser ces 6 points, 12 axes stratégiques, 41 objectifs et 189 projets d'action ont été mis en œuvre.

Ci-dessous, un aperçu des 12 stratégies du Plan et de quelques unes des mesures proposées pour les réaliser :

Stratégie 1 : Protéger la santé

- ° Renforcer les services de santé extérieurs.
- ° Renforcer les systèmes de vigilance épidémiologique.
- ° Renforcer les comportements relatifs à la santé environnementale.

Stratégie 2 : Santé et habitudes de vie

- Projets pour évaluer l'efficacité des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- Actions pour prévenir l'obésité infantile.
- Actions pour prévenir la consommation d'alcool chez les mineurs de moins de 16 ans.
- Mise en œuvre d'un plan de prévention concernant les accidents domestiques.

Stratégie 3 : Donner une impulsion aux politiques de santé basées sur de meilleures pratiques

- Décrire, analyser et comparer les informations sur les politiques de santé, les programmes et services de santé.
- Mettre à disposition des professionnels et des preneurs de décisions les connaissances relatives à l'évolution, les problèmes et les succès du Système National de Santé (SNS) et des services qui le composent.

Stratégie 4 : Analyser les politiques de santé et proposer des actions pour réduire les inégalités de santé

- Promouvoir les connaissances sur l'inégalité des sexes.
- Comprendre les inégalités en santé et stimuler les bonnes pratiques concernant la promotion de l'égalité en santé.

Stratégie 5 : Adaptation des ressources humaines aux nécessités des services de santé

Stratégie 6 : Evaluer les technologies et les processus cliniques

Stratégie 7 : Accréditer et réaliser des audits des centres et services de santé

Stratégie 8 : Améliorer la sécurité des patients soignés dans les centres de santé

- Promouvoir et développer la connaissance et la culture de la sécurité du patient parmi les professionnels de santé quel que soit leur niveau.
- Renforcer les systèmes d'évaluation de la qualité des centres de transfusion sanguine.
- Développer des mesures pour améliorer la qualité des processus de l'Organisation Nationale des Transplantés.

Stratégie 9 : Améliorer l'attention que l'on donne aux patients atteints de pathologies spécifiques

- Améliorer l'attention donnée aux patients souffrant de maladies prévalentes.
- Améliorer l'assistance aux patients souffrant de maladies rares.

Stratégie 10 : Améliorer la pratique clinique

- Documenter et proposer des initiatives tendant à diminuer la variabilité non justifiée de la pratique clinique.
- Donner une impulsion à l'élaboration et à l'usage de guides de pratique clinique relatifs aux pathologies très fréquentes (ex : troubles alimentaires, maladies neurologiques telles que Parkinson et Alzheimer).
- Améliorer les connaissances sur la qualité de vie des patients souffrant de maladies spécifiques ou ayant été transplantés.

Stratégie 11 : Le sanitaire en ligne

- Garantir l'identification des citoyens au moyen de la carte sanitaire et d'un code d'identification personnelle unique.
- Offrir de nouveaux services de relation entre les citoyens et les professionnels : sites Internet, télémédecine, téléformation...
- Garantir l'accessibilité depuis n'importe quel système d'information.

Stratégie 12 : Développer un système d'information du SNS, fiable et accessible

- Sélectionner et définir les indicateurs-clés du SNS.
- Opérationnaliser la banque de données du SNS.
- Améliorer et intégrer les sous-systèmes d'information existants.
- Etablir un plan d'accès et un plan de diffusion de l'information obtenue.

Commentaires

Contrairement aux autres pays européens étudiés, le Plan de Qualité du SNS espagnol est un plan définitif et de long terme et non pas un plan s'étalant sur une période précise.

Ce plan comporte des mesures tendant à promouvoir une meilleure santé globale ainsi que des actions préventives notamment en ce qui concerne l'obésité, la consommation d'alcool et les accidents domestiques.

Un autre volet très important du plan vise surtout la politique de la santé et la pratique clinique.

Par contre, on peut noter qu'aucune mesure du plan ne vise la prévention des MST et du Sida ainsi que la prévention relative à la consommation de drogues. On ne trouve rien non plus quant à la prévention cardiovasculaire.

De plus, il n'a pas été possible d'obtenir des informations quant au budget alloué pour l'application de ce Plan.

Bibliographie

Ministerio de Sanidad y Consumo, (2006), Plan de Calidad para el sistema nacional de Salud, Madrid, Secretaria general de sanidad, 6p. [www.msc.cs/organizacion/sms/plan/Calidad SNS](http://www.msc.cs/organizacion/sms/plan/Calidad%20SNS)

(2006) Resumen de las principales medidas del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 4 p. www.es.wikipedia.org/wiki/Plan_de_Calidad_del_Sistema_Nacional_de_Salud

4° Conclusions

Ce dossier technique a présenté les politiques de santé publique pour un premier volet de pays. Bien qu'une conclusion générale, approfondie et complète sera proposée à la fin du deuxième volet, considérant alors la totalité des pays concernés par l'étude, cette première partie permet déjà de mettre en lumière quelques remarques générales.

Tout d'abord, on constate qu'il y a une grande diversité dans les stratégies de santé publique menées dans les états. Tous les états ne mènent pas une politique cohérente et structurée. En effet, dans certains cas, on assiste plutôt à une juxtaposition de programmes ponctuels touchant une maladie ou un problème sanitaire particulier.

Lorsqu'une politique structurée est mise en œuvre, on peut souligner les approches différentes : les unes axées sur des thématiques bio-médicales, d'autres orientant leurs actions sur les déterminants de la santé de manière plus globale.

De plus, il faut noter que chaque pays se situe à un niveau différent d'avancement en matière de santé publique. Les pays les plus avancés ont déjà expérimenté le travail par programme national (ou régional d'ailleurs) tandis que d'autres se livrent à cet exercice pour la première fois.

Par ailleurs, on peut déjà remarquer que l'organisation sociale, politique et sanitaire d'un pays peut faire varier considérablement sa politique de santé publique. Notamment pour les états connaissant une décentralisation plus ou moins forte, l'organisation du niveau décisionnel et opérationnel en matière de santé publique va considérablement influencer le contenu et la mise en œuvre des éventuels plans/programmes.

Le deuxième volet de ce dossier technique présentera la situation dans les pays suivants : l'Allemagne, la Communauté flamande de Belgique, le Québec, l'Union Européenne, la France et le Royaume-Uni.

5° Bibliographie (1^{ère} partie)

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. 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>

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.

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>

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>

Glennigörd 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>

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

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>

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 ce l'acquis communautaire, 6p. Disponible sur Internet <http://www.europa.eu/scadplus/leg>

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.

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

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

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.

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.

6° 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>	