

**COMPARAISONS INTERNATIONALES
SUR LA PREVENTION SANITAIRE**

Rapport présenté par :

Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Mathilde LIGNOT-LELOUP

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2003 003
janvier 2003*

Le présent rapport, qui a vocation à s'intégrer dans le rapport annuel public de l'IGAS pour 2003 sur la prévention sanitaire, a pour objet de donner les éléments de comparaison utiles sur certains aspects de l'organisation de la prévention sanitaire dans trois pays, le Québec, la Finlande, et le Royaume-Uni. De manière complémentaire, des données fournies par certains conseillers sociaux ont permis de compléter les comparaisons internationales concernant notamment les indicateurs de santé et la place de la prévention dans les systèmes de santé étrangers.

Les trois pays visités, Québec, Finlande, et Royaume-Uni, ont en commun une culture de santé publique, la volonté de développer la promotion de la santé, et une réflexion sur la réforme du système de santé qui intègre la prévention sanitaire. Dans chacun de ces pays, la mise en œuvre de la prévention sanitaire se fait essentiellement au niveau local.

C'est à travers ce prisme que les thèmes retenus dans le cadre du rapport public de l'IGAS ont été examinés, la prévention des maladies transmissibles (SIDA, maladies sexuellement transmissibles, tuberculose), la prévention ciblée sur l'enfance et l'adolescence (notamment tabac, alcool, suicide), la promotion de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique, la santé au travail et la prévention des pollutions chimiques. La mission a également examiné l'organisation du dépistage du cancer, notamment le dépistage du cancer du sein, lorsque ce dépistage était mis en œuvre de manière systématique.

Une synthèse a été rédigée pour chacun des trois pays visités et figure en annexe du présent rapport.

Trois axes ont été privilégiés : la méthode d'élaboration et de suivi des politiques de prévention, de la surveillance des risques à l'évaluation des résultats et à la détermination des priorités, l'articulation entre le niveau national et le niveau local de la mise en œuvre de la politique de prévention, et l'adaptation de ces politiques aux situations sociales, culturelles et économiques des populations concernées.

Dans un contexte commun aux pays développés, caractérisé par un bon état de santé général de la population, mais avec la persistance de maladies chroniques, d'inégalités sociales et régionales fortes devant la santé, chacun des pays visités a adopté une méthode d'élaboration et de suivi des politiques de prévention assez similaire.

La prévention ne constitue, dans aucun de ces pays, un objectif spécifique, mais elle est intégrée dans les réflexions en cours sur les politiques d'amélioration des systèmes de soins, ainsi que sur les besoins globaux de financement, et qui font l'objet d'un large débat public.

C'est particulièrement le cas au Royaume-Uni, qui a décidé d'augmenter de 40% les crédits du système national de santé et de consacrer une part accrue à la prévention, tandis que le Québec s'engage dans ce qui est appelé « le virage de la prévention », virage assorti d'une enveloppe financière complémentaire non négligeable.

Les démarches adoptées pour réformer les systèmes de santé, qui impliquent de manière importante les autorités politiques, font toutes référence à la nécessité de développer la prévention sanitaire, avec une tendance croissante à l'adoption du concept de promotion de la santé.

L'organisation du système de soins a permis de développer des modalités de prise en charge qui tendent à favoriser la prévention : l'affiliation à un même médecin généraliste au Royaume-Uni, la mise en place de centres locaux de services communautaires, qui rapprochent les services sociaux et de santé au Québec, et surtout les centres de santé municipaux en Finlande, qui réunissent dans un même lieu l'ensemble des services de soins, de diagnostic et de suivi sanitaire et social. Ces systèmes de soins primaires ont été privilégiés dans l'idée de faire du médecin généraliste, même spécifiquement rémunéré pour cela, le pivot de la politique de prévention.

S'orientant vers une stratégie d'ensemble qui prend en considération l'individu dans son milieu, les politiques de promotion de la santé ne sont pas conçues comme un moyen de maîtriser l'augmentation des dépenses de santé, mais comme un objectif, repris au plus haut niveau politique (par le Premier ministre au Royaume-Uni) d'améliorer l'efficacité des investissements en santé et notamment de réduire les inégalités sociales et régionales. Les plans de santé publique que la Finlande, le Québec, ou le Royaume-Uni ont élaborés s'appuient sur une méthodologie rigoureuse qui allie les recherches interdisciplinaires, une démarche d'évaluation interne ou externe, et une large consultation des populations. Ces plans stratégiques sont conçus sur une période assez longue (santé 2015 en Finlande, 2003-2012 au Québec, 1999- 2010 au Royaume-Uni), assortis d'objectifs chiffrés et de plans intermédiaires par risques (exemple : lutte contre l'alcoolisme), ou par pathologie (exemple : réduction du taux de cancer du sein).

Si la définition de la politique de prévention se fait au niveau national, elle n'est pas le seul fait des ministères en charge de la santé : des agences dédiées à la santé publique ont été récemment créées (institut national de santé publique au Québec, agence de développement de la santé au Royaume-Uni) ou renforcées (institut national de santé publique en Finlande) et permettent de regrouper avec souplesse et efficacité les disciplines et les compétences.

La mise en œuvre des politiques de prévention sanitaire est essentiellement locale, décentralisée en Finlande, déconcentrée au Royaume-Uni et au Québec, mode d'organisation qui facilite les actions de proximité et une approche associant le sanitaire et le social. Une réflexion sur la répartition des compétences entre professionnels de santé, notamment entre généralistes et infirmières se développe, au Royaume-Uni comme au Québec. Mais de plus en plus, d'autres acteurs, les patients eux-mêmes dans la prise en charge de leur maladie au Royaume-Uni comme aux Etats-Unis, les travailleurs sociaux ou les associations ont tendance à émerger, et partout, des réflexions sont en cours sur la formation en santé publique au delà des médecins.

Les facteurs de réussite des politiques de prévention sanitaire impliquent une large information du public (le recours à internet est de plus en plus répandu) et l'éducation à la santé. Dans les trois pays visités, le rôle de l'éducation à la santé est particulièrement développé dans le cadre des programmes scolaires.

Mais si l'objectif de la prévention est largement partagé, le coût de la prévention reste mal connu et les financements sont rarement acquis, même si, dans tous les pays pour lesquels il existe des statistiques, on constate une hausse des dépenses de prévention. S'il existe une certaine proportionnalité entre les dépenses totales de santé et les dépenses de prévention, la part des dépenses de prévention, rapportée aux soins curatifs, est comparable d'un pays à l'autre. Les pays qui dépensent le plus pour la santé sont aussi ceux qui ont les plus fortes dépenses de prévention.

Mais il reste bien difficile de corrélérer l'investissement en prévention et l'espérance de vie, pour autant que cet indicateur soit le plus pertinent pour mesurer l'impact de la politique de prévention : les évaluations sont peu nombreuses et difficiles à réaliser, notamment les études d'impact. A partir de quelques exemples, apparemment satisfaisants comme la prévention des maladies cardio-vasculaire en Finlande, le dépistage du cancer du sein en Angleterre, la santé au travail en Finlande, ou plus incertains comme la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme des jeunes, la prévention des maladies transmissibles ou la prévention sanitaire en milieu carcéral, il est possible de dégager quelques enseignements sur les difficultés et les facteurs de réussite des politiques de prévention, en sachant que les résultats ne peuvent s'apprécier que sur le moyen et le long termes.

Sommaire

INTRODUCTION	4
1. DE LA PRÉVENTION À LA PROMOTION DE LA SANTÉ, UNE DÉMARCHÉ PARTAGÉE PAR LA FINLANDE, LE QUÉBEC ET LE ROYAUME-UNI	7
1.1 UN CONTEXTE COMMUN AUX PAYS DÉVELOPPÉS.....	7
1.1.1 <i>Les indicateurs sanitaires montrent une progression des maladies chroniques et des habitudes de vie défavorables à la santé</i>	7
1.1.1.1 Les maladies chroniques et des pathologies liées à la santé mentale progressent alors que certaines maladies infectieuses réapparaissent.....	7
1.1.1.2 Les facteurs de risque, notamment en terme de mode de vie, ont tendance à augmenter....	8
1.1.2 <i>Le débat public sur la santé est une caractéristique commune aux trois pays</i>	11
1.1.2.1 La persistance, voire l'aggravation des inégalités de santé, interpelle la politique de santé.....	11
1.1.2.2 Le coût et le financement des dépenses de santé, dans un contexte de vieillissement démographique, sont l'objet de réformes ou de réflexions majeures.....	12
1.2 UNE IMPLICATION CROISSANTE DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES DANS LES POLITIQUES NATIONALES DE PROMOTION DE LA SANTÉ.....	14
1.2.1 <i>L'Organisation mondiale de la santé porte une attention croissante à la prévention des maladies non transmissibles</i>	14
1.2.2 <i>L'Union européenne renforce sa stratégie sur la santé au travail et s'investit dans la santé publique</i>	16
1.3 UNE PLACE GRANDISSANTE DE LA PRÉVENTION DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET UNE TENDANCE MARQUÉE VERS L'ADOPTION DU CONCEPT DE PROMOTION DE LA SANTÉ.....	18
1.3.1 <i>Les système de soins et de sécurité sociale intègrent de manière inégale la prévention</i>	18
1.3.2 <i>Les approches sont à la fois sociales et sanitaires pour aboutir à une stratégie globale de promotion de la santé</i>	19
1.3.2.1 Les trois pays visités par la mission ont développé une double approche sanitaire et sociale pour lutter contre l'exclusion et les inégalités.....	19
1.3.2.2 Cette approche globale de l'individu et de son environnement n'est pas réservée aux populations les plus défavorisées : elle tend à inspirer l'organisation de l'ensemble des services de santé et sociaux.....	20
1.3.2.3 L'approche intégrée des politiques sanitaires et sociales n'est qu'une étape dans la stratégie de promotion de la santé : à terme, l'objectif est que la préoccupation de santé irrigue l'ensemble des politiques.....	21
1.3.3 <i>L'implication des autorités politiques dans les questions de santé publique est déterminante pour faciliter ce travail en commun</i>	23
2. LA MÉTHODE : UNE STRATÉGIE ÉLABORÉE AU PLAN NATIONAL, UNE MISE EN ŒUVRE LOCALE	26
2.1 DES PLANS STRATÉGIQUES DE PRÉVENTION FONDÉS SUR UNE MÉTHODOLOGIE RIGOUREUSE ET MIS EN ŒUVRE PAR UNE ORGANISATION EN RÉSEAU.....	26
2.1.1 <i>La recherche, l'évaluation et la surveillance font partie de la méthode d'élaboration des plans stratégiques</i>	26
2.1.1.1 La recherche et l'évaluation sont menées de pair.....	26
2.1.1.2 La surveillance des risques est inégalement maîtrisée.....	30
2.1.2 <i>La diffusion des connaissances et la consultation des populations constituent une donnée importante des plans stratégiques</i>	32
2.1.3 <i>Des agences dédiées à la santé publique sont en charge de la prévention et permettent de regrouper les compétences administratives</i>	35
2.1.3.1. Les agences de santé publiques ont toutes une mission de prévention.....	35
2.1.3.2. Le Royaume-Uni a créé de nouvelles agences chargées de la prévention dans le cadre de la réorganisation de son système de santé.....	37

2.2 UNE MISE EN ŒUVRE LOCALE DANS LE CADRE D'OBJECTIFS NATIONAUX.....	38
2.2.1 <i>Des objectifs et des cibles chiffrés sont définis précisément au niveau national.....</i>	38
2.2.2 <i>La mise en œuvre est locale, décentralisée en Finlande, déconcentrée au Royaume-Uni et au Québec.....</i>	41
2.2.2.1 La Finlande, exemple de mise en œuvre d'une politique de prévention décentralisée	41
2.2.2.2 La déconcentration administrative est bien avancée au Royaume-Uni et au Québec, et permet à l'administration centrale de jouer un rôle de coordination	43
2.2.2.3. Les associations sont très impliquées dans la définition, l'élaboration et la mise en œuvre des actions de prévention	45
2.3 DES INTERROGATIONS SUR LES MOYENS DE LA PRÉVENTION.....	46
2.3.1 <i>La diversification des métiers de la prévention se développe.....</i>	46
2.3.1.1 Plus que sur le généraliste, l'accent mis sur le rôle de l'infirmière en matière de prévention	46
2.3.1.2 Les professions émergentes de la prévention	49
2.3.1.3 Une réflexion sur la professionnalisation et le profil des acteurs en santé.....	49
2.3.2 <i>Les outils de la prévention évoluent, avec un accent mis sur l'évaluation des risques et l'éducation à la santé.....</i>	50
2.3.2.1 La connaissance des risques, avec notamment les études d'impact, est de plus en plus développée	51
2.3.2.2 L'information du public et l'éducation à la santé sont des instruments majeurs de prévention	51
2.3.2.3 Une réflexion sur le ciblage de certains vaccins et des dépistages.....	53
2.3.2.4 La réglementation et la taxation restent des instruments majeurs des stratégies de prévention	54
2.3.3 <i>Le financement : le coût de la prévention est rarement identifié et la stabilité du financement reste un enjeu.....</i>	55
2.3.3.1 Aucun des trois pays n'identifie les dépenses globales de prévention	55
2.3.3.2 La stabilité du financement reste un enjeu pour des actions de prévention qui doivent s'inscrire dans la durée.....	57

3. EFFICACITÉ DES POLITIQUES DE PRÉVENTION : EXEMPLES DE STRATÉGIES RÉUSSIES, EXEMPLES DE RÉSULTATS INCERTAINS.....59

3.1 LA PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES : UNE APPROCHE GLOBALE QUI S'EST AVÉRÉE TRÈS EFFICACE EN FINLANDE	59
3.1.1 <i>L'approche globale est fondée sur la recherche et la sensibilisation de l'ensemble des acteurs.....</i>	60
3.1.2 <i>Dans les autres pays, la prévention des maladies cardiovasculaires s'appuie essentiellement sur la lutte contre le tabagisme sans une approche aussi intégrée sur la nutrition et l'activité physique.....</i>	62
3.2 LE DÉPISTAGE DU CANCER : UNE MÉTHODE PLUS SYSTÉMATIQUE EN ANGLETERRE QUE DANS LES AUTRES PAYS	63
3.2.1 <i>Le dépistage du cancer du sein est systématique en Angleterre.....</i>	63
3.2.2 <i>Le programme de dépistage du cancer du sein est plus récent au Québec et plus limité en Finlande</i>	65
3.3 LA SANTÉ AU TRAVAIL : LA DÉFINITION D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE EN FINLANDE	68
3.4 DES RÉSULTATS INCERTAINS DANS CERTAINS SECTEURS.....	70
3.4.1 <i>La prévention du tabagisme chez les jeunes montre ses limites</i>	70
3.4.1.1. Les résultats décevants de la lutte contre le tabagisme au Québec.....	71
3.4.1.2. Une politique de prévention menée depuis longtemps au Royaume-Uni	73
3.4.1.1 Des méthodes similaires en Finlande dans la poursuite de la lutte contre le tabagisme ...	74
3.4.2 <i>Partout, les actions de lutte contre l'alcoolisme des jeunes sont un échec</i>	75
3.4.2.1 Une approche globale ciblant les comportements à risques des jeunes au Québec	75
3.4.2.2 La lutte contre l'alcoolisme, une des priorités de santé publique définies dans le livre blanc du gouvernement en 1999 au Royaume-Uni.....	76
3.4.2.3 Une lutte difficile contre l'alcoolisme des jeunes en Finlande dans un contexte de décentralisation des actions de prévention	77

3.4.3 <i>La prévention sanitaire en milieu carcéral reste difficile à appréhender</i>	79
3.4.3.1 Une volonté réelle au Royaume-Uni	79
3.4.3.2 Des tentatives pour renforcer la prévention sanitaire au Québec dans les prisons qui relèvent de sa compétence	80
3.4.4 <i>La politique de prévention du SIDA et des MST suscite des interrogations</i>	81
3.4.4.1 La nouvelle stratégie de lutte contre le SIDA du Québec : cibler les milieux les plus défavorisés	81
3.4.4.2 Une stratégie de prévention des maladies infectieuses globale au Royaume-Uni	82

CONCLUSION : LES FACTEURS DE RÉUSSITE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION84

ANNEXES

Introduction

Dans le cadre de son rapport public 2003 consacré à la prévention sanitaire, l'Inspection générale des affaires a confié une mission de comparaisons internationales à Danièle Jourdain-Menninger et Mathilde Lignot-Leloup.

L'objectif de la mission était double :

- effectuer un diagnostic ciblé sur certains aspects de l'organisation de la prévention dans trois pays développés – le Royaume-Uni, le Québec et la Finlande – ;
- effectuer, avec le concours du réseau des conseillers sociaux notamment, des recherches sur les indicateurs de santé et la place de la prévention dans les systèmes de santé étrangers.

Les trois pays ont été sélectionnés à partir d'une première analyse de la littérature existante et de contacts pris avec plusieurs intervenants de la santé publique en France : le Royaume-Uni pour la stratégie de santé publique définie par le gouvernement britannique en 1999 et sa réforme du système de santé ; la Finlande pour l'amélioration récente de ses résultats sanitaires, son approche de la promotion de la santé et la décentralisation de sa politique de santé ; le Québec pour le rôle joué par les régions régionales en matière de santé publique et la volonté du gouvernement québécois de renforcer la prévention.

La mission a effectué ses déplacements entre octobre (Royaume-Uni du 1^{er} au 4 octobre) et novembre 2002 (Finlande du 12 au 15 novembre et Québec du 25 au 29 novembre). Dans chacun des pays, elle a rencontré des représentants du ministère de la santé, des agences ou organismes de recherche et éventuellement des représentants du ministère chargé de l'environnement ; des visites et des entretiens ont également été organisés dans les collectivités ou organismes qui mettent directement en œuvre les actions de prévention locale (*Sure start centre* de Kensington et *healthy living centre* d'Enfield au Royaume-Uni, municipalité d'Espoo en Finlande, centre local de services communautaires de Haute-Ville-des-Rivières au Québec).

Afin de recueillir des éléments de comparaison avec d'autres pays développés, la mission a adressé en septembre 2002 un questionnaire aux conseillers sociaux et aux conseillers scientifiques. Les analyses transmises à l'IGAS portent sur l'organisation de la prévention en Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Norvège, Pologne, Suède et Suisse. En outre, des rencontres ont été organisées avec l'inspection générale de la santé des Pays-Bas et les conseillers sociaux des ambassades à Paris de l'Allemagne, de l'Espagne, de la Finlande, des Pays-Bas et du Royaume-Uni ; un entretien téléphonique a eu lieu avec l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. La mission a exploité les rapports de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), notamment le rapport du bureau régional Europe et le rapport mondial 2002 portant sur la réduction des risques et la promotion d'une vie saine. Elle s'est également inspirée des travaux de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), notamment sur le cancer du sein.

Pour apprécier la place et l'organisation des politiques de prévention dans un échantillon de pays développés, trois axes ont retenu l'attention de la mission :

- la méthode d'élaboration et de suivi des politiques de prévention, de la surveillance des risques à l'évaluation des résultats en passant par la détermination des priorités ;
- l'articulation entre le niveau national et local pour la mise en œuvre des actions de prévention ;
- l'adaptation des actions aux situations sociales, culturelles et économiques des populations cibles.

Les thèmes retenus dans le cadre du rapport public ont été examinés dans les pays visités, en fonction de leur contexte et de leurs priorités de santé publique : la prévention des maladies transmissibles (SIDA, maladies sexuellement transmissibles, tuberculose), la prévention ciblée sur l'enfance-adolescence (notamment tabac, alcool, suicide), la promotion de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique, la santé au travail et la prévention des pollutions chroniques. La mission a également examiné l'organisation du dépistage du cancer, notamment du cancer du sein, lorsque des programmes de dépistage systématiques étaient mis en œuvre. Des notes thématiques et une synthèse par pays visité¹ ont été rédigées par la mission pour alimenter la réflexion de l'équipe chargée du rapport annuel.

Si les comparaisons internationales s'avèrent stimulantes pour notre réflexion nationale et sont d'autant plus justifiées que les pays développés ont des indicateurs sanitaires très proches, il faut néanmoins souligner les précautions méthodologiques de cet exercice :

- les trois pays examinés ont des **populations de taille très diverse** : si le Royaume-Uni avec 59,3 millions d'habitants a une population proche de celle de la France, il importe de tenir compte de la taille de la population du Québec (7,5 millions) et de la Finlande (5,1 millions) pour apprécier l'efficacité de la politique de prévention, notamment celle de la coordination interministérielle ou de l'action décentralisée. Il est sans doute plus pertinent, pour ces pays, de comparer les actions mises en œuvre avec celles de régions françaises ;
- **les caractéristiques des systèmes de santé** doivent être prises en compte dans la comparaison des politiques de prévention. Dans les trois pays visités, l'accès au système de soins, financé par l'impôt, est universel et des services de santé primaire ont été mis en place avec un exercice collectif de la médecine : cabinets médicaux au Royaume-Uni, centres de santé en Finlande, centres locaux de services communautaires au Québec. En revanche, certaines différences apparaissent entre les trois pays, notamment sur le mode de rémunération des professionnels de santé exerçant en ville : alors que les médecins généralistes sont essentiellement payés à la capitation au Royaume-Uni et en Finlande, les médecins – généralistes et spécialistes² – sont payés à l'acte au Québec. Le patient a le libre choix de son médecin au Québec et en Finlande alors qu'au Royaume-Uni, il est affilié à un médecin généraliste qui filtre l'accès au spécialiste à l'hôpital. La place du secteur privé est plus importante au Québec et en Finlande qu'en Angleterre et les dépenses laissées à la charge des ménages sont sensiblement plus élevées en Finlande : les ménages finlandais financent 20,6% des dépenses de santé en 2000 alors que cette

¹ Seules les notes de synthèse sont reproduites en annexe du rapport.

² La médecine spécialisée n'est exercée qu'en hôpital au Royaume-Uni et en Finlande (hormis le secteur privé) alors qu'elle est également exercée en ville au Québec.

proportion est de 16,1% au Canada en 1999³ et de 11% au Royaume-Uni en 1996 (elle est de 10,2% en France en 2000) ;

- au-delà des plans stratégiques, **il est parfois difficile à la mission d’apprécier la mise en œuvre effective des politiques de prévention au plan local** : les actions menées par les structures visitées ne sauraient être généralisées à l’ensemble du territoire sans précaution et il n’a pas été possible de disposer de rapports de suivi ou d’évaluation de la mise en œuvre des orientations nationales les plus récentes. A cette difficulté spécifique aux systèmes décentralisés ou hautement déconcentrés, s’ajoute une contrainte propre à l’évaluation des politiques de prévention : comment mesurer l’impact d’actions qui ne devraient produire des effets qu’à moyen terme grâce à une action sur les déterminants de la santé et les facteurs de risques et comment, dans le cas d’une amélioration éventuelle des indicateurs sanitaires, distinguer la part liée à la politique de prévention de celle qui est due à d’autres facteurs? Si la mission a pu disposer de certaines évaluations sur des politiques de prévention plus anciennes et a examiné l’évolution des indicateurs sanitaires, elle est consciente des limites de l’exercice et de la difficulté à juger de l’efficacité des stratégies de prévention récemment lancées.

Le rapport présente les politiques de prévention au Royaume-Uni, au Québec et en Finlande dans un contexte commun à la plupart des pays développés : l’évolution de l’état de santé des populations et les débats sur les systèmes de santé ont incité à mettre l’accent sur la prévention et la promotion de la santé, avec le soutien notamment de l’Organisation mondiale de la santé et de l’Union européenne (I).

La méthode retenue par les trois pays pour développer une stratégie de promotion de la santé présente plusieurs caractéristiques saillantes : l’importance de la recherche-évaluation, la fixation d’objectifs à moyen terme, la mise en œuvre locale des actions et l’évolution des moyens de la prévention sont analysés en Finlande, au Québec et au Royaume-Uni (II).

Enfin, le rapport présente quelques politiques qui se sont avérées efficaces et tente de rapporter de ce tour d’horizon international quelques enseignements sur les facteurs de succès d’une politique de promotion de la santé (III).

³ Les dépenses privées représentent 25% des dépenses totales de santé au Québec en 2000 mais ce taux ne tient pas compte des assurances et ne peut donc être assimilé à une dépense nette des ménages.

1. De la prévention à la promotion de la santé, une démarche partagée par la Finlande, le Québec et le Royaume-Uni

1.1 Un contexte commun aux pays développés

La place de la prévention doit être appréciée dans un contexte commun à la plupart des pays développés, marqué par des indicateurs sanitaires et des modes de vie proches ainsi que par un débat important sur la santé, son rôle et son financement. La progression des maladies chroniques et les difficultés des systèmes de santé confrontés au vieillissement de la population incitent à se tourner vers la prévention et à compléter l'intervention des services de soins pour améliorer la santé de la population.

1.1.1 Les indicateurs sanitaires montrent une progression des maladies chroniques et des habitudes de vie défavorables à la santé

Le rapport sur la santé du bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé souligne les similitudes entre les pays d'Europe occidentale, en terme d'espérance de vie, de causes de mortalité et d'évolution des modes de vie. L'état de santé de la population s'est considérablement amélioré depuis 30 ans même s'il reste menacé par des pathologies spécifiques aux pays développés.

1.1.1.1 Les maladies chroniques et des pathologies liées à la santé mentale progressent alors que certaines maladies infectieuses réapparaissent

L'amélioration de la prévention et les progrès des traitements médicaux ont permis un **recul relatif de la mortalité cardiovasculaire** dans les pays d'Europe occidentale alors qu'elle a tendance à augmenter sensiblement dans les pays d'Europe centrale et orientale : dans l'Union européenne, elle a été réduite de moitié par rapport à 1970, avec un taux de 240 à 260 cas pour 100 000 habitants. Les maladies cardiovasculaires représentent environ 35% des causes de décès alors qu'elles atteignent près de 60% dans certains pays d'Europe orientale. En revanche, les cancers constituent une part croissante des causes de décès dans les pays d'Europe occidentale (environ 30%) par rapport aux pays d'Europe orientale (10%). Le cancer le plus meurtrier est celui du poumon, devant le cancer colorectal, celui de l'estomac et le cancer du sein (première cause de mortalité par cancer pour les femmes).

Bien que les **maladies transmissibles** soient en régression ou stabilisées au cours des dernières décennies dans les pays développés, la nécessité d'un réseau de surveillance international s'est accrue et certaines maladies ont connu un rebond préoccupant. L'augmentation des flux commerciaux et des déplacements de population, le risque d'une dissémination délibérée d'agents biologiques (« bioterrorisme ») impliquent un renforcement de la surveillance épidémiologique et un développement des échanges d'information. Alors que l'épidémie de VIH/SIDA est globalement

maîtrisée dans les pays développés, la résurgence de certaines maladies sexuellement transmissibles (chlamydia, syphilis chez les homosexuels) et de maladies infectieuses anciennes comme la tuberculose conduisent à s'interroger l'efficacité de certaines politiques de prévention.

Les **causes externes de décès** (accidents, suicides...) ne représentent que 6% de la mortalité en Europe occidentale mais jouent un rôle particulièrement important parmi les jeunes : au-dessous de 65 ans, les causes externes sont responsables d'environ 20% de la mortalité globale, contre 31% pour les maladies cardiovasculaires et 23% pour le cancer.

Si les maladies vasculaires constituent encore la principale cause de mortalité, **les troubles neuropsychiatriques (dépendance alcoolique et dépression notamment) sont le premier facteur de perte d'années de vie en bonne santé dans les pays d'Europe occidentale**. La notion de DALY (années de vie ajustées sur l'incapacité) permet de mesurer le nombre d'années de vie en bonne santé perdues et de prendre en compte des affections comme les pathologies mentales ou l'arthrose, qui n'entraînent pas une mortalité importante. En 2000, les maladies non transmissibles représentent près de 75% de la charge de morbidité exprimée en DALY dans la région OMS Europe⁴ ; elles devraient représenter plus de 80% de la morbidité en 2020. Après les maladies vasculaires, l'alcool et la dépression, les principales causes de DALY perdues chez les hommes sont les suicides et les accidents de la circulation, le cancer du poumon et les maladies pulmonaires chroniques. D'autres troubles tels que les infections des voies respiratoires, les intoxications, le déficit auditif, la cirrhose du foie, la maladie d'Alzheimer et les démences représentent plus de 2% des DALY dans la population masculine. Chez les femmes, la dépression est la seconde cause de perte d'années de vie en bonne santé et la maladie d'Alzheimer la quatrième. D'autres pathologies telles que l'arthrose, le cancer du sein, le déficit auditif, les infections des voies respiratoires et le diabète sucré représentent plus de 2% des années perdues.

1.1.1.2 Les facteurs de risque, notamment en terme de mode de vie, ont tendance à augmenter

Le mauvais équilibre nutritionnel, le manque d'activité physique, une consommation élevée d'alcool ou de tabac sont des facteurs de risques importants qui préoccupent de façon croissante les pays développés.

Selon une analyse de l'Institut suédois de santé publique, **4,5% des DALY sont perdues à cause d'une mauvaise alimentation dans l'Union européenne ; l'obésité et l'inactivité physique sont respectivement responsables de 3,7% et 1,4%** de ces années perdues. Le pourcentage total des DALY dues à une alimentation inappropriée et à l'inactivité physique est donc de 9,6% contre 9% dues au tabagisme. Les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète, dont l'un des facteurs de risque réside dans les habitudes alimentaires, représentent environ 30% du total des années en bonne santé perdues dans la région européenne de l'OMS. Le nombre de personnes atteintes de diabète sucré augmente en effet rapidement dans la plupart des pays européens : 22,5

⁴ 21,8% pour les maladies cardiovasculaires, 11,5% pour les néoplasmes malins, 4,2% pour l'asthme et les maladies respiratoires chroniques, 3,5% pour la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose et 1,6% pour le diabète sucré.

millions d'adultes sont atteints de cette maladie dans la région européenne. Le diabète de type 1 qui frappe essentiellement les enfants et adolescents représente entre 5 et 15% des cas de diabète alors que le diabète de type 2 a tendance à augmenter.

L'obésité se développe dans les pays européens mais avec de fortes disparités. En Allemagne, Finlande et au Royaume-Uni, un adulte sur cinq est obèse. L'obésité infantile est un problème qui a connu une croissance très rapide en Angleterre et en Ecosse ; environ un enfant sur cinq souffrirait d'obésité ou de surpoids en Allemagne, France, Pologne et Yougoslavie.

Bien que la consommation de fruits et légumes permette de réduire les risques de maladies chroniques, la majorité des pays européens n'atteignent pas le chiffre de 400 g par jour et par personne recommandé par l'OMS. De même, l'apport lipidique est supérieur à la recommandation de l'OMS (30% des calories) dans la majorité des pays.

Consommation moyenne de fruits, légumes et de graisses dans certains pays européens

Groupe de pays	Légumes (g/pers/j)	Fruits (g/pers/j)	Graisse (% de l'apport journalier)
Italie et Portugal	243	196	30
Hongrie, République Tchèque, Slovaquie	239	180	35
Autriche, Belgique, France	177	167	38
Pays nordiques	104	168	36

Source : *situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European member states* – OMS Europe – 2002.

Alors que l'activité physique permettrait de contribuer à un meilleur état de santé, 41% de la population de l'Union européenne ne serait pas suffisamment active en 1999 pour en retirer des bénéfices en matière de santé (minimum de 3,5 h d'activité physique par semaine). Ces chiffres vont de 14 pour la Finlande à 70 pour le Portugal. Or, on estime que la généralisation de l'activité physique permettrait de réduire de 15 à 39% les coronaropathies, de 33% les accidents vasculaires cérébraux, de 12% l'hypertension, de 12 à 35% le diabète, de 22 à 33% le cancer du côlon, de 5 à 12% le cancer du sein et de 18% les fractures dues à l'ostéoporose.

En Europe, **14% des décès sont attribuables à la consommation de tabac** soit 1,2 millions de décès annuels. En Europe occidentale, la prévalence du tabagisme est environ de 34% chez les hommes et de 25% chez les femmes. La consommation de tabac a tendance à augmenter ou se maintenir chez les jeunes : on estime que 30% des 15-18 ans fument en Europe et les taux sont plus élevés chez les filles dans la plupart des pays d'Europe occidentale. Les disparités entre groupes socioéconomiques sont importantes et le tabagisme est sensiblement plus élevé parmi les chômeurs que parmi les actifs occupés (en France, respectivement 52% et 38%).

La consommation d'alcool serait à l'origine de 9% de la morbidité dans la région européenne de l'OMS. Le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD, 30 pays en 1999) révèle une consommation très élevée parmi les jeunes au Danemark, en Irlande, en République Tchèque, au Royaume-Uni et une nette augmentation dans les pays d'Europe centrale et orientale.

De 1995 à 1999, la prévalence de la toxicomanie a augmenté dans tous les pays de l'Union européenne à l'exception de l'Irlande et du Royaume-Uni. Le nombre de jeunes en âge scolaire ayant fait l'expérience de la drogue au cours de leur existence a pratiquement doublé dans les pays participant au projet ESPAD. Dans l'Union européenne, la prévalence de la consommation problématique de drogues parmi les 15-64 ans varie de 0,2% à 0,8%. Les taux d'infection par le VIH signalés parmi les toxicomanes par voie intraveineuse y sont approximativement compris entre 1% (Royaume-Uni) et 32% (Espagne).

Les indicateurs sanitaires positionnent la France plutôt favorablement par rapport aux trois autres pays en termes d'espérance de vie. En revanche,

- la mortalité prématurée des hommes est importante en France, sensiblement équivalente à celle de la Finlande mais nettement plus élevée qu'au Royaume-Uni. Les causes extérieures de décès (blessures, accidents, suicides) représentent 83,2 décès pour 100 000 hommes en France en 1998 alors que le taux est de 39,2 pour 100 000 au Royaume-Uni (taux le plus faible de l'UE après les Pays-Bas, la plupart des pays étant entre 50 et 60). Le taux de suicides des hommes en France figure parmi les niveaux les plus élevés des pays développés après la Finlande et le Japon : il est plus du double de celui du Royaume-Uni en 1998 (24,2 pour 100 000 décèdent contre 10,9⁵) ;
- la position de la France est relativement plus favorable pour la mortalité infantile (5^{ème} rang mondial) que pour la mortalité périnatale (14^{ème} rang). Elle obtient de meilleurs résultats que le Québec et surtout le Royaume-Uni mais moins bons que ceux de la Finlande ;
- en termes de facteurs de risques, la France occupe une position moyenne avec un taux d'obésité inférieur à celui des trois autres pays (9,6% des adultes en 2000 contre 11,2% en Finlande, 21% au Royaume-Uni et 14,6% au Canada en 1998) mais un taux de tabagisme un peu plus élevé : 27% des adultes fument quotidiennement en 2000 par rapport à 25% au Royaume-Uni, 23,4% en Finlande et 19,8% au Canada. Tous les pays sont confrontés à une hausse du tabagisme chez les jeunes filles. La consommation abusive d'alcool chez les jeunes est un problème de santé publique sensiblement plus aigu en Finlande et au Royaume-Uni qu'en France ou au Québec : en Finlande, par exemple, 16% des jeunes filles de moins de 14 ans ont une consommation excessive d'alcool. Les indicateurs comparables sur les habitudes alimentaires font souvent défaut : on peut relever que la consommation moyenne de fruits et légumes est supérieure en France à celle des pays nordiques mais en deçà de celle de pays d'Europe centrale (Hongrie, République Tchèque, Slovaquie) et d'Europe du sud (Italie, Portugal) alors que l'apport journalier en graisse est plus important.

⁵ Le taux est de 35/100 000 en Finlande et le taux moyen sur 5 ans s'élève à 19/100 000 en 1996, hommes et femmes confondus.

1.1.2 *Le débat public sur la santé est une caractéristique commune aux trois pays*

1.1.2.1 *La persistance, voire l'aggravation des inégalités de santé, interpelle la politique de santé*

Les inégalités de santé, entre sexes, zones géographiques, catégories socioprofessionnelles, se mesurent en termes d'espérance de vie mais également d'accès aux soins. L'existence de telles disparités dans des systèmes de santé pourtant universels ont incité le Royaume-Uni, la Finlande et le Québec à faire de la réduction des inégalités un axe majeur de leur politique de santé publique.

Au Royaume-Uni, les inégalités de santé, sociales et géographiques, les disparités d'accès aux soins mais aussi à la prévention (dépistage, vaccination) ont motivé une réorganisation des soins primaires et la définition d'une stratégie de santé publique à l'horizon 2010. Le rapport Acheson, remis en 1998, souligne les inégalités sociales et géographiques existant en Angleterre :

- la mortalité infantile est près de deux fois plus élevée dans la classe sociale la plus défavorisée que dans la classe sociale supérieure ;
- la différence d'espérance de vie pour un garçon selon qu'il naît dans un milieu favorisé ou défavorisé est de dix ans (respectivement 78 ans et 68 ans en 1992) ;
- les décès de maladie cardiovasculaire avant 65 ans sont trois fois plus élevés à Manchester qu'à Kingston et Richmond en 1997-99. Dans les ménages non qualifiés, 44% des hommes et 32% des femmes fument alors qu'ils ne sont que 15% et 14% parmi les catégories socioprofessionnelles supérieures.

Ces inégalités face à la santé sont l'une des motivations des autorités britanniques pour procéder à une nouvelle réforme des services de soins de première ligne. Créés entre 1997 et 1999, les *primary care groups*, où les généralistes jouaient un rôle d'acheteurs de soins, se sont en effet peu préoccupés de l'équité de l'accès aux soins et de la réduction des inégalités de santé : le remplacement progressif de ces structures centrées autour du généraliste par des *primary care trusts*, entre 2000 et 2003, et la création de zones d'action prioritaire en santé vise à réformer l'organisation de la médecine de première ligne en intégrant des priorités de santé publique et de réduction des inégalités. En 1998, 26 *Health action zones* ont été créées par le gouvernement avec comme objectif explicite de réduire les inégalités de santé grâce à une action intersectorielle : un partenariat doit s'établir entre les autorités publiques, les associations et les entreprises au niveau local. Un livre blanc « *saving lives : our healthier nation* », publié en juillet 1999, fixe la stratégie de santé publique du gouvernement pour réduire, d'ici 2010, de 300 000 le nombre de morts prématurées, les deux objectifs généraux étant l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités de santé.

Au Québec, des études sur les inégalités de santé ont été conduites notamment par la direction de la santé publique de la région de Montréal en 1998. Dans cette agglomération, la première du Canada par la taille, l'espérance de vie des résidents des quartiers à faible revenu est de 5 ans inférieure à celle des zones à revenu élevé. Ces inégalités s'observent à tous les âges de la vie :

- la mortalité infantile est de 8 pour 1000 dans les zones à faible revenu alors qu'elle est de 5 pour 1000 dans les zones à revenu élevé ;

- le tabagisme est beaucoup plus répandu chez les groupes à faible revenu (44% contre 29% chez les groupes à revenu élevé) et le taux de mortalité attribué au tabac est de 62% plus élevé dans les groupes à faible revenu. Chez les femmes, le cancer du poumon a remplacé le cancer du sein comme première cause de décès par le cancer et frappe davantage les plus pauvres. La proportion de jeunes filles qui fument a plus que doublé entre 1991 et 1994 passant de 17 à 37%.

L'Institut national de santé publique du Québec mène depuis 2001 un programme de recherche « défavorisation, santé et bien-être » et a collaboré à une étude sur les « inégalités sociales et la santé des tout-petits ». La lutte contre les inégalités constitue un enjeu majeur de la « politique de santé et du bien-être » définie dès 1992 ainsi que des priorités de santé publique fixées en 1997 puis 2002. Le « virage de la prévention » du plan incite à orienter la prévention vers les modes et habitudes de vie, et en particulier : le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire, l'activité physique, l'alimentation, l'obésité et l'image corporelle, l'alcool, la toxicomanie et les autres dépendances

Parmi les déterminants sociaux de la santé, le plan d'action privilégie la cohésion sociale, un emploi et un revenu décent, la sécurité physique et psychologique, l'importance de la scolarité, l'estime de soi, la lutte contre la violence.

Ces orientations ciblent les actions en direction des familles et de la petite enfance, avec les jeunes et dans le milieu scolaire, dans le milieu de travail, auprès des adultes et des personnes âgées, avec les communautés et les associations, et un soutien (avec financement) aux médecins, infirmières, travailleurs sociaux pour qu'ils fassent des actions de prévention.

En Finlande, la réduction des inégalités de santé entre hommes et femmes, catégories sociales et zones géographiques faisait partie des quatre objectifs de la politique de santé publique dès 1986. Les différences entre catégories sociales ont cependant augmenté dans les années 1980 et 1990 : l'espérance de vie à 35 ans d'un cadre supérieur est plus élevée de 5,5 ans que celle d'un ouvrier au même âge. L'objectif de la stratégie définie pour 2015 est de réduire de 20% les différences de mortalité entre les catégories professionnelles, les niveaux d'éducation et entre les hommes et femmes. L'Académie de Finlande a financé un important programme de recherche sur les inégalités de santé avant de s'intéresser à la promotion de la santé.

1.1.2.2 Le coût et le financement des dépenses de santé, dans un contexte de vieillissement démographique, sont l'objet de réformes ou de réflexions majeures

Les trois pays sont confrontés à une crise de leur système de santé dont les symptômes sont souvent similaires même si les causes sont radicalement différentes :

- des listes d'attentes importantes existent tant au Royaume-Uni qu'en Finlande et au Québec ;
- la démographie médicale conduit à constater ou prévoir des pénuries de médecins (Finlande, Québec, Royaume-Uni) et d'infirmières (Québec) ;
- le vieillissement de la population dans les trois pays implique de renforcer les soins à domicile, les services de gériatrie et les services de santé mentale.

Dépenses totales de santé

En % du PIB	1980	1990	2000
Royaume-Uni	5,6	6,0	7,3
Finlande	6,4	7,9	6,6
Québec	8,5*	9,2	9,3
France	nd	8,6	9,5

Source : OCDE – Eco-santé 2002 – Eco-santé Québec 2002 (* en 1981)

Au Royaume-Uni, la prévention est intégrée dans une politique d'amélioration du système de soins : l'amélioration de la santé est un enjeu majeur pour le service national de santé (NHS) qui doit bénéficier de crédits supplémentaires (40% de plus de 2002 à 2008 portant la part des dépenses de santé dans le PIB à 10% en 2020)⁶. Le rapport Wanless sur l'avenir du système de santé publié en avril 2002 souligne les avantages potentiels d'un investissement accru dans la promotion de la santé et la prévention des maladies.

En Finlande, la récession économique des années 1990 s'est traduite par une baisse des subventions de l'Etat dans le système de santé, en partie relayée par une augmentation de la part financée par les municipalités et surtout les ménages. Bien que la part des dépenses laissée à la charge des ménages soit relativement élevée (près de 21% en 2000), le fonctionnement du système de santé recueille une forte adhésion de la population : plus de 80% des Finlandais sont satisfaits de leur système de santé alors que la moyenne dans l'Union européenne n'est que de 41,3%. Le gouvernement a mis en place en 2001 une commission sur l'avenir du système de santé qui portait notamment sur la fixation de délais maxima d'attente, l'augmentation du nombre de places aux concours médicaux, la formation des professionnels de santé et l'articulation entre les hôpitaux et les centres de santé : le besoin de financement supplémentaire est évalué à 0,7 milliards d'euros d'ici 2007, ce qui requiert un effort conjoint de l'Etat et des municipalités.

Même si le **Québec** a un niveau de dépenses de santé sensiblement plus élevé que les deux autres pays, le besoin de financement du système de santé public a été évalué, par le gouvernement québécois, à 1,15 milliards d'euros en novembre 2002 dont 154 millions d'euros pour les services préventifs. Cet investissement s'ajouterait à une croissance annuelle de 5,2% des coûts du système de santé pour permettre une réduction des délais d'attente dans les hôpitaux, améliorer les services et prendre le « **virage de la prévention** ». Cette orientation fait suite à une période de fortes compressions budgétaires entre 1995 et 1998, période pendant laquelle les restructurations des hôpitaux ont permis de développer les services en ambulatoire, notamment les soins à domicile aux personnes âgées mais au prix d'un recul de la prévention. Le programme de retraite anticipée introduit en 1998 a obtenu un succès inespéré, engendrant aujourd'hui des pénuries d'infirmières et de médecins dans certains secteurs. Le rapport Clair, remis en décembre 2000, recommandait déjà une réforme du système de santé, tant dans son financement que son organisation. Ces travaux ont également été menés au niveau fédéral sous la présidence de M. Romanow : remis en novembre 2002, ce rapport souhaite renforcer le caractère public du système de santé canadien et propose d'augmenter les transferts du niveau fédéral vers les provinces de 9,5 milliards d'euros sur trois ans. Le Québec bénéficierait ainsi d'environ 1 milliard d'euros

⁶ Rapport WANLESS « *Securing our future health : taking a long term view* », avril 2002

supplémentaires, ce qui permettrait de répondre en partie aux besoins exprimés par le gouvernement québécois. Si les préconisations financières de ce rapport répondent à la critique des provinces sur le recul du niveau fédéral dans le financement de la santé, les conditions qui y sont attachées suscitent un débat entre les gouvernements provinciaux : la création de cinq enveloppes budgétaires fléchées et la mise en place d'un conseil fédéral de la santé fixant les objectifs de santé réduiraient l'autonomie des systèmes provinciaux de santé.

1.2 Une implication croissante des organisations internationales dans les politiques nationales de promotion de la santé

A partir d'un rôle traditionnel d'information et de coordination, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) tend à développer son appui aux pays développés dans le domaine de la promotion de la santé. L'Union européenne (UE) s'investit également sur la santé publique alors qu'elle intervenait principalement en matière de santé et sécurité au travail. La prévention des maladies chroniques est ainsi un sujet croissant de collaboration entre l'OMS, l'Union européenne et le Conseil de l'Europe. C'est sur la lutte contre le tabagisme que la réglementation internationale et communautaire se développe le plus.

1.2.1 *L'Organisation mondiale de la santé porte une attention croissante à la prévention des maladies non transmissibles*

L'Organisation mondiale de la santé⁷, créée en 1948, a une mission d'information et de conseil dans le domaine de la santé humaine dont elle s'acquitte notamment par des publications. Elle a défini en 1977 une **stratégie de « la santé pour tous »** à l'horizon 2000 fondée sur la réduction des inégalités en matière d'exposition aux risques et d'accès aux services de soins préventifs et curatifs. Les concepts de la promotion de la santé ont été approfondis dans la Charte d'Ottawa en 1986. Si l'action de l'OMS est ciblée prioritairement sur les pays en voie de développement ou les pays en transition vers l'économie de marché, elle tend à se développer en direction des pays développés, plus concernés par les problèmes de santé liés aux modes de vie.

La prévention n'est pas identifiée parmi les actions de l'OMS : la surveillance des maladies, les politiques de vaccination, la fixation de recommandations en matière d'environnement⁸ ou les programmes de promotion de la santé peuvent s'y rattacher. Les dépenses de prévention représenteraient ainsi 20,4% du budget de l'OMS-Europe en 2001, la majeure partie étant consacrée à la vaccination et la lutte contre le tabac.

L'OMS intervient en matière de surveillance et de lutte contre les maladies infectieuses. Face au risque de dissémination délibérée d'agents biologiques ou de « bioterrorisme », l'OMS a recensé des zones critiques et s'implique dans le renforcement de la surveillance épidémiologique et biologique. Depuis 1993, elle a fait

⁷ L'OMS se compose d'un siège mondial, à Genève, et de six bureaux régionaux dont un pour l'Europe. La région européenne de l'OMS s'étend du Groenland au nord et de la Méditerranée au sud jusqu'au littoral Pacifique de la fédération de Russie et comprend 26 pays.

⁸ Par exemple sur la teneur en nitrates de l'eau, en soufre de l'air, le niveau de puissance des téléphones portables...

de la tuberculose une urgence mondiale et proposé un programme DOTS (directly observed treatment short course) dont le rapport coût-efficacité a été prouvé dans les pays d'Europe orientale⁹. Un sujet d'importance croissante pour l'OMS pourrait être les politiques de vaccination, compte tenu de la baisse de la couverture vaccinale dans certains pays développés (par exemple pour la rougeole en France). Les calendriers et les programmes de vaccination sont très différents au sein de l'Union européenne et il n'est pas certain que cela soit justifié par des analyses scientifiques.

Un des principaux instruments d'influence de l'OMS est le rapport annuel mondial et les rapports régionaux sur la santé : **le rapport mondial publié en 2002 porte sur les facteurs de risques et la promotion de la santé**. Le bureau régional Europe s'efforce de développer ses missions d'appui aux pays développés : il a notamment conduit un audit de l'organisation du système de prévention et de promotion de la santé de la Finlande. En matière de promotion de la santé, l'OMS conduit, en partenariat avec le Conseil de l'Europe et la Commission européenne, un programme de sensibilisation dans les écoles : les « écoles-santé » (*healthy schools*) participent à des diagnostics sur l'état de santé des jeunes, mettent en place des cours de promotion de la santé et un environnement favorable. Si ce programme s'est fortement développé au Royaume-Uni et dans les pays anglophones, la France en reste à l'écart.

L'OMS Europe a commencé à investir le champ **de la prévention des maladies chroniques** :

- la conférence interministérielle sur l'alcool et les adolescents qui s'est tenue à Stockholm en 2001 a permis d'attirer l'attention sur les évolutions préoccupantes de la consommation des adolescents dans les pays nordiques et au Royaume-Uni et les stratégies de promotion menées par les industries du secteur. Les évaluations sur les actions de prévention efficaces s'avèrent cependant peu nombreuses et l'action de l'OMS, fondée sur les seuls ministres de la santé, reste limitée ;
- en matière de nutrition, un plan d'action a été approuvé en 2000 mais doit encore associer le Conseil de l'Europe et la Commission européenne ;
- un programme de réduction des facteurs de risques des maladies chroniques a été lancé sous le nom de CINDI (26 pays en Europe¹⁰ et Canada) ainsi qu'une banque de données sur les maladies cardiovasculaires (MONICA, surveillance des tendances des maladies cardiovasculaires dans 37 pays dans les années 1980 et 1990¹¹). L'approche intégrée des risque promue avec CINDI s'est avérée efficace, par exemple en Finlande avec le projet de la Carélie du Nord, et a été reprise dans les pays d'Amérique du Sud (programme CARMEN). Son impact est cependant limité dans son champ avec une mise en œuvre dans quelques zones sous-nationales (2/3 des Etats membres l'appliquent au niveau national) ; le programme souffre également de son isolement par rapport aux différentes actions de l'OMS sur le tabac, l'alcool...Une adaptation et réactualisation de CINDI est envisagée. Dans une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé (WHA51.18), l'OMS s'est engagée à mettre au point une stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles et à superviser son application.

⁹ Une étude menée dans la Fédération de Russie a montré que le coût par cas de tuberculose guéri à l'aide de la stratégie DOTS était de 1626 dollars contre 6293 avec l'ancienne méthode.

¹⁰ La France n'y participe pas. Au sein de l'Union européenne, l'Allemagne, l'Espagne, la Finlande, l'Autriche, le Portugal, le Royaume-Uni, l'Italie en sont membres.

¹¹ En France, les zones suivies étaient Lille, Strasbourg et Toulouse.

La réalisation la plus tangible des efforts de l'OMS pour prévenir les maladies non transmissibles est la négociation, au niveau mondial, d'une **convention-cadre pour la lutte antitabac** qui pourrait aboutir en mai 2003¹² ; elle a été précédée, au niveau européen, par une conférence ministérielle sur la lutte contre le tabagisme et une déclaration européenne pour une Europe sans tabac en février 2002.

1.2.2 L'Union européenne renforce sa stratégie sur la santé au travail et s'investit dans la santé publique

Les compétences communautaires en matière de santé publique sont récentes, mentionnées pour la première fois dans le traité de Maastricht en 1992 et renforcées par le traité d'Amsterdam en 1997. Le traité de Rome confiait à la Commission essentiellement la mission de promouvoir l'hygiène du travail et la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles : de nombreux textes importants pour la santé et sécurité au travail ont été adoptés notamment grâce à la procédure de majorité qualifiée ouverte par l'Acte unique (1986). C'est le traité de Maastricht qui donne une force juridique aux actions communautaires croissantes dans le domaine de la lutte contre le cancer, le SIDA et la toxicomanie. En effet, après que le Conseil ait inscrit la lutte contre le cancer à l'agenda politique en 1986, la Commission, s'appuyant sur l'article 235 du traité sur la coopération volontaire, a proposé entre 1986 et 1991 des programmes de coopération aux Etats sur ces trois questions de santé publique. Le traité de Maastricht, dans son article 129, a prévu que l'Union européenne soutienne la coopération des Etats membres pour assurer «un niveau élevé de protection de la santé humaine», sans aller jusqu'à prévoir des textes normatifs. Sur proposition de la Commission, une résolution du Conseil retient en 1994 trois actions prioritaires transversales (surveillance de la santé, surveillance des maladies, promotion de la santé) et des programmes de prévention du cancer, de la toxicomanie, du SIDA et de certaines maladies transmissibles¹³. Ces programmes disposent chacun d'un budget d'environ 50 millions d'euros par an, ce qui représente une prise en charge de 50 à 70% du coût du projet, et reposent sur le principe d'appels à propositions. Cette approche fractionnée, plus par maladie que par déterminant de la santé, et la dissémination des projets n'a cependant pas permis de créer une politique d'ensemble de santé publique.

L'orientation change avec le traité d'Amsterdam. Les valeurs de santé sont renforcées par l'article 152 du traité, avec une double obligation : l'obligation d'inscrire «un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté», et une mission «d'amélioration de la santé publique et de prévention des maladies et affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine». Un nouveau programme d'action communautaire en santé publique pour 2003/2008 a été adopté par le Conseil le 26 juin 2002, et par le Parlement et le Conseil dans la décision du 23 septembre 2002.

Avec un budget de 312 millions d'euros par an, il propose :

- un cadre unique pour des actions spécifiques dans le champ de la santé publique, pour fonder des actions transversales, et agir sur les autres politiques communautaires ;

¹² Elle pourrait prévoir une interdiction de la publicité, de la vente au moins de 18 ans...

¹³ Deux orientations vont progressivement être ajoutées à ces programmes, la prévention des accidents domestiques et celle des maladies liées à la pollution.

- des actions pour la sécurité et la qualité des produits issus du corps humain ;
- la reprise des trois priorités présentées par la Commission en 1998 : la connaissance de la santé et de ses déterminants, un système d'alerte et de réaction rapide aux menaces pour la santé, la promotion de la santé à travers l'action sur ses déterminants.

Il n'a cependant pas été créé de structure de coordination européenne, comme le préconisait notamment le Parlement européen et la France, nombre de pays restant attachés à l'autonomie des systèmes nationaux de santé. A ce jour, les actions en matière de prévention des maladies non transmissibles restent encore limitées. La résolution sur la santé et la nutrition adoptée par le Conseil santé en décembre 2000 n'a pas donné lieu à des propositions de travail de la Commission. Le Conseil a adopté une recommandation sur la consommation d'alcool par les jeunes en 2001 et un rapport annuel devrait être produit sur les mesures prises ; en revanche, la Commission n'a pas présenté, comme l'y invitait le Conseil en 2001, de propositions d'action pour compléter les politiques nationales de lutte contre les dommages liés à l'alcool.

La lutte contre le tabagisme, élément du programme de prévention contre le cancer, est beaucoup plus dirigiste. L'Union européenne s'est appuyée sur l'article 36 du traité de Rome qui prévoit, qu'en matière de protection de la santé et de la vie des personnes, il peut être dérogé à la libre circulation des biens. Les actions d'information et de prévention ont ainsi été relayées par plusieurs directives, limitant les taux de goudron des cigarettes puis réglementant l'étiquetage (adoptée en juin 2001). L'annulation par la Cour de justice de la directive sur la publicité en faveur du tabac a conduit la Commission à préparer un nouveau projet, qui a été entériné par le Parlement. Le projet propose d'interdire partiellement la publicité pour le tabac dans la presse, à la radio, et sur internet, à partir du 31 juillet 2005. Il souhaite aussi interdire le soutien aux grands événements sportifs, comme les grands prix de formule 1. En revanche, la publicité indirecte au cinéma ou par voie d'affichage ne serait pas concernée car relevant de la compétence des Etats en matière de santé. Une campagne antitabac en direction des jeunes est lancée par la Commission, avec des clips mettant en scène des vedettes populaires auprès des jeunes. Cette campagne passera dans plus de 5000 cinémas et sur les chaînes de télévision européennes.

La stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002-2006 a été redéfinie pour développer la prévention et davantage intégrer la santé au travail dans la stratégie pour l'emploi et le Fonds social européen. La communication de la Commission du 11 mars 2002 revêt ainsi plusieurs caractères novateurs :

- elle adopte une approche globale du bien-être au travail, prenant en compte les changements du monde du travail et l'émergence de nouveaux risques, notamment psychosociaux (harcèlement moral et violence au travail) ;
- elle met l'accent sur la prévention des risques, sur la combinaison d'instruments politiques variés (législation, dialogue social, démarches de progrès et identification des meilleures pratiques, responsabilité sociale des entreprises, incitations économiques) et sur la construction de partenariats entre tous les acteurs de la santé et de la sécurité ;
- dans le cadre de la stratégie européenne pour l'emploi, des objectifs nationaux quantitatifs portant sur les accidents et maladies professionnels devraient être définis, en prêtant une attention particulière aux secteurs à risques et en intégrant la dimension du genre ainsi que celle de l'âge. Les travaux d'harmonisation des

statistiques seront donc approfondis et des indicateurs de suivi élaborés. Le rôle du FSE dans la promotion de la santé au travail devrait être évalué en 2003.

La Commission ouvrira en 2002 une consultation des partenaires sociaux sur le stress et ses conséquences sur la santé et la sécurité au travail, conformément à la procédure prévue à l'article 138 du traité. L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail de Bilbao va notamment créer un "Observatoire des risques", appuyé sur la collecte de « bonnes pratiques » d'entreprises ou de branches, et organiser des échanges d'expériences et d'informations en intégrant les pays candidats à l'adhésion.

1.3 Une place grandissante de la prévention dans les systèmes de santé et une tendance marquée vers l'adoption du concept de promotion de la santé

L'OMS distinguait traditionnellement trois types de prévention : la prévention primaire qui a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes, la secondaire qui vise à détecter rapidement la pathologie pour intervenir efficacement et la tertiaire qui a pour objectif de diminuer les récidives et incapacités. Progressivement, cette distinction est délaissée par l'OMS au profit d'un approfondissement du concept de promotion de la santé, notion qui dépasse la prévention des maladies.

1.3.1 Les système de soins et de sécurité sociale intègrent de manière inégale la prévention

L'organisation du système de soins, et notamment la politique de remboursement voire de gratuité des soins, peut être plus ou moins favorable à la prévention. En matière de santé dentaire, par exemple, les soins sont gratuits aux Pays-Bas jusqu'à 18 ans ce qui incite à une action préventive. Au Québec, depuis octobre 2000, trois produits d'aide à la cessation du tabac sont inscrits sur la liste des médicaments couverts par les régimes publics et privés d'assurance maladie.

L'organisation des soins de santé primaires peut être également plus ou moins favorable à la prévention : au Royaume-Uni, l'affiliation du patient à un généraliste exerçant souvent au sein d'un cabinet de groupe peut être le moyen de faciliter un suivi préventif, même si ce rôle du généraliste reste en pratique peu développé (cf. partie 2.3.1.1). Le Québec a mis en place des centres locaux de services communautaires qui rapprochent services sociaux et de santé afin de faciliter la prévention ; ces services ne sont toutefois pas utilisés par toute la population¹⁴ – qui conserve la possibilité d'aller voir le médecin de son choix en cabinet individuel – et le Québec envisage de développer les groupes de médecine de famille pour développer la pratique clinique préventive. C'est certainement l'organisation des soins primaires en Finlande qui incarne le mieux la préoccupation de prévention : les centres de santé municipaux, fréquentés par l'ensemble de la population, réunissent en un même lieu des services de

¹⁴ En 2000-2001, le réseau des CLSC a offert plus de 10,5 millions d'interventions à 1,7 millions d'utilisateurs différents, soit environ un Québécois sur quatre. Les principaux services étaient les services de maintien à domicile aux personnes âgées (40%), les services de santé publique aux enfants et aux jeunes (12%) et des services psychosociaux et de santé mentale pour des groupes spécifiques.

médecine générale, spécialisée, des services d'analyse et examens médicaux avec des services sociaux.

Le rapprochement entre la santé et le social est un projet important en Angleterre : un texte de loi va prochainement prévoir que les collectivités locales collaborent avec le NHS pour le financement d'actions sociales qui ont des répercussions sur la santé.

Aucun des trois pays n'a mis en place une consultation de prévention par les médecins généralistes. L'Angleterre avait encouragé financièrement la création de « cliniques de promotion de la santé » par les généralistes mais cette mesure est en cours de renégociation. Le Danemark a créé une consultation de promotion de la santé, à raison d'une par an et par patient ; rémunérée au même tarif que les autres consultations alors qu'elle dure nettement plus longtemps, elle est cependant contestée par les généralistes et ne joue donc pas en pratique un rôle majeur dans la politique de prévention du pays. La plupart des pays qui ont des rémunèrent les généralistes à la capitation tiennent compte dans les forfaits des actions de prévention (cf. partie 2.3.1.1).

1.3.2 Les approches sont à la fois sociales et sanitaires pour aboutir à une stratégie globale de promotion de la santé

La prévention de la maladie n'est qu'une partie de la promotion de la santé. Un nombre croissant de pays s'efforce de passer de la prévention, de l'action sur les facteurs (individuels) de risque, à la promotion de la santé, entendue comme l'action sur les déterminants de la santé. Plusieurs recherches menées sur les déterminants sociaux de la santé – notamment par l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA) ou le GRIS – montrent en effet que nombre de facteurs de bonne ou mauvaise santé ne se situent pas dans le champ du système de soins.

1.3.2.1 Les trois pays visités par la mission ont développé une double approche sanitaire et sociale pour lutter contre l'exclusion et les inégalités

L'intégration des approches sociales et sanitaires est permise par le vote d'un **budget unique pour les services de santé et les services sociaux**. Cette procédure, ancienne au Finlande et au Québec, a été récemment adoptée par le Royaume-Uni dans le cadre de la réforme du NHS.

Une approche globale, sanitaire et sociale, est développée au Royaume-Uni comme au Québec pour prévenir les difficultés des enfants nés dans des milieux à faible revenu, Dans cette province canadienne, le **programme « naître égaux, grandir en santé »**, ciblé sur les enfants de 0-5 ans, est construit selon un modèle « écologique » qui associe un suivi individuel et une action communautaire sur l'environnement et la famille : il s'agit d'intégrer l'arrivée de l'enfant dans le projet de vie des parents. Les objectifs de prévention visent la diminution des naissances prématurées et des naissances de bébés de poids insuffisant, de la violence conjugale et familiale, des abus ou négligence envers les enfants, de la dépression durant la grossesse, des retards de croissance et de développement chez les enfants. Des visites régulières à domicile sont organisées par les CLSC et associées à un programme nutritionnel. L'action intersectorielle se traduit par exemple par la coopération avec les comités locaux de l'emploi pour favoriser le retour sur le marché du travail de la jeune mère, par

l'organisation de services de garderie (« répit parental »), par l'accompagnement des familles par d'autres familles du voisinage. Ce programme parvient à toucher près de 50% des 12 000 femmes concernées. Les évaluations conduites sur le programme en faveur de l'alimentation des femmes enceintes (OLO œuf, lait, orange) montrent qu'il n'a pas eu d'impact sur le poids des enfants à la naissance, qui était l'objectif visé, mais qu'il a eu néanmoins un effet positif, non recherché au départ : il a contribué à réduire les dépressions liées à la grossesse.

Au **Québec**, d'une manière plus générale, les autorités sanitaires ont récemment orienté la stratégie de prévention vers tout ce qui agit sur les déterminants sociaux de la santé.

Au Royaume-Uni, le programme ***sure start*** a été mis en place depuis 1999 dans les zones défavorisées. 260 programmes ont été créés pour améliorer, en lien avec les parents ou futurs parents, la santé et le développement des enfants ; 20 programmes pilotes ciblent plus particulièrement les adolescentes enceintes et les jeunes mères. Une unité « *sure start* » a été créée au sein du ministère de l'éducation pour assurer l'animation des centres créés dans le cadre du programme. Leurs quatre objectifs consistent à :

- améliorer le développement social et émotionnel des enfants (réduire de 20% en 2004 la proportion d'enfants de 0-3 ans qui sont enregistrés à la protection infantile une nouvelle fois en 12 mois)
- promouvoir la santé (réduire de 10% en 2004 le taux de mères qui fument pendant leur grossesse)
- faciliter l'apprentissage de l'enfant (réduire la proportion des enfants de 0-3 ans ayant des difficultés de langage)
- renforcer l'appui aux familles entourant l'enfant (réduire de 12% le nombre d'enfants de 0-3 ans vivant dans des foyers où personne ne travaille).

Chaque *sure start* centre dispose d'une équipe de santé pluridisciplinaire composée de visiteurs de santé, sages-femmes, travailleur sociaux, spécialistes de l'arrêt du tabac et d'assistants en santé bilingues. Ils soutiennent les jeunes parents en organisant des réunions d'information sans rendez-vous et donnent notamment des conseils sur l'allaitement maternel, l'hygiène et les soins aux nourrissons.

1.3.2.2 Cette approche globale de l'individu et de son environnement n'est pas réservée aux populations les plus défavorisées : elle tend à inspirer l'organisation de l'ensemble des services de santé et sociaux

Les politiques comme les structures intègrent de plus en plus cette dimension globale : l'exemple de la prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les adolescents est ainsi significatif .

Au **Royaume-Uni**, la prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes et celle des grossesses précoces s'appuie sur une **éducation sexuelle revue et remplacée dans un cadre plus large de développement de l'adolescent**. Les programmes d'éducation sexuelle redéfinis en juillet 2000 intègrent une dimension relationnelle et informent de l'existence de services confidentiels. Une formation spécialisée a été définie qui devrait bénéficier à 500 enseignants volontaires et être

sanctionnée par une accréditation, portant plus globalement sur l'éducation personnelle, sociale et à la santé ainsi que sur le programme d'éducation civique.

L'exemple de la **campagne « parler, c'est grandir » lancée au Québec** illustre bien cette volonté d'appréhender la prévention sanitaire dans un contexte plus global de bien être de l'enfant : elle vise à développer l'estime de soi des jeunes de 11-17 ans et à favoriser la communication interpersonnelle, notamment avec les parents en déclinant des messages sur la prévention des MST/SIDA, du tabagisme, de la toxicomanie et de la dépendance aux jeux et des messages sur le bien être psychologique... L'ensemble de la campagne dure trois ans avec un budget annuel de 2,9 M€ Cette campagne constitue une innovation avec une approche globale – et non plus par type de problème – et installée dans la durée. Elle est suivie par des enquêtes régulières de notoriété et d'impact et un correspondant de la campagne est désigné dans chaque région.

La surveillance des risques ou l'évaluation des politiques exigent également des agences pluridisciplinaires, capables d'embrasser un problème de santé avec un champ suffisamment large. Ainsi, les agences de recherche en santé publique en Finlande (*STAKES, Institut de santé publique...*) regroupent des services sur la santé et sur la protection sociale alliant des compétences d'horizon divers (médecins, chimistes, sociologues, architectes...).

1.3.2.3 L'approche intégrée des politiques sanitaires et sociales n'est qu'une étape dans la stratégie de promotion de la santé : à terme, l'objectif est que la préoccupation de santé irrigue l'ensemble des politiques

Si la prévention de la maladie relève de l'institution sanitaire, la création des conditions sociales, politiques et économiques favorables à la santé implique une action de l'ensemble des pouvoirs publics. Cette volonté se manifeste notamment par le développement des études d'impact en santé. Au Québec, une loi de décembre 2001 précise que la santé publique a pour objet « la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ». Cette approche intégrée se manifeste par le rôle du ministère de la santé à l'égard des projets des autres ministères : le ministre de la santé et des services sociaux « doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » (article 54). Il faut bien reconnaître que cette approche intersectorielle est difficile à mettre en œuvre et exige une coordination forte des acteurs.

La prévention dans quelques pays européens

La **Norvège** adopte la définition de la charte d'Ottawa de l'OMS selon laquelle la promotion de la santé vise à doter les personnes des moyens de prendre en charge leur santé et de maîtriser les facteurs qui l'influencent. La loi sur les services de santé municipaux (1984) précise que la responsabilité des autorités locales concerne, outre les services de soin, les actions de prévention et promotion de la santé (environnement, cliniques familiales, santé scolaire, éducation pour la santé).

En **Suède**, un comité national de santé publique associant des représentants du Parlement a été créé en 1997 pour proposer une stratégie nationale de santé publique. Fin 2000, 18 objectifs nationaux, axés sur les déterminants de la santé et les infrastructures nécessaires à l'action de prévention, ont été rendus publics et un projet de loi déposé en décembre 2002. L'objectif est d'intégrer la santé publique dans la politique générale du gouvernement suédois (économie, protection sociale, marché du travail, agriculture, transports et environnement) et de réduire les inégalités de santé entre classes sociales et entre hommes et femmes. 10 grands domaines d'action sont ainsi prévus, et incluent l'amélioration de la participation politique et la santé sur le lieu de travail. La fixation des priorités dans la loi est d'autant plus importante que la politique de santé est totalement décentralisée, mise en œuvre par les autorités locales.

Au **Danemark**, une stratégie nationale « santé tout au long de la vie, 2002-2010 » remplace les différents plans par maladie dans le cadre d'une approche globale de la santé publique. Elle fixe des objectifs d'augmentation de l'espérance de vie et insiste sur l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des inégalités sociales devant la santé.

En **Belgique**, la prévention sanitaire est organisée par chaque communauté française et flamande. Au sein de la communauté française, un décret du 14 juillet 1997 définit la prévention en faisant directement référence à la Charte d'Ottawa : il s'agit d'élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, développer les aptitudes personnelles, réorienter les services de santé. La politique de promotion de la santé est énoncée dans un programme quinquennal, le premier couvrant la période 1998-2003.

Aux **Pays-Bas**, un contrat national sur les services de santé publics a été signé en 2001 entre le ministère de la santé, le ministère de l'intérieur et les représentants des autorités locales afin d'intégrer les préoccupations de santé dans l'ensemble des actions des municipalités. L'objectif est ainsi de réduire les inégalités de santé et de renforcer les stratégies de prévention au niveau local.

L'Allemagne adopte une définition plus classique de la prévention sanitaire, plus directement axée sur la prévention de la maladie que sur la promotion de la santé. Selon le "comité d'experts pour l'action sanitaire concertée" dans son rapport 2000/2001, "la prévention sanitaire consiste en l'ensemble des mesures et actions qui visent, d'une manière générale, à éviter la dégradation de l'état de santé des personnes, à rendre celle-ci moins probable ou à en retarder l'échéance."

En **Italie**, la prévention est définie, dans le cadre de la Charte d'Ottawa, comme l'ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies et du nombre des accidents. Un plan sanitaire national approuvé par le Parlement fixe les objectifs principaux des politiques sanitaires et de la prévention : en 2002, les objectifs portent sur la promotion des styles de vie sains (nutrition, tabac, alcool), la prévention des principales pathologies et l'amélioration de l'environnement.

1.3.3 L'implication des autorités politiques dans les questions de santé publique est déterminante pour faciliter ce travail en commun

Au **Royaume-Uni**, c'est le **Premier ministre qui s'est engagé en 1999 à réduire les inégalités de santé, la mortalité prématurée et la pauvreté des enfants**. Le livre blanc « *saving lives – our healthier nation* » trace la politique de santé publique du Royaume-Uni à l'horizon 2010. Ces objectifs de moyen terme impliquent donc la plupart des ministères et donnent une cohérence aux divers plans de santé publique ou programmes sociaux. Le contrat de service public que le ministère de la santé a conclu avec le ministère des finances formalise les quatre principaux objectifs de la période 2001-2004 en échange d'une stabilité des financements budgétaires. Si le ministre de la santé est responsable de ces objectifs, le ministre de la santé publique et le ministre de l'éducation et de l'emploi sont également responsables de certains programmes, comme le *Sure start* qui vise une meilleure prise en charge sociale et sanitaire des enfants dans les zones défavorisées.

Dans la **Constitution finlandaise**, le **droit à la sécurité sociale implique aussi l'obligation pour les autorités publiques de promouvoir la santé de la population**. Cette synthèse des actions publiques en faveur d'un objectif de santé doit s'opérer au niveau local : la qualité des services sanitaires et sociaux est un élément important du débat public lors des élections municipales. Certaines municipalités ont mis en place des stratégies globales de promotion de la santé en désignant un coordonnateur veillant à la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques. Un tel responsable n'existe que dans 4 à 5 villes de Finlande mais la plupart des municipalités s'efforcent d'intégrer l'approche santé dans l'ensemble de leurs actions. Afin de coordonner sa politique au niveau de l'Union européenne, la Finlande a mis en place un comité interministériel dans lequel le ministère de la santé et des affaires sociales peut faire valoir l'impact sur la santé des politiques européennes dans d'autres secteurs. Cette organisation semble être unique en Europe.

Au **Québec**, une politique de la santé et du bien-être a été adoptée par le gouvernement en 1992 et son évaluation en 2002 a fait l'objet d'un large débat avec les régions. La volonté du ministre de la santé de faire prendre le « virage de la prévention » au système de santé manifeste d'une forte implication sur les questions de santé publique. Cette implication n'est cependant pas celle de l'ensemble du gouvernement et il faut reconnaître que le système de soins, et notamment la question des listes d'attente ou des urgences, mobilise davantage l'opinion publique.

Pourquoi l'accent est-il ainsi mis sur la prévention dans plusieurs pays ? Si l'objectif d'amélioration de l'état de santé et de bien être de la population est évident, l'impact de la prévention sur les coûts de santé est ambigu. Dans son plan de réforme des services de santé et sociaux, le gouvernement québécois estime que « chaque dollar investi en prévention, dans certains programmes, peut faire épargner jusqu'à sept dollars en soins de santé ». **Dans aucun des trois pays, la prévention n'est conçue comme un moyen de maîtriser l'augmentation des dépenses de santé**. La revalorisation du rôle de la prévention intervient plutôt après que des restructurations importantes du système de soins aient eu lieu, dans un contexte de réinvestissement dans le système de santé. **Il s'agit d'améliorer l'efficacité des investissements en santé et notamment de réduire les inégalités**. En revanche, la plupart des plans de santé publique s'efforce de chiffrer les coûts engendrés par l'absence de prévention afin de les mettre en regard des

investissements en prévention. Ainsi, les coûts globaux induits par l'abus d'alcool (santé, justice, perte de production...) sont estimés entre 1 et 3% du PIB. Une étude menée en Suède a permis d'estimer le coût du diabète à près de 8% du budget total de la santé, ce coût correspondant en grande partie au traitement des complications. Pour mesurer les effets potentiels d'une augmentation de l'activité physique sur le système de soins, une étude réalisée en Finlande montre que les hommes et les femmes les plus physiquement actifs passent respectivement 36% et 23% de jours de moins à l'hôpital que les personnes les moins actives.

Organisation de la prévention

	Royaume-Uni (Angleterre)	Finlande	Québec
Ministres	Le secrétaire d'Etat à la santé est assisté de cinq ministres et d'un secrétaire permanent responsable du Service national de santé (NHS). Parmi les cinq ministres figure un sous-secrétaire d'Etat à la santé publique ¹⁵ .	Deux ministres, l'un en charge des affaires sociales et de la santé, l'autre en charge de la santé et des services sociaux. Celui-ci est responsable de la prévention sanitaire et sociale, des services de soins, des services sociaux, de l'égalité homme/femme, de la rééducation, de la santé environnementale et de la santé au travail.	Le ministre d'Etat à la santé et aux services sociaux est assisté d'un ministre délégué à la santé, aux services sociaux, à la protection de la jeunesse et la prévention.
Direction du ministère de la santé chargée de la prévention sanitaire	Division de la santé publique et de la qualité clinique du ministère de la santé (<i>Department of health</i>). Organisation des soins au sein du NHS.	Au sein du ministère des affaires sociales et de la santé, la direction générale de la santé est responsable de l'organisation des soins, de la promotion de la santé, de la santé liée à l'environnement et aux substances chimiques.	Direction générale de la santé publique du ministère de la santé et des services sociaux (il existe notamment une direction générale des services à la population).
Principales agences impliquées dans la prévention	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Health development agency</i>: 120 personnes, budget de 19,6 M€ ; - Laboratoire de santé publique (PHLS) dépendant du NHS : 3296 personnes, budget de 225 M€ - <i>Health and Safety Executive</i> (HSE) santé et sécurité au travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Institut national de la santé publique (KTL) : 1000 personnes, budget de 50 M€; - Centre national de recherche et développement pour la santé et la protection sociale (Stakes) : 450 personnes, budget de 30 M€; - Institut finlandais de la santé au travail (FIOH) : 800 personnes, budget de 58,8 M€ 	<ul style="list-style-type: none"> - Institut national de la santé publique : 333 ETP, budget de 14 M€; - Commission de la santé et de la sécurité du travail : 400 personnes et 65,7 M€ pour la prévention.
Organisation des soins primaires	350 <i>primary care trusts</i> (75% de l'enveloppe du NHS) organisent les soins primaires et la prise en charge sociale. Médecin généraliste qui exerce en cabinet de groupe et est rémunéré à la capitation pour l'essentiel.	278 <i>Health centres</i> (centres de santé) municipaux fournissent des services de soin, de prévention et sociaux. 55% de la population est prise en charge par un « médecin de famille ».	170 centres locaux de services communautaires (CLSC) ; cabinets privés de médecins exerçant en libéral.
Dernier plan de santé publique	Livre blanc « saving lives : our healthier nation » (1999) : stratégie pour 2010	« Santé 2015 » (mai 2001).	Programme de santé publique 2003-2012 (novembre 2002).
Responsable de la déclinaison du plan de santé publique au niveau local	<ul style="list-style-type: none"> - les <i>primary care trusts</i> définissent des plans pour l'amélioration de la santé ; pilotage par 28 <i>strategic health authorities</i> ; - dans les zones prioritaires de santé, des <i>healthy living centres</i> (promotion de la santé) et des <i>sure start centres</i> (enfants). 	448 municipalités avec une marge de manœuvre importante.	<ul style="list-style-type: none"> - Les régies régionales de santé définissent des plans pluriannuels de santé publique ; - mise en œuvre par les CLSC.

¹⁵ Les autres ministres sont : un ministre délégué à la santé chargé du NHS, un ministre délégué à la santé chargé des services sociaux, du handicap et de la santé mentale, un sous-secrétaire d'Etat chargé de la performance et de la qualité, un sous-secrétaire d'Etat chargé des urgences et des relations avec les usagers.

2. La méthode : une stratégie élaborée au plan national, une mise en œuvre locale

2.1 Des plans stratégiques de prévention fondés sur une méthodologie rigoureuse et mis en œuvre par une organisation en réseau

2.1.1 *La recherche, l'évaluation et la surveillance font partie de la méthode d'élaboration des plans stratégiques*

2.1.1.1 *La recherche et l'évaluation sont menées de pair*

L'intérêt de la démarche suivie par ces trois Etats est que les choix arrêtés en matière de prévention sont très souvent le résultat de recherches menées par les différentes institutions qui concourent à la mise en œuvre du système de santé (universités, centres de recherches universitaires, agences de santé publique aux statuts divers, organismes chargés d'études et d'évaluations).

En outre, l'évaluation des plans stratégiques est prévue dans les trois Etats visités dès la conception du plan. Il est cependant parfois difficile de faire la part de ce qui relève de programmes de recherches qui incluent l'évaluation méthodologique des politiques de prévention, de ce qui concerne l'évaluation de l'impact des politiques menées.

Au **Royaume-Uni**, dans le cadre des engagements du Premier ministre dans le livre blanc « *our healthier nation, saving lives* » - améliorer globalement la santé, réduire les inégalités de santé et éradiquer de moitié la pauvreté des enfants en une génération - un changement de méthode a été prévu dans l'élaboration des politiques de prévention.

Le raisonnement en objectifs/moyens et l'évaluation des actions s'avère crucial pour que la santé publique ne soit pas sacrifiée aux priorités souvent plus urgentes et visibles du système de soins. La plupart des plans s'efforcent **d'évaluer le coût de la mauvaise santé**, de l'absence de stratégie pour souligner les gains potentiels (santé, productivité, social...) : ainsi, la prévention des grossesses précoces permettrait déjà d'économiser plus de £2,5 Mds par an (3,95 Mds €) ; les coûts globaux de l'abus d'alcool seraient compris entre 2% et 5% du PIB.

Les plans de santé publique prévoient, dès l'origine, la mise en place d'un dispositif d'évaluation : c'est notamment le cas du programme des « *healthy living centres* » qui met en place les conditions d'une évaluation nationale et locale. Des évaluations sont en effet souvent menées au niveau local, en lien avec des universités. En outre, le ministère de la santé s'efforce de développer des outils d'évaluation simples pour guider les autorités sanitaires locales (par exemple pour la politique de promotion de l'allaitement maternel).

La « *London school of hygiene and tropical medicine* » a largement développé des moyens et méthodes d'évaluation des politiques de prévention, qui constituent un axe croissant d'intervention de cette école et une « *agence de développement de la santé* », créée en 2000 a pour objet de promouvoir l'information sur la prévention.

Le département de santé publique de la *London school* comporte notamment une unité d'épidémiologie environnementale, une unité des politiques de santé et une unité de recherche sur la promotion de la santé qui est chargée de l'évaluation de la stratégie de prévention des grossesses précoces et de la stratégie de prévention du VIH. Le département d'épidémiologie et de la santé de la population mène des études sur les causes des maladies chroniques, sur les interactions entre santé et environnement, sur la nutrition...et a récemment créé une unité de recherche sur les interventions en santé publique, centrée sur les programmes dans les zones défavorisées, en liaison avec une des stratégies centrales du plan du gouvernement.

L'*Agence de développement de la santé* a réalisé un guide des actions de prévention des maladies cardio-vasculaires diffusé largement aux services de soins primaires et va réaliser un guide sur la prévention du cancer. Ses évaluations portent par exemple sur le tabagisme et les minorités ethniques, la consommation de fruits et légumes, les grossesses précoces. Ces rapports sont souvent des revues de la littérature scientifique qui visent à établir quel type de prévention est efficace ou non.

Il est vrai que le **Royaume-Uni** a une forte tradition de recherche et d'évaluation en santé publique, mais l'affichage de cette méthode dans la détermination et la mise en œuvre des plans stratégiques présente l'avantage d'en renforcer la légitimité.

La **Finlande** ne dispose pas de la même antériorité que le **Royaume-Uni**, en matière de recherche et de santé publique, mais ce pays a astucieusement utilisé les ressources fournies par l'OMS.

C'est ainsi que trois plans de santé publique ont été successivement élaborés sur la base des recommandations de l'OMS, en 1986, 1992 et 2001.

La nouvelle stratégie de santé publique « santé 2015 » prévoit un renforcement de la recherche et de la formation : un programme de recherche sur la promotion de la santé doit être lancé par l'Académie de Finlande et les ministères en lien avec les universités ; un réseau de recherche et formation en santé publique doit être établi entre les universités et les instituts du ministère des affaires sociales afin de mieux intégrer la promotion de la santé dans la formation de tous les professionnels de santé

Le ministère des affaires sociales et de la santé finlandais s'appuie sur plusieurs agences ou organismes, qui emploient entre 3000 et 4000 personnes notamment pour mener les programmes de recherche, comme le *centre national de recherche et développement pour la santé et la protection sociale (STAKES)* créé en 1992, ou l'*Institut national de santé publique (KTL)*, créé en 1912. **Les évaluations de programme** sont conduites par ces agences de santé publique. Elles portent à la fois sur le processus (analyse de la mise en œuvre, interview des acteurs et prise en compte de leur perception subjective) et sur l'impact (analyse des statistiques, enquêtes auprès de la population). Le premier aspect est souvent plus développé, par exemple dans l'évaluation de la stratégie de prévention du suicide. La plupart des évaluations sont

étayées par de solides analyses médicales, par exemple pour l'évaluation de la prévention des maladies cardio-vasculaires.

L'évaluation externe est un élément important de la stratégie de santé : la Finlande a ainsi demandé à l'OMS de conduire des évaluations de l'organisation de la politique de prévention, au début des années 1990 et en 2001. Une nouvelle évaluation de la politique de promotion de la santé par l'OMS est prévue avant 2010. Les citoyens n'interviennent pas directement dans cette évaluation même si les associations peuvent être consultées. L'évaluation rendue en 2002 a été préparée durant un an et conduite par une équipe de l'OMS de sept personnes accompagnée de deux représentants du ministère (2 semaines sur place). Le ministère des affaires sociales et de la santé estime que ce rapport dresse un tableau fidèle du contexte de la Finlande dans les années 1990 et s'avère utile pour alimenter un débat public même si les relations entre le niveau national et les municipalités, entre les différentes agences, n'ont pas été bien perçues¹⁶.

La plupart des programmes de prévention sont définis selon la méthode suivante : recherche scientifique et évaluation des projets pilote, élaboration d'une stratégie avec une large consultation et une approche multisectorielle, mise en œuvre nationale accompagnée de formation des professionnels, suivi scientifique et évaluation finale. Cette méthode a été appliquée notamment pour le programme de prévention des maladies cardiovasculaires expérimenté en Carélie du Nord, à partir de 1972, avant sa généralisation, ou dans le cadre du programme de prévention du suicide.

Les recherches sur la santé au travail sont menées par l'Institut finlandais de la santé au travail. Son conseil de direction tripartite (partenaires sociaux et Etat) fixe les grandes orientations sans toutefois intervenir dans la gestion et la recherche. 40% du budget recherche est consacré à la santé au travail et l'employabilité : les maladies respiratoires liées au travail, les maladies de peau et les troubles musculo-squelettiques. L'amélioration de l'environnement de travail représente 37% du budget recherche : un programme « work environment 2005 » vise à développer l'évaluation des risques et les méthodes de gestion des risques (cf. partie 3.3).

Les questions de santé au travail font partie de celles qui doivent s'appuyer sur des recherches scientifiques rigoureuses, indépendantes. L'existence d'organismes de recherches qui disposent de la capacité notamment d'autosaisine sur des sujets de santé au travail est primordiale pour faire progresser les recherches avec les conséquences inévitables en terme de prévention des maladies professionnelles.

Dans les trois pays visités, seule la **Finlande** est dans ce cas.

Le **Québec** a fixé en 1992 un cadre général pour une stratégie en matière de santé et du bien-être sur dix ans, avec un grand nombre d'objectifs (19), repris pour

¹⁶ Le rapport souligne plusieurs limites du système finlandais : une répartition des rôles qui manque de clarté, une faiblesse du pilotage et des moyens financiers dans les municipalités, notamment les plus grandes, une difficile coordination entre les ministères, notamment avec le ministère de l'éducation, de l'environnement et celui de l'intérieur, une fonction de soutien du niveau national vis à vis des municipalités qui devrait être renforcée, un manque de formation en santé publique, une complexité des circuits financiers qui ne permet pas d'identifier les budgets consacrés à la prévention au niveau national ou local.

partie dans les « priorités de santé publique 1997-2002 » dont l'évaluation a notamment été menée en 2002 sous forme de sondages dans les régions du Québec. Les orientations de ce plan ont aussi été évaluées par le « **Conseil de la santé et du bien-être** ». Créé par une loi de mai 1992, il est composé de 23 membres, représentant des usagers des services communautaires, des associations, des professionnels de santé, des universitaires et de l'administration.

Le conseil a notamment fait des recommandations qui ont servi à l'élaboration du plan d'action du ministère de la santé¹⁷ « pour faire les bons choix » qui s'inscrit dans le cadre d'un *programme national de santé publique* destiné à orienter, en application d'une loi récente sur la santé publique (loi du 19 décembre 2001), **la santé des Québécois de 2003 à 2012**.

Le plan décliné par le ministère de la santé et des services sociaux pour la période 2003/2005 prévoit en particulier de développer les recherches sur les déterminants sociaux de la santé, et d'orienter les programmes vers les modes et habitudes de vie, en privilégiant la lutte contre le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation, l'obésité et l'image corporelle et la lutte contre les dépendances.

Au **Québec**, la recherche relève aussi bien de l'Université, que du ministère de la santé et des services sociaux, en tant qu'administration centrale, ou par l'intermédiaire des régies régionales (en particulier la régie régionale de Montréal), ou les Centres locaux de santé communautaires, qui, comme celui de **Québec** (Haute-Ville-Des-Rivières) est en même temps un centre universitaire.

Afin de mieux coordonner les études, expertises et évaluations, une loi a créé en juin 1998, **l'Institut national de santé publique du Québec**, (INSPQ) qui a pour objet d'appuyer le ministère et les régies régionales. Il joue d'ores et déjà un rôle important en matière de recherche et d'évaluation, et contribue en temps réel à l'évaluation d'un certain nombre de programmes de prévention qui avaient été lancés dans le cadre de la politique de santé et du bien-être lancée en 1992.

Outre l'animation des projets de recherche et d'évaluation sur des programmes en cours (« prévention de la marginalisation sociale », et programme « naître égaux et grandir en santé » cité supra), cet institut a mené en 2001 une évaluation des politiques de prévention en matière de tabagisme. Il s'agissait, à partir de la littérature scientifique, de mesurer l'efficacité respective des différentes actions et le coût par fumeur ayant cessé de fumer. Il a ensuite émis des recommandations dans le cadre du plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005, comme celle qui consiste à valoriser l'appui au sevrage par les infirmières dans le cadre du projet de création des groupes de médecins de famille.

Les différents objectifs et les cibles fixés en matière d'environnement dans le programme 2003-2012¹⁸ ont été déterminés en s'appuyant sur une étude de la littérature et un argumentaire scientifique par l'INSPQ. Il existe par ailleurs un groupe de travail

¹⁷ *Conseil de la santé et du bien-être au Québec, avis pour une stratégie du Québec en santé, « décider et agir », mai 2002*

¹⁸ La diminution du nombre d'intoxications par pesticides (25%), la réduction de l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé (10%) et de la morbidité et la mortalité liées à l'asthme des 0-44 ans.

santé-environnement qui permet des relations étroites avec les autres ministères (environnement et agriculture surtout).

Les différents programmes de prévention des maladies transmissibles s'appuient sur des recherches organisées par des agences spécialisées, comme **le comité permanent de lutte contre la toxicomanie, le centre québécois de coordination sur le SIDA (CQCS), et le Conseil québécois de lutte contre le cancer**, qui pilotent également l'évaluation des programmes.

Au niveau régional et local, des actions de recherche sont menées en partenariat et sont ensuite utilisées pour l'élaboration des programmes de prévention. **Les régies régionales de la santé et des services sociaux**, instituées par la loi, existent dans chaque région du Québec. Chaque régie régionale a la possibilité d'adapter les services socio-sanitaires aux besoins locaux. Elles mènent, lorsqu'elles sont de taille suffisante, des recherches sur l'état de santé des population, comme la régie régionale de Montréal, qui a mené récemment des études sur la santé urbaine et les inégalités sociales devant la santé ou sur le vieillissement.

Outre les actions de recherche auxquelles participe l'INSPQ, celles menées par des CLSC et surtout le CLSC de Québec Haute-Ville-des Rivières, (qui est aussi un centre universitaire) avec l'université Laval, on peut aussi citer celles qui sont menées en matière de santé/environnement par le *centre hospitalier universitaire du Québec (CHUQ)* qui a créé un groupe *santé/environnement*, avec des professionnels et des chercheurs (125 personnes).

La recherche en santé publique au Danemark

L'institut national de santé publique est une agence placée auprès du Ministre de la santé chargée de mener et de suivre les recherches en santé publique : recherches sur la santé d'une part, recherches sur la prévention, la promotion de la santé et les traitements d'autre part. Cette agence, qui est aussi chargée de la formation continue des personnels de santé, dispose d'un budget important pour commanditer des recherches. Les comités et les agences nationales financent aussi des programmes de recherches dans les universités.

Le centre de recherche sur la santé environnementale, financé par le ministère de la santé, initie et coordonne des projets de recherche sur les conséquences de l'exposition à des agents biologiques, chimiques, physiques, aux conditions psychosociales, transmis par l'air, le sol, l'eau, l'alimentation, l'environnement intérieur et les conditions de travail.

2.1.1.2 La surveillance des risques est inégalement maîtrisée

Dans les trois pays, c'est la prévention des maladies transmissibles et le système des maladies à déclaration obligatoire qui a permis de renforcer le système de surveillance. Au Royaume-Uni, et au Québec, l'information est relativement centralisée et agrégée. L'organisation décentralisée du système en Finlande a pour conséquence une certaine fuite dans la collecte des données.

Au Royaume-Uni, une réflexion est en cours pour améliorer l'organisation du système de surveillance épidémiologique. Le Service de laboratoire de santé publique

(PHLS), qui dépend du NHS, emploie 3296 personnes, dispose de 47 laboratoires organisés en 8 régions et de deux têtes de réseau, le Centre de surveillance des maladies transmissibles et le Laboratoire central de la santé publique. Le Centre de surveillance des maladies transmissibles (CDS), créé en 1977, est chargé de la surveillance des maladies transmissibles et de l'information sur les maladies transmissibles ; il contribue à la formation de spécialistes en santé publique et développe quelques programmes de recherche (cf. partie 2.1.3.2).

L'exemple du Royaume-Uni est intéressant par la volonté **d'intégrer davantage les médecins généralistes à la surveillance épidémiologique et de prendre en compte leurs priorités**, plus proches de la population. Le PHLS consultait régulièrement les spécialistes de l'épidémiologie sur les maladies infectieuses prioritaires et a étendu, à partir de 1999, cette consultation aux généralistes : cette enquête permet de faire apparaître les maladies prioritaires en termes de prévalence et les progrès qui doivent être accomplis. De l'avis même du PHLS, ces enquêtes devraient être améliorées en incluant davantage de médecins généralistes, en prenant en compte les moyens financiers consacrés aux maladies identifiées comme prioritaires....Le principe d'une telle enquête est cependant à retenir en ce qu'il favorise une « orientation client » de l'organisme de surveillance sanitaire et permet de sensibiliser les spécialistes de la surveillance sanitaire et les généralistes à leurs contraintes respectives (utilisation de la recherche pour élaborer des guides de bonne pratique, des formations/sensibilisation des généralistes aux résistances aux antibiotiques).

En **Finlande**, depuis 1996, un rapport est présenté au Parlement sur l'état de santé de la population : KTL l'élabore à partir de questionnaires, d'examen cliniques et d'examen de santé sur un échantillon de 8 à 10 000 personnes.

La collecte des données pour les registres est facilitée par l'existence d'un numéro d'identité unique et personnel depuis les années 1960, qui permet de suivre le parcours d'un individu dans le système de santé et d'intégrer automatiquement les registres des hôpitaux. La collecte des statistiques dans le champ sanitaire et social est répartie entre l'office national des statistiques (enquête ménages, enquête santé annuelle, causes de mortalité), Stakes¹⁹ et KTL. Une banque d'indicateurs devrait être réalisée pour 2003 et mise sur internet. Des registres spécifiques ont été mis en place pour accompagner le suivi de certaines politiques de prévention comme les registres des infarctus, avec un contrôle qualité et des données standardisées. Cependant, des lacunes dans le système d'information existent :

- les services de soins primaires pour lesquels il n'existe pas de statistique hormis le nombre total de personnes prises en charge (projet de système d'information fondé sur un échantillon représentatif) ;
- les professionnels de santé pour lesquels les statistiques ne donnent actuellement que le nombre de diplômés ;

¹⁹ - Registre médical des naissances, registre du cancer (géré par la Cancer foundation), registre des sorties d'hôpital, registre des professionnels de santé, registre child welfare, registre des malformations congénitales, registre des avortements et stérilisations, registre des déficiences visuelles, registre de l'assistance sociale,

- statistiques PMA, statistiques sur les services de santé, sur la population active, soins aux enfants, fournisseurs privés de services sanitaires et sociaux, alcool et drogue, hôpitaux.

- la qualité des services ;
- les registres épidémiologiques (incidence, prévalence, morbidité) ;
- les dépenses de santé.

Une amélioration de ces statistiques est prévue pour 2005, notamment sur les services de santé primaires, les professionnels de santé et pour une chaîne continue des soins.

Toutefois, la décentralisation des politiques sanitaires et sociales depuis 1993 a conduit à une perte d'information sur les actions menées dans les municipalités, et notamment les actions de prévention.

Au Québec, afin de détecter les questions de santé en émergence et d'identifier les priorités, la loi de décembre 2001 attribue au ministre de la santé et des services sociaux et aux directeurs de santé publique des régions régionales la compétence exclusive en matière de surveillance de l'état de santé des populations.

Pour le ministère de la santé et des services sociaux, c'est le nouvel institut de santé publique, INSPQ, qui est désormais plus particulièrement en charge des données statistiques et épidémiologiques, concernant notamment le dépistage des cancers, et surtout le cancer du sein, les maladies pulmonaires professionnelles, la surdité professionnelle, l'ostéoporose, le VIH. Le ministère de la santé et des services sociaux gère la déclaration des maladies à déclaration obligatoire d'origine professionnelle : l'asthme professionnel et trois cancers (cancer du poumon lié à l'amiante, mésothéliome, angiosarcome du foie).

Mais chacune dans leur domaine, les agences spécialisées (comité permanent de lutte contre la toxicomanie, centre québécois de lutte contre le sida, centre québécois de lutte contre le cancer) continuent à être en charge de la surveillance.

Constatant un déficit de méthode dans la collecte des données concernant le VIH et les MST, de nombreux travaux ont été lancés en vue d'améliorer la qualité de ces données. De nouvelles dispositions viennent d'être prises pour rendre obligatoires la déclaration de l'infection par le VIH par les laboratoires et les médecins en avril 2002. Il est prévu en outre d'uniformiser le système de déclaration des MST et de l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire.

2.1.2 La diffusion des connaissances et la consultation des populations constituent une donnée importante des plans stratégiques

La diffusion des connaissances, l'élaboration de guides de bonnes pratiques sont l'une des principales missions des agences récemment créées dans les trois Etats visités.

En Finlande, la diffusion d'informations et de connaissances relève de KTL et de Stakes. Dans le domaine de la santé au travail, *l'institut finlandais de la santé au travail* forme les responsables de la sécurité et de la santé et diffuse conseils et information.

Stakes élabore, dans le cadre de « *Family planning 2002* » des guides de bonnes pratiques sur l'éducation sexuelle et l'information à la contraception, des actions de

formation pour les personnels de santé et les travailleurs sociaux. Cet institut a la charge de l'évaluation de ces actions et du suivi statistique des données. Des revues d'information grand public, destinées aux jeunes âgés de 16 ans, leur sont envoyées directement à leur nom et à leur domicile. Elles sont accompagnées d'une lettre aux parents. Financées sur le budget de l'Etat, elles contiennent des informations et des conseils en matière de contraception et de sexualité. Elles offrent aussi des références d'adresses internet et de numéros de téléphone auxquels les jeunes peuvent directement s'adresser pour recevoir des conseils et une information confidentielle.

Au **Québec**, le nouvel institut de santé publique INSPQ travaille plus particulièrement à la diffusion des connaissances sur les déterminants de la santé. En ce qui concerne les programmes de dépistage, et notamment le cancer du sein, il diffuse les guides de qualité et de bonnes pratiques concernant la qualité du matériel, des procédures et la formation des professionnels.

Le **Royaume-Uni** a particulièrement développé la diffusion des connaissances et le recours à la consultation de la population, et en a formalisé la méthode. L'utilisation d'internet est très développée. C'est notamment le rôle de l'Agence de développement de la santé qui a mis sur internet une base de données sur la promotion de la santé.

Les plans de santé publique sont élaborés en deux temps pour intégrer l'avis de la population et des personnes concernées : le projet élaboré, par un groupe d'experts réunissant des représentants de l'administration, des professionnels de santé, des universitaires et des associations, est soumis à une **large consultation** sur internet. Des consultations régionales ou ciblées sur les groupes concernés sont également organisées, avec souvent un déplacement des services du Premier ministre.

En matière d'environnement, l'information de la population, des milieux économiques et des associations constitue un élément important de la stratégie de préservation de l'environnement, et de ses conséquences sur la santé, définie dans le plan « santé environnement » du gouvernement.

Les conclusions des travaux commandés par le Ministère de la santé au « *Committee on the Medical effects of air pollution* » (COMEAP)²⁰ ont été largement diffusées auprès de la population, des milieux économiques, des associations environnementales. Elles ont été particulièrement précieuses pour quantifier les effets de la pollution sur la santé tout en notant que les effets à long terme sont mal connus mais seront sans doute plus négatifs pour la santé que ce qui est actuellement estimé.

Après son adoption par le ministre, il a été présenté au public et diffusé sur internet.

²⁰ Committee on the Medical effects of air pollution, Quantification of the effects of air Pollution on Health in United Kingdom, 1998.

Les critères des consultations écrites au Royaume-Uni

Le Code de pratique des consultations écrites, établi par le Cabinet Office (services du Premier ministre) en 2000, définit sept critères pour ces consultations publiques :

- prévoir le temps nécessaire à la consultation dès le début de la procédure ;
- indiquer clairement les personnes consultées, les questions posées, les délais et l'objectif
- le document doit être simple et concis, avec un résumé et les principales questions sur lesquelles il porte ;
- le document doit être largement diffusé, notamment par voie électronique, et signalé aux personnes concernées ;
- un minimum de 12 semaines doit être prévu pour la consultation ;
- les réponses doivent être soigneusement analysées et les résultats largement diffusés ;
- les ministères doivent piloter les consultations en désignant un coordinateur.

Le débat paraît réel avec par exemple, pour la stratégie sur la santé sexuelle, 400 réactions sur internet, six forums régionaux et des consultations avec les principales associations de lutte contre le Sida. La stratégie finale recense les principaux commentaires et tient effectivement compte des remarques, même si les inflexions apportées sont parfois mineures (par exemple, inversion de la présentation des priorités dans le plan suicide pour mettre en avant les individus et non les moyens de suicide).

Au stade du suivi et de l'évaluation, les personnes concernées sont également associées : dans la plupart des programmes de santé publique, un comité consultatif indépendant rassemble des représentants des associations, des universitaires, des professionnels de santé, des individus...et émet un avis, public, sur la mise en œuvre de la stratégie. Ainsi, pour la prévention des grossesses précoces, un groupe consultatif indépendant, formé de 29 personnes, est chargé d'établir un rapport annuel. L'indemnisation des membres du groupe est prévue avec une indemnité journalière de £111 (175 €) pour assister aux réunions et un remboursement des frais de transport.

Au niveau local, la plupart des programmes associe des représentants des usagers : ainsi les centres *Sure Start* comportent un conseil d'administration avec une représentation tripartite des services sanitaires et sociaux, des associations et des parents, élus pour deux ans. La mobilisation des parents s'avèrent cependant délicate et la question de leur représentativité se pose. La constitution de panels d'usagers locaux dans les *primary care trusts* s'accompagne d'une réflexion sur leur formation : un PCT de la banlieue de Londres diffuse ainsi une publicité pour former quatre personnes à raison de quatre matinées sur un mois.

Les actions en faveur des toxicomanes, comme celles du centre Margarete de Londres, associent un travail social à une politique de réduction des risques : des représentants des usagers, sélectionnés par des médecins, participent à des réunions mensuelles de direction.

Au Québec, un projet récent contenu dans le programme de santé publique 2003/2012 prévoit d'organiser des **forums de la population** pour contribuer à la prise en compte du point de vue de la population dans l'organisation des services des régies régionales, et devant lequel la régie rend compte de son fonctionnement. Composé de 15 à 20 membres désignés par le conseil d'administration, il reflète les différentes

communautés linguistiques, culturelles et ethniques, les particularités socio-économiques de la région, la répartition de chaque classe d'âge et respecte bien sûr la parité entre les femmes et les hommes.

Afin de connaître les attentes et les réactions de la population du ressort de la régie, le forum pourra procéder à des consultations sous la forme de sondages, d'auditions, de jurys ou panels de citoyens, de référendums, de conférences de consensus.

L'intérêt de ce mode d'organisation au niveau régional est que chaque région peut ainsi développer un mode d'organisation qui lui soit propre, en tenant compte des caractéristiques de sa population, de sa géographie, de ses caractéristiques socio-économiques et culturelles.

Au plan local, les CLSC associent la population au fonctionnement du centre. Des élections permettent à la population de désigner leurs représentants dans les conseils d'administration, mais la participation dépasse rarement 10%. Une partie des conseils d'administration est en outre ouverte aux usagers. Comme au Royaume-Uni, reste posée la question de leur représentativité réelle. Aucune formation, ni rémunération ne sont prévues.

2.1.3 Des agences dédiées à la santé publique sont en charge de la prévention et permettent de regrouper les compétences administratives

2.1.3.1. Les agences de santé publiques ont toutes une mission de prévention

La Finlande, comme le Royaume-Uni ou le Québec, ont réorganisé leur système de santé ces dernières années, ce qui a permis, même si ce n'était pas l'objectif initial, de renforcer l'approche de santé publique. Ces pays ont choisi de confirmer le rôle de pilote stratégique des ministères de la santé, et de les doter d'un réseau d'agences de santé publiques, soit en modernisant des instituts anciens, soit en procédant à des créations ex nihilo.

Le système de santé du Québec est organisé en réseau. Le ministère de la santé et des services sociaux a, depuis la création en 1998 de l'institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un rôle de pilotage stratégique. Composé de 700 ETP, il élabore les objectifs, les orientations et les priorités du ministère.

La création de l'INSPQ a permis une réelle coordination de l'expertise publique au Québec : offrant des services d'assistance et de conseil, pilotant des recherches et des évaluations, il travaille particulièrement à la transmission et à la diffusion des connaissances sur les déterminants de la santé²¹. Conçu pour travailler comme une tête de réseau, il éprouve néanmoins encore des difficultés à trouver sa place à l'intérieur du système de santé. En matière de recherche, ne disposant pas de budget propre, il ne peut pour l'instant qu'être associé de loin aux recherches menées tant par les universités que par la puissante régie régionale de Montréal.

²¹ Doté d'un budget de fonctionnement de 21M\$ (14 M€), il dispose de 296 ETP, auxquels s'ajoutent 37 ETP médecins rémunérés par la régie d'assurance maladie du Québec.

Comme en France, deux organismes conseillent le ministre de la santé sur le SIDA et la lutte contre la toxicomanie. **Le comité permanent de lutte contre la toxicomanie** travaille à la fois sur les orientations et les priorités d'intervention. Il est compétent sur les questions d'évaluation et de recherche, en concertation avec le centre québécois de coordination sur le SIDA.

Créé en 1989, **le centre québécois de coordination sur le SIDA (CQCS)** est compétent pour toutes les actions en matière de prévention, de soins et de services, pour le VIH, les MST et l'hépatite C. Il donne des orientations aux régies régionales, qui organisent les services, et attribue des subventions aux associations. Le CQCS pilote et finance les campagnes nationales d'information et de prévention sur ces sujets, à l'aide d'un budget de 20M\$ par an, stabilisé sur une période de 5 ans. Il en délègue plus de la moitié aux régies régionales (12M\$, qui jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le SIDA).

Le Conseil québécois de lutte contre le cancer assure le transfert des connaissances nécessaires à la qualité des interventions et à l'organisation des services. Formé d'intervenants professionnels, de chercheurs et d'administrateurs, le conseil donne des avis au ministre de la santé et des services sociaux.

Le ministère de la santé et des services sociaux assure un rôle de coordination pour la santé au travail avec une équipe réduite (2,5 ETP) Des réunions de concertation ont lieu au niveau régional et national entre d'une part le ministère et les régies et d'autre part la CSST et les associations sectorielles paritaires ; elles permettent de définir et de suivre des programmes concertés au niveau régional et national qui sont essentiellement des dépistages ciblés.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail couvre environ 180 000 entreprises et 2,8 M de travailleurs ; elle dispose de près de 4 000 employés. Son conseil d'administration est composé de 15 membres nommés par le gouvernement avec sept représentants des employeurs et sept représentants des travailleurs. La CSST dispose de 250 inspecteurs et d'une centaine de professionnels chargés d'accompagner les programmes de prévention : environ 400 personnes sont ainsi engagées dans la prévention des accidents et maladies professionnelles. Sur un budget global de 1,6 Mds € (2,5 Mds \$), le budget de prévention de la CSST est estimé à 65,7 M€ (102,9 M\$) en 2002.

En Finlande, le ministère des affaires sociales et de la santé s'appuie sur des agences de santé publique dotées de moyens importants. Des contrats d'objectifs sont conclus tous les quatre ans entre le ministères et ses agences ; ils sont déclinés ensuite dans des accords annuels.

L'Institut national de la santé publique (KTL) mène des recherches sur les maladies et leur prévention, assure la surveillance des maladies transmissibles, garantit la disponibilité des vaccins, collecte des informations sur les comportements de santé et les effets des actions de promotion de la santé. Doté d'un budget de 50 M€ (dont la moitié vient de l'Etat et l'autre de subventions européennes, universités, industries), il emploie environ 1 000 personnes et travaille en étroite collaboration avec le ministère des affaires sociales et les universités. L'Institut compte trois secteurs : le contrôle des

maladies infectieuses qui représente 40% de son budget, le contrôle des maladies chroniques (cardiovasculaires, cancer, diabète, santé mentale...) pour 45% du budget et la santé-environnement pour 15% du budget.

Le centre national de recherche et développement pour la santé et la protection sociale (Stakes) pilote et évalue les activités dans ce domaine, conduit des programmes de recherche et développement et apporte son soutien aux municipalités. Créé en 1992, Stakes est l'héritier d'un comité national de la santé chargé du contrôle des professions médicales et d'un comité national de la sécurité sociale : ses missions principales sont l'évaluation dans le domaine sanitaire et social, la diffusion d'information, la tenue de registres et statistiques, la recherche ; les rôles de promotion de l'éducation et de proposition ou initiatives sont moins développés. Stakes dispose d'un budget de 30 M€ (20 M€ apportés par l'Etat et le reste par des services) et de 450 salariés (dont 300 permanents et 20% de doctorants). 60% du personnel mène des recherches à dominante sociale et 40% dans le secteur de la santé²². Un comité de supervision réunit des représentants des municipalités, du Parlement et du ministère des affaires sociales et de la santé. Outre une unité internationale financée par des fonds européens ou de développement, Stakes compte trois divisions : services sociaux et sanitaires, promotion du bien-être et de la santé, information.

L'Institut finlandais de la santé au travail mène des recherches, forme les responsables de la santé et sécurité, diffuse des conseils et informations. Il dispose de 800 salariés et de 6 instituts régionaux avec un budget de 58,8 M€ en 2002 financé par l'Etat à 80%.

2.1.3.2. Le Royaume-Uni a créé de nouvelles agences chargées de la prévention dans le cadre de la réorganisation de son système de santé

Le système de santé du Royaume-Uni est en cours de réorganisation : réforme du NHS, création de l'Agence de développement de la santé en 1999, projets de création d'une Commission d'audit et d'inspection en santé et d'une Agence nationale de protection de la santé pour la surveillance des maladies transmissibles.

Le Royaume-Uni envisage une réorganisation de cette surveillance en créant une **Agence nationale de protection de la santé** (*National infection control and health protection*) qui rassemblera, à partir de 2003, le PHLS et trois autres organismes de surveillance des risques chimiques, des radiations et des crises sanitaires²³. La sécurité alimentaire resterait de la compétence de la Food standards agency créée en 2000. Cette réforme a été proposée dans le rapport du Chief Medical Officer pour renforcer la prévention des maladies infectieuses (« *Getting ahead of the curve* »). Elle est en partie une réponse à la réorganisation du NHS, qui comporte un risque de dispersion des compétences de santé publique entre les 350 *primary care trusts*. Le système de surveillance des maladies infectieuses devrait être renforcé en intégrant les informations provenant de la surveillance de l'environnement et des animaux. La crise de la « vache

²² Des médecins mais aussi des sociologues, économistes, architectes....composent le personnel de Stakes.

²³ National radiological protection board, Centre for applied microbiology and research, National focus for chemical incidents.

folle »²⁴ a en effet révélé les enjeux d'une approche intégrée de la surveillance des risques et incité à prendre en compte la communication dans la gestion du risque (cf. rapport du Lord Justice Phillip en 2000). Le Chief Medical officer propose la mise en place d'un panel d'experts chargé d'évaluer les nouveaux risques d'infection.

Annoncée dans le livre blanc de 1999, l'**Agence de développement de la santé (Health development agency)** s'est substituée en 2000 à l'**autorité de l'éducation en santé** avec pour objectifs de développer une base d'information sur les politiques de prévention et les bonnes pratiques, de produire des standards de qualité et de développer l'information en direction des professionnels de la santé publique. Dotée d'un budget de £12,4 M (19,6 M€), cette agence emploie environ 120 personnes et dispose d'antennes régionales. Elle a lancé en 2001 une base internet (*Evidence base*) sur les politiques de promotion de la santé et leur efficacité. L'Agence est également le pilote du programme des « *healthy schools* » et a mis en place un standard pour soutenir les initiatives des enseignants et coordinateurs locaux. Elle intervient dans la redéfinition des programmes de formation des professionnels de la santé publique et diffuse à plus de 7 000 d'entre eux un bimensuel sur la promotion de la santé. En matière de santé au travail, elle appuie l'élaboration des plans santé des entreprises et forme les responsables aux questions de santé.

L'un des enjeux de l'évaluation de la santé publique est de veiller à ce que ce champ fasse l'objet d'autant d'investissement que l'évaluation des soins et soit menée conjointement. Les autorités britanniques ont annoncé la création d'une **Commission d'audit et d'inspection en santé** qui regrouperait en 2003 la **Commission pour l'amélioration de la santé** (contrôle de la qualité des soins cliniques) et une partie de l'Audit Commission en charge de l'évaluation des services médicaux. Une commission d'audit et d'inspection équivalente va être créée pour les services sociaux et devra travailler avec la commission spécialisée en santé. La HDA comme le Chief Medical Officer sont favorables à cette intégration de l'évaluation des soins et de la prévention, condition pour que l'attention du public et les priorités politiques ne soient pas uniquement focalisées sur le secteur des soins.

2.2 Une mise en œuvre locale dans le cadre d'objectifs nationaux

2.2.1 Des objectifs et des cibles chiffrés sont définis précisément au niveau national

La politique de prévention sanitaire de la Finlande, du Royaume-Uni et du Québec s'intègre dans des plan stratégiques définis au niveau national, assortis d'échéancier et d'objectifs chiffrés. Ces plan stratégiques s'appuient sur des programmes ciblés sur des populations ou des pathologies.

Au **Royaume-Uni**, la stratégie de santé publique n'est pas seulement celle du ministre de la santé, mais celle du Gouvernement et du Premier ministre. Dans le cadre de l'objectif général d'amélioration de la santé de l'ensemble de la population et de la réduction des inégalités de santé, un objectif national de moyen terme de réduction, d'ici 2010, des décès prématurés de 300 000 a été annoncé.

²⁴ En octobre 2001, 101 personnes sont décédées d'une variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Quatre domaines font l'objet de cibles chiffrées, avec des objectifs intermédiaires : réduire pour les moins de 75 ans, de 20% la mortalité par cancer et de 40% la mortalité par maladies cardio-vasculaires, réduire de 20% la mortalité par accident et de 10% les blessures graves, et de 20% les suicides et accidents non déterminés.

Le contrat de service public conclu entre le ministère de la santé et le ministère des finances formalise quatre objectifs pour la période 2001-2004. Ces objectifs (réduire les taux de mortalité précoce et les inégalités de santé, améliorer les délais d'attente, veiller à la qualité de la prise en charge des personnes âgées, des enfants et des toxicomanes²⁵, améliorer l'accessibilité aux soins) concernent essentiellement le fonctionnement du système de soins, mais l'efficacité de la politique de prévention dépend de leur mise en œuvre.

Au sein du ministère de la santé, plusieurs plans stratégiques de prévention ont été développés depuis 1999, en associant à la fois un volet préventif et curatif, avec un objectif de moyen terme (2010) et des objectifs intermédiaires en 2005. Parmi ces plans, on peut citer :

- un cadre national des services pour les maladies cardio-vasculaires
- un plan national de lutte contre le cancer dont un programme national de dépistage (septembre 2000)
- une stratégie nationale de prévention des grossesses précoces (1999)
- un programme *Sure Start* pour la santé des enfants dans les zones défavorisées (1999)
- une stratégie nationale pour la santé sexuelle et le VIH (2001)
- une stratégie nationale de prévention du suicide (2002).

Un plan est en cours d'élaboration sur la prévention des dommages causés par l'abus d'alcool (cf. partie 3.4).

Ces cibles sont établies en fonction des tendances observées et ne sont pas forcément très ambitieuses. Le réalisme est privilégié et les indicateurs retenus sont très précisément définis (source, périmètre, année de référence) : la stratégie en matière de grossesses précoces vise à réduire de moitié le taux de grossesse des moins de 18 ans en 2010 ; le programme *Sure Start* fixe un objectif de réduction de 10% du taux de femmes enceintes qui fument.

Il est intéressant de noter que les objectifs ont été fixés de manière réaliste (en ce sens, leur référence à la recherche scientifique est particulièrement utile) assortis d'objectifs intermédiaires permettant de revoir si nécessaire la stratégie en cours.

En revanche, il semble, d'ores et déjà que le trop grand nombre de plans annoncés nuit à la crédibilité de l'ensemble de la stratégie.

Dès 1992, le Québec avait fixé un certain nombre d'objectifs pour réduire sur 10 ans les problèmes de santé. Les orientations définies s'inscrivaient dans cinq champs d'activité : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale, l'intégration sociale. Certaines, mais pas toutes, étaient assorties d'objectifs chiffrés pour

²⁵ Développement des programmes de sevrage.

les 10 ans : réduire de 15% le taux de mortalité dû au cancer, de 20% la mortalité et la morbidité liée aux traumatismes et accidents (de la route, domestiques, activités récréatives et sportives), de 30% le taux de mortalité dû aux maladies cardio-vasculaires, de 10% l'incidence des maladies respiratoires ou le taux de suicide. La réduction de la consommation d'alcool ou l'amélioration de la santé mentale n'étaient pas assorties d'objectifs chiffrés.

Ces objectifs ont été en quasi totalité (cancer, traumatismes, incidence du SIDA) ou en partie atteints (maladies cardio-vasculaires, mortalité due au SIDA, santé dentaire). Ils continuent à être inscrits dans les priorités de santé publique 1997-2002 et dans le nouveau programme 2003/2012. Ce dernier programme s'appuie sur le plan de la santé et des services sociaux du ministre de la santé du Québec, « *pour faire les bons choix* ».

D'ici 2005, le « virage de la prévention » doit être pris en l'orientant vers les déterminants de la santé. Pour la première fois au Québec, la prévention est isolée comme une modalité d'action. Il est préconisé de diffuser dans tous les foyers de la province des informations sur les moyens à prendre pour rester en bonne santé, pour offrir plus de services préventifs dans le réseau, et pour soutenir l'action du milieu scolaire, des centres de petite enfance, des municipalités en matière de prévention

En **Finlande**, la **nouvelle stratégie de santé publique « santé 2015 »** fixe 8 cibles et 36 engagements du gouvernement : il s'agit d'un cadre général de coopération entre les différents acteurs de la promotion de la santé ; des programmes d'action concrets seront ensuite définis. Un budget supplémentaire de 0,4 M€ (2,5 M FIM) est prévu pour financer les travaux d'accompagnement et d'évaluation. Le plan santé 2015 a été tiré à 10 000 exemplaires et adressé aux municipalités, hôpitaux, centres de santé, universités et écoles.

Parmi les 8 cibles, 5 visent des catégories d'âge et 3 l'ensemble de la population. Les objectifs ciblés par âge visent à améliorer la santé et le bien-être des enfants, à réduire le tabagisme des jeunes avec moins de 15% des 16-18 ans qui fument et limiter la progression de la consommation de drogues et alcool, à réduire d'un tiers les morts violentes et accidentelles des jeunes hommes, à améliorer la santé des salariés pour repousser l'âge de la retraite de trois ans et à améliorer la santé et l'autonomie des plus de 75 ans .

Les objectifs pour l'ensemble de la population consistent à allonger l'espérance de vie en bonne santé de deux ans, maintenir le niveau de satisfaction des Finlandais vis à vis de leur système de santé et la proportion de personnes qui s'estiment en bonne santé et réduire de 20% les différences de mortalité entre les sexes, les niveaux d'éducation et les groupes professionnels.

Pour chaque objectif, un indicateur est défini et un graphique présenté avec les valeurs constatées depuis les années 1980 et la cible visée en 2015 (pour la santé au travail, la cible est le recul de l'âge effectif de départ à la retraite mais d'autres indicateurs devraient être définis dans l'avenir). Il est intéressant de noter la fixation de cibles plus subjectives sur les perceptions du public : l'un des huit objectifs consiste à « maintenir le niveau de satisfaction des Finlandais vis à vis de leur système de santé et la proportion de personnes qui s'estiment en bonne santé ». Le comité de la santé

publique a créé des sous-comités chargés du suivi des objectifs et notamment de la définition plus précise de certains indicateurs.

Dans les trois Etats décrits, la construction de la stratégie inclut une démarche de prévention. Dans un domaine qui est très dépendant des comportements et des déterminants sociaux, il est important que dans tous les cas des objectifs réalistes aient été choisis, assortis d'objectifs à moyen terme (Royaume-Uni) et d'engagements de financements sur une certaine durée (Royaume-Uni, Québec).

La multiplication des cibles et des plans risque en revanche de rendre moins claire la stratégie générale et d'en limiter les possibilités d'évaluation.

L'Italie s'est dotée en 2002 d'un plan sanitaire national qui, tout en respectant l'autonomie des régions en matière de programmation sanitaire, recommande expressément de définir des objectifs communs dans le domaine de la santé et en particulier dans celui de la prévention, établis à partir de profils épidémiologiques communs à tous les niveaux régionaux.

Le service sanitaire national repose sur une structure à trois niveaux, national, régional et local. C'est le ministère de la santé qui est chargé de la programmation et de la définition des objectifs en matière de promotion de la santé.

Pour chaque objectif sont établies des cibles à atteindre et les actions à privilégier pour y parvenir, avec lorsque c'est possible, des objectifs chiffrés. Exemple : *objectif n°1* : promotion de styles de vie salutaires, *actions* : alimentation, tabac, alcool, *objectifs chiffrés* : réduction à moins 10% de la quantité énergétique dérivant du sucre dans l'apport calorique quotidien, 0% femmes enceintes fumeuses, réduction de 20% des consommateurs qui dépassent 40gr/jour d'alcool pour les hommes et 20gr/jour pour les femmes.

En Belgique, ce sont les communautés qui sont en charge de la prévention sanitaire. La communauté française s'est doté d'un programme quinquennal, définissant la stratégie, les problèmes de santé prioritaires, les cibles de population, les critères de qualité des programmes de recherche et la qualité de l'évaluation. Le premier plan adopté par la communauté française couvre la période 1998-2003, et il est décliné tous les ans avec les stratégies prioritaires de l'année à venir. Le système de prévention sanitaire de la communauté flamande s'appuie sur les recommandations d'une conférence de santé à laquelle participe de nombreux experts, des représentants de l'administration et des associations de consommateurs. Les objectifs ainsi définis doivent intégrer le coût financier global, un échéancier, et définir les indicateurs nécessaires à l'évaluation, qui est faite par des experts indépendants. Le projet est déposé au Parlement.

2.2.2 La mise en œuvre est locale, décentralisée en Finlande, déconcentrée au Royaume-Uni et au Québec

L'organisation du système de santé s'appuie, dans les trois Etats considérés, sur une mise en œuvre locale. La **Finlande** a décentralisé ses actions de soins et de prévention, le **Royaume-Uni** et le **Québec** ont privilégié une déconcentration administrative.

2.2.2.1 La Finlande, exemple de mise en œuvre d'une politique de prévention décentralisée

En **Finlande**, à sa création dans les années 1960, le National Health Insurance (NHI) ne prenait pas en compte la promotion de la santé et les actions de prévention telles que la vaccination. En **1972, le Primary Care Act** a obligé les municipalités à

fournir dans des centres de santé (health centres) les soins primaires mais aussi des services de santé publique et de prévention : surveillance épidémiologique et promotion de la santé, services de contraception, de dépistage, médecine du travail, médecine scolaire.

En 1993, une réforme du financement du système de santé a modifié les conditions d'octroi des subventions de l'Etat aux municipalités pour prendre en compte des critères de démographie et besoins sanitaires (nombre d'habitants, structure par âge, morbidité)²⁶. Les hôpitaux sont financés par les municipalités en fonction des services consommés par les habitants.

Les politiques de santé et les politiques sociales sont traitées par le même ministère et les deux approches intégrées dans les services. Mais la plupart des responsabilités de mise en œuvre incombent aux 448 municipalités. La loi fixe les orientations de la politique de santé sans spécifier l'étendue et l'organisation des services que les municipalités doivent mettre en place.

En 2000, 48% des dépenses de santé étaient financées par les 448 municipalités. Les services de santé organisés par les municipalités représentent 2/3 des dépenses de santé.

75% des **municipalités** ont moins de 10 000 habitants et 20% moins de 2 000. Elles consacrent la moitié de leur budget aux services sanitaires et sociaux (un quart aux seuls services de santé). Pour améliorer la coordination entre les services sociaux et de santé, beaucoup de municipalités (38% en 1999) ont fusionné les deux comités en charge de ces politiques.

Il existe **278 centres de santé**²⁷ en Finlande, chaque médecin couvrant une population comprise entre 1500 et 2000 personnes. Ils emploient des généralistes, parfois des spécialistes, des infirmières, des infirmières de santé publique, des sages femmes, des travailleurs sociaux, des dentistes, des kinésithérapeutes, psychologues et du personnel administratif. La moitié des médecins a une spécialisation en médecine générale, ce qui n'est pas obligatoire. Les centres fournissent des services de soins, de prévention (dont santé au travail) et sont équipés d'équipements de radiologie ou de laboratoires ; ils disposent de 30 à 60 lits, essentiellement pour les personnes âgées.

Les municipalités ont une grande autonomie dans le choix des services, notamment de prévention, qu'elles offrent. L'Etat central fixe quelques obligations comme les services des cliniques maternelles et infantiles et assure le financement des vaccins dans le cadre d'un programme national d'immunisation. Parmi les services de dépistage obligatoirement proposés sur l'ensemble du territoire²⁸, figurent le dépistage du cancer de l'utérus pour les femmes de 30 à 60 ans et le dépistage du cancer du sein pour toutes les femmes de 50 à 59 ans : certaines municipalités offrent ce dépistage dès 45 ans ou jusqu'à 70 ans mais ce n'est pas une obligation pour elles. Il semble que les femmes qui se situent en dehors de ces tranches d'âge peuvent être amenées à assumer

²⁶ Aucun indicateur de promotion de la santé n'est cependant pris en compte.

²⁷ Dont 72 sont gérés par un regroupement de municipalités.

²⁸ Les municipalités achètent souvent ces services à des fournisseurs de soins privés.

elles-mêmes le coût du dépistage si les municipalités n'ont pas prévu de financer au-delà du cadre prévu.

Certaines municipalités ont mis en place des stratégies globales de promotion de la santé en désignant un coordonnateur veillant à la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques (alcool, toxicomanie). Un tel responsable n'existe que dans 4 à 5 villes de Finlande.

Le ministère de la santé dispose de services déconcentrés dans ses 5 provinces, mais leur rôle est actuellement limité. Les évaluations tant externes qu'internes montrent un manque de coordination entre les politiques menées par les municipalités. Cette constatation pourrait avoir pour conséquence de renforcer le rôle des services déconcentrés.

2.2.2.2 La déconcentration administrative est bien avancée au Royaume-Uni et au Québec, et permet à l'administration centrale de jouer un rôle de coordination

Au **Québec**, la mise en œuvre locale relève, sous la coordination des régies régionales, des services de premier recours. La médecine de premier recours est assurée à la fois par les cabinets privés de médecins, par les CLSC, par les services externes et les services d'urgence des établissements hospitaliers.

Les CLSC regroupent la médecine de première ligne et les services sociaux. Ils ont pour mission d'offrir des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive et curative : la prévention est en fait intégrée dans toutes les actions du CLSC.

Ils proposent aussi en général des services de clinique médicale, des cours prénataux et postnataux, et offrent des services pour le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées. Les services de santé au travail sont fournis localement par le réseau de la santé publique (CLSC): la mission de ces services de santé des CLSC consiste à évaluer les risques pour la santé et informer les travailleurs des moyens de protection en élaborant des programmes de prévention dans les entreprises des secteurs prioritaires. Elle a aussi pour objet de surveiller l'environnement des lieux de travail à dépister et prévenir les problèmes de santé qui pourraient être provoqués ou aggravés par les risques professionnels, de mettre en place un service de premiers soins et premiers secours et de faciliter l'affectation des travailleurs à des tâches qui respectent leur santé en déterminant les caractéristiques physiques du travailleur par rapport au travail exécuté.

Les régies régionales reçoivent un budget de la CSST (56 M\$ par an soit environ 36 M€) pour financer des services de santé dans les CLSC et une équipe régionale de soutien en santé au travail.

Les CLSC sont particulièrement impliqués dans des programmes de prévention comme le **soutien aux jeunes parents** (moins de 20 ans). Ce programme a été lancé en septembre 2002 dans 17 CLSC et devrait être généralisé en 2003. Chaque région bénéficie d'un budget équivalent à 2 871 € par mère de moins de 20 ans et d'un budget de soutien à l'implantation de 44 660 €

Un comité consultatif réunit le ministère de la santé, le ministère de l'éducation, le ministère de la famille et de l'enfance, le ministère de l'emploi, l'INSPQ, des représentants des CLSC, des centres jeunesse et des organismes communautaires. Un responsable est désigné dans chaque région pour la mise en œuvre de ce programme. La visite à domicile est l'axe central du suivi individuel : elle est assurée par une intervenante rattachée au CLSC à raison de 12 visites au moins avant la naissance de l'enfant et d'une visite par semaine au cours des 3 premiers mois puis toutes les 2 semaines jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Une équipe pluridisciplinaire soutient cette intervenante, infirmière ou travailleuse social. Sur un budget global de 0,7 M€ 5% sont réservés à la formation des professionnels et 5% à l'évaluation. Une évaluation du fonctionnement de ce programme dans les 17 CLSC sera faite avant généralisation.

Parmi les propositions de réforme du système de santé, le rapport Clair préconise de regrouper au sein d'une même instance territoriale le CLSC, le centre d'hébergement et de soins de longue durée et l'hôpital local, avec un conseil d'administration responsable de la gestion des services de première ligne incluant une proportion de membres élus par la population.

Au Royaume-Uni, la réforme du NHS a accru la marge de manœuvre au plan local des nouveaux *Primary Care trust*, qui peuvent adapter les priorités nationales aux situations locales. Mais la santé publique devra être intégrée dans le système de performance apprécié par les 28 *Strategic health authorities* : chaque PCT devra ainsi fixer des cibles sur des priorités arrêtées au plan national (nombre de personnes qui cessent de fumer, baisse du taux de grossesses précoces). La plupart des programmes de prévention prévoient la désignation d'un coordonnateur et la définition d'une stratégie au plan local. Le pilotage au niveau national reste essentiel. C'est ainsi que le dépistage du cancer du sein est suivi au niveau national par une coordonnatrice, qui veille à la coordination des procédures, de la formation, de la qualité du matériel et des bonnes pratiques.

La mise en œuvre des politiques de prévention au niveau local est particulièrement développée dans les zones défavorisées, avec une approche à la fois sanitaire et sociale.

Lancé en 2000, le programme des *healthy living centres* doit notamment soutenir des actions de promotion de la santé axées sur des thèmes très divers comme la nutrition et le développement de l'activité physique, mais aussi la prévention du VIH ou des grossesses précoces. Il touche déjà 20% de la population, chaque *healthy living centre* pouvant sélectionner les projets qui lui semblent le mieux adapter aux caractéristiques locales. Les projets sont élaborés en partenariat avec les associations locales et le *primary care trust*, regroupés dans un comité de pilotage.

Le programme bénéficie d'un financement assuré pour 5 ans de 475 MA en provenance du NOF²⁹, chaque centre recevant en moyenne 1,2 M€ et devant trouver des co-financements, avec l'objectif de s'autofinancer au terme des 5 ans. Une évaluation est prévue à mi-parcours par le ministère de la santé, avec le concours de

²⁹ New opportunities funds : ils financent, avec les fonds de la loterie, des projets dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'environnement

plusieurs universités, de la London school et du Medical research concil. Les centres doivent prévoir une évaluation de leurs action en continu.

Cet exemple montre que pour faciliter la mise en œuvre d'une politique de prévention, il faut donner suffisamment de temps au projet (5ans) pour faire la preuve de son efficacité, et cibler l'action sur des populations qui échappent souvent au système de soins (populations des zones géographiquement et socialement défavorisées et minorités ethniques).

L'organisation et la prévention au Danemark et aux Pays-Bas

Au Danemark, l'organisation de la prévention permet de concilier libertés locales et priorités nationales. La promotion de la santé, la prévention, les soins primaires et le fonctionnement des hôpitaux sont décentralisés depuis trente ans au niveau des comtés, qui les comtés organisent librement les services de prévention, en associant les municipalités aux actions de prévention pour en renforcer l'approche sociale.

Lorsque le Danemark a constaté il y quelques années que les résultats sanitaires se dégradait, une série de réformes a été engagée. L'agence nationale de santé publique, agence indépendante chargée de la surveillance de la santé, joue un rôle de conseil tant auprès de l'Etat que des collectivités locales ; a vu ses moyens renforcés. Elle anime sur chacun des grands thèmes de prévention de la santé (alcool, tabac, activité physique..) un réseau de correspondants dans les comtés chargés de la mise en place locale de ces actions. Elle s'assure de la qualité de l'évaluation des actions menées localement, qu'elle finance parfois comme la récente évaluation menée sur les actions des comtés destinées à aider les fumeurs à cesser de fumer.

Les comtés ont l'obligation légale de faire un rapport tous les 4 ans sur leurs actions dans le domaine de la santé, y compris la prévention, et de présenter un plan d'action pour les prochaines années. Ces plans sont publics, et peuvent être accompagnés de l'avis de l'agence nationale de santé publique.

Aux **Pays-Bas**, la loi pour la prévention de 1989 a délégué aux autorités locales la responsabilité de la politique de prévention. L'implication inégale des autorités locales dans ces politiques a entraîné un certain nombre d'inégalités au sein de la population dans le niveau des services offerts. Le ministère de la santé s'est appuyé en 1998 sur une commission publique, la « plate-forme publique de santé », qui a recommandé que le ministère de la santé définisse les orientations et les éléments principaux qui devaient être repris dans l'ensemble du pays, et que les autorités locales présentent tous les ans le bilan des politiques de prévention mises en œuvre.

2.2.2.3. Les associations sont très impliquées dans la définition, l'élaboration et la mise en œuvre des actions de prévention

Comme dans tous les pays développées, les associations de malades du SIDA sont particulièrement actives, surtout au Québec et au Royaume-Uni.

Au **Royaume-Uni**, les associations participent en particulier à la mise en œuvre des projets des *healthy living centres*, ou à la définition des stratégies locales de réduction des grossesses précoces en partenariat avec les services sociaux. La prévention du VIH s'appuie, au plan local, sur un travail en partenariat avec d'une part la communauté homosexuelle masculine, et d'autre part avec la communauté africaine.

Les associations s'impliquent de manière inégale au **Québec** dans la définition des actions menées localement, mais le gouvernement du Québec espère les mobiliser davantage au niveau des régies régionales avec la création des forums de la population.

La **Finlande** s'appuie aussi beaucoup, au niveau des municipalités, sur les associations d'anciens alcooliques. Au niveau national, de nombreuses campagnes d'information sont réalisées par des associations³⁰.

Un collectif d'ONG, *le centre finlandais de promotion de la santé*, représentant environ 2 millions de membres, est l'interlocuteur privilégié du ministère de la santé et pilote la procédure de distribution des subventions de l'Etat à des projets pour la promotion de la santé : une soixantaine de projets bénéficient de 1,2 M€ auxquels s'ajoutent, comme au Royaume-Uni, des ressources tirées du produit des machines à sous (environ 20% des ressources des ONG).

2.3 Des interrogations sur les moyens de la prévention

Plusieurs évolutions ou interrogations convergent dans les trois pays sur le rôle des acteurs de la prévention, la nature des outils privilégiés (entre information, incitation financière, réglementation...) et le financement des politiques de prévention.

2.3.1 *la diversification des métiers de la prévention se développe*

Le nombre de professionnels impliqués dans la prévention et la promotion de la santé n'est identifié dans aucun des trois pays. On constate une réflexion convergente sur leur profil : le rôle de l'infirmière est valorisé dans le cadre de cabinets médicaux de groupe ; simultanément, plusieurs pays s'efforcent de développer des carrières de santé publique non réservées aux professionnels de santé, ce qui suppose un effort de formation important.

2.3.1.1 *Plus que sur le généraliste, l'accent mis sur le rôle de l'infirmière en matière de prévention*

L'exemple du Royaume Uni montre que même dans un système de santé où le médecin généraliste joue un rôle de pivot, son implication dans la politique de prévention ne va pas de soi. En 1990, des **incitations financières ont été créées pour les médecins généralistes qui s'engageaient dans des actions de promotion de la santé ; ses effets sont mitigés**. La rémunération des médecins généralistes inclut des forfaits pour les actions de santé publique telles que la vaccination, la promotion de la santé et la gestion des maladies chroniques (diabète, asthme). La quasi totalité des médecins est engagée dans ce type d'actions :

- la promotion de l'éducation à la santé est rémunérée à hauteur de £2 740 (4 330 €) par an pour les généralistes³¹,
- £475 (750 €) pour le suivi des malades du diabète et de l'asthme (95% des médecins),

³⁰ une campagne de prévention du tabagisme des jeunes vient d'être réalisée par la cancer society ;

³¹ Les généralistes anglais touchent en moyenne un revenu net de 56 510 livres par an (janvier 2002).

- une partie de la rémunération est fonction de la population couverte pour la vaccination des enfants³² et le suivi gynécologique (97% à 99% des médecins bénéficient de cette rémunération en 2000 et 70% ont dépassé le seuil ouvrant la rémunération la plus élevée).

Ces incitations financières ont permis de développer les services de prévention et de promotion de la santé. Elles auraient été très efficaces pour sensibiliser les médecins généralistes à une approche en termes de population et améliorer les taux de couverture vaccinale³³. Il importe toutefois de veiller à ce que l'incitation financière du médecin ne conduise à une pression sur le patient et un moindre respect de ses choix, comme le suggère l'exemple donné à la mission du dépistage du cancer de l'utérus. En revanche, les autres incitations financières pour mettre en place des consultations de promotion de la santé³⁴ se sont avérées peu efficaces ; comme il est plus difficile d'inciter les personnes des milieux défavorisés à entreprendre des mesures de prévention, les médecins dans les zones défavorisées bénéficiaient relativement moins d'un mécanisme financier conçu pour l'ensemble de la population.

Une négociation est en cours pour modifier le mode de rémunération des généralistes : le cabinet médical serait rémunéré en distinguant trois types de services, les « services essentiels » qui correspondent aux soins, les « services additionnels » qui sont les actions de prévention et restent optionnels, les actions de modernisation ou de formation dans le cadre du cabinet.

Une réflexion sur la répartition des compétences entre professionnels de santé, notamment entre généraliste et infirmière se développe, au Royaume-Uni comme au Québec. Au Royaume-Uni, le nombre d'infirmières exerçant dans un cabinet de généraliste a été multiplié par plus de quatre entre 1985 et 1995 alors que les effectifs d'autres personnels de soutien doublient et que le nombre de généralistes n'augmentait que de 11%. Une enquête du ministère de la santé britannique souligne dès 1993 le rôle déterminant pris par les infirmières dans le dépistage, la vaccination et les autres actions de promotion de la santé. Amplifiant ce mouvement, le rapport Wanless préconise une révision du partage de compétences entre professionnels de santé, avec un transfert de tâches du médecin généraliste vers l'infirmière (20% de la charge de travail médical) et de celle-ci vers l'assistante médicale (12,5% du travail infirmier). Le ministère de la santé envisage ainsi de renforcer le rôle des infirmières dans la prévention en développant les formations : les visiteurs de santé assureraient un suivi de prévention après une consultation chez le généraliste, les infirmières interviendraient davantage dans les écoles...

Au Québec, une loi du 21 juin 2002 a modifié la répartition des compétences entre médecins et infirmières pour accroître le rôle de ces dernières dans la prévention tertiaire. Le mode de rémunération des infirmières a sans doute freiné cette tendance dans les services de santé primaire : leur salaire est en effet intégré dans le budget de

³² Les deux niveaux de prime dépendent de la couverture des enfants pour quatre groupes de vaccins : 1) la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite ; 2) la coqueluche ; 3) les oreillons-rougeole-rubéole ; 4) la grippe.

³³ en 2001, 91% des enfants de moins de deux ans sont vaccinés et 65% des personnes de plus de 65 ans sont immunisées contre la grippe.

³⁴ Des primes étaient accordées aux médecins qui mettaient en place des cours de promotion de la santé, par groupe de 10 personnes environ, sur le sujet de leur choix.

fonctionnement des hôpitaux ou CLSC, soumis à la rigueur budgétaire, alors que les vacations de médecins de santé publique étaient payées directement par le régime d'assurance maladie. La création de groupes de médecine de famille, annoncée par le ministre de la santé québécois en novembre 2002, pourrait faciliter l'implication des infirmières dans des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Il n'est pas indifférent de relever que la **Finlande**, où la culture de prévention est plus ancienne et développée, dispose de l'un des taux d'infirmières par habitant les plus élevés : 21,7 pour 1000 habitants en 1999 contre 18,4 en Norvège en 1998, 5 en France ou au Royaume-Uni alors que le nombre de médecins pour 1000 habitants est proche de la moyenne européenne (3,1 contre 3 en France en 1997 et 1,6 au Royaume-Uni en 1993). Les infirmières de santé publique jouent un rôle essentiel dans les cliniques maternelles et infantiles, la santé scolaire.

Le rôle des médecins dans la prévention

Au **Danemark**, les médecins généralistes, libéraux dans la plupart des cas, et financés par les comtés, peuvent facturer des "consultations générales de promotion de la santé" à raison d'une par an par patient. Elles sont cependant rémunérées au même tarif que les autres consultations alors qu'elles durent sensiblement plus longtemps (environ 45 minutes par rapport à 10 minutes et 15 minutes avec l'infirmière) ; cette pratique reste donc assez limitée.

En **Allemagne**, le gouvernement envisage de davantage sensibiliser les médecins à l'importance de la prévention en inscrivant dans la formation des futurs médecins des cours obligatoires sur la prévention. En outre, une nouvelle dénomination professionnelle devrait être créée pour mettre en évidence l'aspect de médecine préventive.

En **Norvège**, les généralistes sont rémunérés depuis 2001 à la capitation et peuvent obtenir une prime additionnelle pour des actions de prévention consommatrices de temps telles que le soutien à la cessation du tabagisme. La prévention ne repose cependant pas essentiellement sur les médecins dans la mesure où leur formation initiale est peu adaptée à cette mission. Les infirmières de santé publique sont notamment responsables de la santé scolaire et des cliniques maternelles et infantiles ; plusieurs associations interviennent dans la promotion de la santé.

En **Suède**, les médecins de famille recevaient une rémunération à la capitation avec une part réservée aux actions de prévention ; ce mode de rémunération a été abandonné et, si la prévention doit être intégrée dans les consultations des professionnels de santé, il n'existe pas d'incitation financière directe. Les autorités locales peuvent éventuellement instaurer ce mode de paiement. Une part importante des actions de prévention est menée, au niveau local, par les coordonnateurs en prévention et promotion de la santé, par les conseils locaux de santé : ce sont souvent des infirmières mais aussi d'autres professionnels, spécialistes en communication... Leur nombre n'est pas évalué au plan national.

En **Italie**, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en matière de prévention dans le cadre des agences sanitaires locales où ils sont inscrits. Les patients doivent s'affilier auprès d'un généraliste et passer par lui pour consulter un spécialiste (autre que les pédiatres, ophtalmologues, gynécologues, psychiatres, dentistes). La rémunération des généralistes du secteur public, à la capitation, inclut des compensations pour les programmes de prévention, la prescription de génériques, la coopération en réseaux.

Au Royaume-Uni, le renforcement du rôle des patients dans la gestion de leur maladie, notamment pour les maladies chroniques, est une piste également explorée: s'inspirant d'un exemple américain, un programme développe ainsi les groupes de patients et les forme à la prévention secondaire pour des maladies comme l'asthme, l'épilepsie ou le diabète.

2.3.1.2 *Les professions émergentes de la prévention*

Les politiques de promotion de la santé impliquent de manière croissante des associations, des travailleurs sociaux qui ont acquis une compétence en matière de santé, des professionnels d'origine variée. Ces métiers émergents se voient notamment dans la composition des équipes de santé des *Sure start centres* en Angleterre: accompagner le développement sociale et sanitaire de l'enfant mobilisent des infirmières (visiteurs de santé, sages-femmes) mais aussi des travailleurs sociaux spécialisés dans les dépressions post-natales, des thérapeutes du langage, des spécialistes de l'arrêt du tabac et des assistants en santé bilingues (espagnol, arabe...).

En amont de la mise en œuvre, la conception et l'évaluation des politiques de prévention impliquent également des compétences nouvelles avec des professionnels « techniques » qui développent une approche sanitaire de leur discipline: ainsi les agences de santé publiques comme STAKES en Finlande s'appuient sur des architectes, des ergonomes...

2.3.1.3 *Une réflexion sur la professionnalisation et le profil des acteurs en santé*

La formation en santé publique des professionnels de santé donne rarement satisfaction. L'OMS constate que la place de la santé publique dans la formation médicale est limitée en Finlande. L'existence de l'Ecole nordique de santé publique permet pourtant de disposer d'un institut de formation pluridisciplinaire de haut niveau.

L'Ecole nordique de la santé publique (NHV)

Créée en 1953 par les cinq pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède), l'Ecole offre des formations en santé publique aux professionnels de santé comme aux autres professionnels. Les diplômes de formation vont jusqu'à la maîtrise de santé publique et le doctorat de santé publique. Depuis 1997, la réforme des programmes a permis de créer une filière recherche avec une maîtrise de science en santé publique. L'Ecole accueille environ 750 étudiants chaque année.

En 1999, l'Ecole a été évaluée, à sa demande, par l'Association européenne des écoles en santé publique. Celle-ci reconnaît la qualité de la formation offerte tout en soulignant l'enjeu d'une plus grande ouverture internationale et d'un développement du secteur recherche notamment.

Au **Québec**, il est difficile de connaître la formation des 62 000 infirmières diplômées et notamment le nombre d'infirmières en santé publique. Leur formation en santé publique apparaît cependant intéressante: le programme de base comprend entre 5 et 10 cours de santé publique avec des intervenants sociologue, des doctorants en santé publique; en outre certaines suivent une maîtrise de santé publique (2 ans) après leur

formation initiale (3,5 ans dans la voie universitaire ou formation bachelière qui a été suivie par environ 25% des 62 000 infirmières).

Depuis la fin des années 1970, en s'inspirant des recherches sur les déterminants sociaux de la santé, les Facultés de médecine canadiennes ont développé des pôles à forte composante sociale et pluridisciplinaire (départements de médecine sociale et préventive, administration de la santé, hygiène des milieux et santé au travail) : l'intérêt du système québécois est ainsi d'offrir des formations et des possibilités de recherche grâce à une synergie forte entre l'université et les professionnels de la santé publique. À l'Université de Montréal, les relations entre la Faculté de médecine et celle des Arts et sciences – qui forme les travailleurs sociaux – sont cependant encore embryonnaires avec un projet d'institut de science en population pour créer une passerelle. De même, la formation médicale de base – qui est une formation par problème – reste lacunaire sur les déterminants sociaux de la santé. La santé publique est une spécialité qui s'acquiert en quatre ans après la formation de base (maîtrise de santé communautaire ou d'administration de la santé, un an de pratique clinique et un an de pratique générale). Même si la formation des professionnels de santé est perfectible au Québec, l'interface avec les sciences sociales est un acquis important par rapport à la France : ce sont des spécialistes reconnus de leurs disciplines qui enseignent et non pas exclusivement des médecins.

Au **Royaume-Uni**, la réforme du système de santé s'accompagne d'une réflexion sur la formation des professionnels de santé publique : les conditions d'obtention du diplôme de médecin en santé publique ont été modifiées en juin 2002 ; le futur médecin doit suivre une formation de deux ans en médecine générale, quatre ans de spécialisation³⁵ et doit être admis comme membre de la Faculté de médecine de santé publique du Collège royal des physiciens. L'objectif des autorités britanniques est simultanément d'étendre la spécialisation de santé publique au-delà des médecins et de renforcer la professionnalisation. **La carrière de santé publique va ainsi être ouverte aux non médecins** : le ministère de la santé travaille à la création de postes de directeurs de la santé publique dans les *primary care trusts* qui pourront être occupés par des spécialistes non médecins. La création de l'agence, *Health development agency*, est destinée à renforcer la professionnalisation dans le champ de la santé publique (révision des programmes de formation, diffusion d'information...) et soutenir les différents acteurs, notamment dans le secteur de la santé scolaire.

2.3.2 Les outils de la prévention évoluent, avec un accent mis sur l'évaluation des risques et l'éducation à la santé

Pour développer la prévention, la plupart des instruments (communication, dépistage et vaccination, fiscalité, réglementation...) sont combinés dans une approche intégrée. Il s'agit seulement ici de tracer les évolutions marquantes quant à l'utilisation de ces différents outils dans les politiques des pays visités.

³⁵ Dont un an de formation de « higher specialist » après concours, trois mois de formation en surveillance épidémiologique et santé environnement dans un service du NHS et un an supplémentaire dans un service du NHS.

2.3.2.1 *La connaissance des risques, avec notamment les études d'impact, est de plus en plus développée*

Pour intégrer l'approche santé dans l'ensemble des politiques publiques, plusieurs outils sont utilisés et notamment les études d'impact. En **Suède**, l'*Agence nationale de la santé et de la protection sociale* a élaboré un modèle pour intégrer la dimension sanitaire dans les études d'impact environnementales et des outils analogues sont élaborés pour les autorités locales. Les systèmes d'information géographiques sont notamment utilisés pour établir des relations entre les indicateurs sanitaires et environnementaux d'un territoire.

Au **Québec**, la loi sur la santé publique de décembre 2001 a créé une procédure de consultation du ministère de la santé pour tous les projets de loi qui pourraient avoir une incidence sur la santé. La procédure d'étude d'impact pour les projets industriels reste cependant gérée par le ministère de l'environnement, le ministère de la santé n'étant que consulté sur la partie santé de l'étude faite par les promoteurs du projet.

En Finlande, les études d'impact en santé sont encore peu développées et ne font pas partie du mandat du ministère de la santé, ce que le rapport de l'OMS sur l'organisation de la prévention en Finlande déplore.

La priorité donnée à la réduction des inégalités de santé implique de se doter d'un système d'information permettant effectivement un suivi des déterminants de la santé. Ainsi le Québec a mis en place en 2002 un projet de recherche pour élaborer un système d'évaluation de la « défavorisation » des clientèles des centres locaux de services communautaires : l'objectif est d'avoir une cartographie suffisamment fine pour permettre aux CLSC de territorialiser leur intervention et vérifier qu'ils atteignent bien les populations concernées.

Si l'objectif est d'intégrer la santé publique dans l'ensemble des politiques et décisions publiques, le rôle des spécialistes de santé publique évolue : il s'agit d'attirer l'attention des acteurs sur les enjeux de santé et l'information devient un instrument majeur de prévention. C'est le sens de l'action menée par la direction de santé publique de la régie régionale de Montréal au Québec : depuis 1998, elle publie chaque année un rapport annuel et s'efforce ainsi de susciter une prise de conscience et un débat public autour des enjeux de santé (inégalités de santé en 1998, vieillissement et santé en 1999, l'impact des restructurations du réseau hospitalier sur la santé en 2000, la santé mentale en 2001 et la santé des Montréalais en 2002).

2.3.2.2 *L'information du public et l'éducation à la santé sont des instruments majeurs de prévention*

Les **campagnes de communication** restent un outil très utilisé, notamment au Québec et au Royaume-Uni, même si l'impact sur les comportements s'avère difficile à mesurer. C'est cette incertitude sur l'effet à moyen terme qui a incité la Finlande à réduire le nombre de ses campagnes grand public. Dans les deux premiers pays, leur objectif est moins l'information que la sensibilisation de la population au risque de santé et aux difficultés sociales des personnes atteintes ou à risque : c'est le sens notamment d'une campagne lancée au Québec sur la prévention du SIDA qui a été axée sur l'entourage familial et social des personnes à risque (homosexuels, toxicomanes...).

Deux caractéristiques importantes se dégagent des campagnes menées dans les autres pays : **leur inscription dans la durée et leur relais par des lignes téléphoniques ou des sites internet informatifs**. Au Royaume-Uni, une campagne nationale sur la sexualité a été lancée en 2000 en direction des jeunes : conçue pour être régulièrement renouvelée au cours des 10 prochaines années, elle est diffusée exclusivement dans les média « jeunes » avec comme support une ligne téléphonique (*Sexwise*) qui a permis de conseiller plus de 1,4 million de jeunes en 2001/2002 et un site internet (environ 6000 visites mensuelles). Le renouvellement des campagnes associe étroitement des représentants des jeunes. Au Québec, la campagne « parler, c'est grandir » est accompagnée de plusieurs sites internet pour chaque thème spécifique (les agressions sexuelles, le préservatif, le tabac...). Les lignes téléphoniques d'information et de référence s'avèrent un instrument peu coûteux et relativement efficace en matière de lutte contre le tabagisme compte tenu du nombre de bénéficiaires potentiels : selon une étude britannique, 4% des fumeurs l'utilisent.

D'une manière plus générale, le Québec et le Royaume-Uni ont mis en place des lignes téléphoniques (avec un site internet au Royaume-Uni) pour donner des informations et des conseils en matière de santé (Info santé au Québec, NHS direct au Royaume-Uni³⁶).

Le **rôle de l'éducation à la santé** apparaît déterminant dans les trois pays visités qui s'efforcent de développer ce volet dans l'enseignement et les activités scolaires. Au **Royaume-Uni**, le contenu des programmes a été revu à partir de 2000 pour intégrer l'éducation sexuelle, les messages nutritionnels voire une sensibilisation au suicide et à la santé mentale dans un enseignement plus global : une formation spécialisée devrait bénéficier à 500 enseignants volontaires et être sanctionnée par une accréditation, portant plus globalement sur l'éducation personnelle, sociale et à la santé ainsi que sur le programme d'éducation civique. La **Finlande** qui, dans le mouvement de décentralisation des années 1990, avait laissé les écoles libres d'organiser ou non un enseignement à la santé vient de rendre cette éducation obligatoire dans le cursus scolaire. Les trois pays participent au **réseau des écoles en santé** lancé par l'OMS. Ce programme a été soutenu en Angleterre, à partir de 1999, par l'accréditation nationale des partenariats établis au plan local entre l'éducation et les services de santé (150 partenariats ont été établis). Sur les 26 000 écoles qui existent en Angleterre, 14 000 développent des actions conformes au standard national et 8 000 d'entre elles ont une implication plus poussée (ressources, cibles fixées dans le plan de développement de l'école, évaluation de l'impact). Le pilotage est assuré par l'*Agence de développement de la santé* créée en 2000. Une évaluation de l'inspection du ministère de l'éducation montre que, dans les zones défavorisées, les enfants des « *healthy schools* » sont davantage sensibilisés à la santé publique que dans les autres écoles. Un programme d'« *extended schools* » vise à développer les services de santé de ces écoles, avec des partenariats à l'extérieur de l'école.

Le développement de l'information et de l'éducation à la santé implique d'avoir des **messages de prévention assis sur des bases scientifiques solides**. Il n'est pas indifférent que les trois pays aient renforcé ou consolidé leur expertise scientifique au cours des dernières années (Health development agency au Royaume-Uni, STAKES en Finlande, INSPQ au Québec). Il serait en effet totalement contre-productif de diffuser

³⁶ www.nhsdirect.uk

des recommandations ou des normes qui, sous l'apparence de la simplicité, pourraient s'avérer scientifiquement non fondées et ne pas améliorer la santé de la population. Ainsi **en matière de consommation d'alcool**, le Royaume-Uni recommandait un volume hebdomadaire maximum mais a abandonné ce système qui ne tient pas compte des modes de consommation et des caractéristiques des individus. Si la consommation de deux à trois verres d'alcool peut ne pas s'avérer incompatible avec la santé des personnes de plus de 40 ans qui ont un risque élevé de maladies cardiovasculaires, il n'existe pas de seuil universel de consommation permettant une recommandation générale de santé publique³⁷. Il est donc essentiel de développer l'information des professionnels de santé et du public sur les effets bénéfiques et négatifs de la consommation d'alcool selon les individus.

2.3.2.3 Une réflexion sur le ciblage de certains vaccins et des dépistages

Traditionnellement, la prévention s'appuie sur des actions de grande ampleur comme la vaccination et le dépistage systématiques. Si ces politiques restent souvent justifiées, plusieurs pays s'interrogent sur un plus grand ciblage des vaccins et surtout sur la pertinence des dépistages systématiques en milieu de travail ou scolaire.

La vaccination n'est pas obligatoire dans les trois pays visités, bien que la couverture atteigne des niveaux élevés. En Finlande, 93% des enfants de moins de deux ans étaient complètement vaccinés³⁸ en 1997, ce qui montre toutefois une légère baisse par rapport aux 96% de 1995 (la couverture est de 99% pour le BCG). *L'Institut national de la santé publique* assure le suivi des plaintes et veille à la sécurité des vaccins ; une ligne téléphonique de conseil reçoit environ 5 000 appels par an, essentiellement des professionnels de santé. Le programme national de vaccination va être revu pour développer les vaccins combinés et en cibler certains sur des populations à risque : le nombre d'injections pour un enfant passerait ainsi de 12 à 5 en 2005 ; le vaccin BCG et celui contre la poliomyélite pourraient notamment être restreints à des groupes à risques.

C'est surtout le caractère systématique de certains dépistages qui apparaît à la fois inutile et socialement coûteux à un nombre croissant de professionnels de santé. En 1997, le **Collège des médecins du Québec a insisté sur la nécessité de démontrer la pertinence scientifique et sociale du dépistage** : sa valeur prédictive varie en effet selon la prévalence de la maladie dans la population et le dépistage de maladies rares ou avec des tests indépendants multiplie les risques d'erreur et de « faux positifs ».

Les recommandations de l'OMS sur le dépistage, datant de 1969, sont souvent ignorées. Le dépistage dans le cadre de l'activité professionnelle ne peut être justifié que pour protéger la santé publique ou la santé de l'individu et de ses collègues. Le Collège des médecins a notamment proscrit les examens de santé des agents de la Sûreté du Québec (des analyses de la glycémie, urine, cholestérol...qui n'ont aucun lien avec les risques professionnels) ainsi que la radiographie pulmonaire et l'examen lombaire : ces examens chez une population asymptomatique s'avèrent inutiles pour un coût élevé. Plusieurs dépistages systématiques s'avèrent également inutiles ou contre-productifs, dans la mesure où ils contribuent à discriminer des personnes qui en réalité ne sont pas atteintes :

³⁷ P.Bovet and F.Paccaud, *International journal of epidemiology* 2001 ; 30 : 734-737.

³⁸ Cette étude est renouvelée tous les deux ans auprès d'un échantillon de 1000 enfants.

- l'audiogramme qui ne permet pas de vérifier la capacité de discrimination auditive et donc de prévenir les accidents du travail ;
- le dépistage du cancer de la plèvre qui ne devrait pas être systématique compte tenu de sa faible prévalence.

En outre, la fréquence des examens pour le plomb ou la silice devrait dépendre de l'exposition aux risques dans le cadre de l'activité professionnelle³⁹.

Il est cependant difficile aux médecins de santé publique de faire traduire leurs constats en actes et textes réglementaires : même s'ils sont scientifiquement inutiles, les examens de santé du personnels de police demeurent au Québec, tout comme les audiogrammes et les radiologies systématiques des poumons. Cette analyse des effets pervers et de l'inefficacité des dépistages systématiques pourrait être transposée à la médecine scolaire.

2.3.2.4 *La réglementation et la taxation restent des instruments majeurs des stratégies de prévention*

La réglementation et l'utilisation de la politique fiscale restent des outils majeurs des politiques de prévention, notamment en matière de lutte contre le tabagisme. Les incitations financières à la prévention sont encore relativement peu développées même en matière d'environnement ou de santé au travail.

En matière de lutte contre le tabagisme, une étude de l'INSPQ (Québec) montre que **la hausse du prix du tabac et l'interdiction sur le lieu de travail sont les mesures les plus efficaces**. Des études américaines montrent en effet qu'une hausse de 10% du prix du tabac fait baisser la consommation de 4% à court terme et la prévalence de 2%⁴⁰ ; cet effet est plus sensible encore chez les jeunes puisque la baisse de leur consommation serait deux à trois fois plus élevée que pour le reste de la population. Au Québec, quand le prix du tabac a augmenté de près de 162% entre 1985 et 1993, la prévalence du tabagisme chez les plus de 15 ans a baissé de 40% en 1985 à 33% en 1991. L'interdiction ou la restriction du tabac sur le lieu de travail a un impact fort sur le tabagisme, au moins au moment de la mise en place de cette réglementation : une étude américaine montre que la création d'un espace totalement sans fumée réduit la prévalence de 5,7 points de pourcentage et la consommation moyenne quotidienne de 2,7 cigarettes ; une interdiction avec la possibilité d'espaces communs pour fumer diminue la prévalence de 2,6 points de pourcentage. Ces deux volets ont donc été utilisés dans les trois pays visités avec parfois une réglementation plus restrictive sur la vente aux mineurs (interdite au Royaume-Uni et en Finlande).

L'incitation financière est relativement peu développée en matière de prévention sur le lieu de travail : les primes acquittées par les employeurs ne tiennent compte des efforts de prévention que marginalement, dans les plus grandes entreprises même si un effort est conduit dans quelques pays comme le Québec. En **Finlande**, le système de compensation public ne comporte pas d'incitation financière à la réduction des risques : les employeurs sont remboursés par le système de sécurité sociale de la moitié des dépenses engagées quel que soit le taux d'accidents ou d'actions de

³⁹ Si l'exposition à la silice est inférieure à 0,025 mg/m³, la radio n'est pas justifiée pendant 40 ans. La surveillance annuelle de la plombémie n'est justifiée que si l'exposition est supérieure à 1,25 µmol/l.

⁴⁰ Certains fumeurs ne font que réduire leur consommation sans arrêter.

prévention menées. Seules les plus grandes entreprises qui recourent à des assureurs privés peuvent voir varier leur prime en fonction des risques constatés dans l'entreprise : l'instrument financier ne peut donc être utilisé que dans moins d'un tiers des entreprises. Au **Québec**, où le système de gestion des accidents et maladies professionnels est proche de celui de la France⁴¹, le niveau de la prime tient compte du coût des risques constatés ; il ne tient que rarement compte de l'existence ou non d'un programme de prévention. La cotisation est modulée en fonction du coût des accidents et maladies dans les très grandes entreprises qui ont une cotisation annuelle supérieure à 223 300 € (tarification rétrospective) : environ 42 000 entreprises bénéficient d'un taux personnalisé tenant compte des efforts de prévention, de réadaptation et pour faciliter le retour au travail des salariés. La plupart des petites entreprises, qui ont une prime annuelle inférieure à 2552 €, ont un taux fixé en fonction du risque et du coût des accidents de l'unité à laquelle elles appartiennent. Depuis 1998, la Commission de la santé et de la sécurité du travail encourage toutefois le regroupement de petites entreprises dans des mutuelles de prévention afin qu'elles puissent bénéficier de la modulation des cotisations en fonction des risques et des efforts menés pour les réduire (le programme de prévention est alors obligatoire).

2.3.3 *Le financement : le coût de la prévention est rarement identifié et la stabilité du financement reste un enjeu*

2.3.3.1 *Aucun des trois pays n'identifie les dépenses globales de prévention*

Les dépenses globales de prévention devraient rassembler le coût des services préventifs (par exemple dépistage, campagnes de communication, vaccination...) mais aussi la part des actions préventives dans le système de soin (consultations des médecins, hôpitaux...).

Dans tous les pays pour lesquels il existe des statistiques, on constate **une hausse des dépenses de prévention**. Cette progression est toutefois souvent moins rapide que celle des dépenses de soins. Les pays européens dépensent sensiblement moins que les Etats-Unis et le Canada en prévention et santé publique.

Dépenses de prévention et santé publique			
Per capita en \$PPA	1990	1998	1999
Etats-Unis	98	166	177
Canada	80	147	159
Allemagne	80	98	nd
Pays-Bas	37	85	88
Suisse	49	72	75
France	35	53	57
Finlande	39	49	54
Japon	nd	43	44
Hongrie	nd	32	37
Autriche	nd	10	12
Espagne	nd	9	10
République tchèque	nd	Nd	19
Italie	5	8	7

Source : OCDE – 2002

⁴¹ La commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), organisme paritaire, gère la prévention (promotion de la santé et inspection), l'indemnisation et la réadaptation.

Il existe une certaine proportionnalité entre les dépenses totales de santé et les dépenses de prévention, ce qui tendrait à indiquer que la part des dépenses de prévention rapportée aux soins curatifs est comparable d'un pays à l'autre : **les pays qui dépensent le plus dans la santé sont aussi ceux qui ont les plus fortes dépenses de prévention** (la France qui est en 1998 le 4^{ème} pays de l'OCDE pour les dépenses de santé dans le PIB est le 6^{ème} pays pour les dépenses de prévention par habitant). En revanche, **trois pays se distinguent par l'accent mis sur la prévention dans leurs dépenses de santé** : en 1998, les Pays-Bas, la Finlande et le Japon occupent respectivement les 4^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} rangs en termes de dépenses de prévention alors qu'ils ne sont que les 12^{ème}, 19^{ème} et 17^{ème} pays de l'OCDE pour les dépenses de santé dans le PIB.

Les **dépenses de prévention ne représentent encore qu'une faible part des dépenses de santé, allant de 2% à 7%**, même si cette proportion est à la hausse dans certains pays. La Norvège estime consacrer environ 2% de ses dépenses de santé à la prévention des maladies et la promotion de la santé. Au Royaume-Uni, elles étaient estimées à 5% des dépenses publiques de santé en 1997-98. L'Allemagne consacre à la prévention 6,9% de ses dépenses de santé en 2000.

Il est **difficile de corréliser l'investissement en prévention et l'espérance de vie**, pour autant que cet indicateur soit le plus pertinent pour mesurer l'impact de la politique de prévention. Si certains pays ont des résultats sanitaires concordant avec leur investissement (la France est notamment au 6^{ème} rang des pays de l'OCDE tant pour l'espérance de vie que pour les dépenses de prévention en 1998), les exceptions sont nombreuses, dans les deux sens : les Etats-Unis qui consacrent le montant le plus important à la prévention n'occupent que le 17^{ème} rang en termes d'espérance de vie et inversement l'Espagne qui investit très peu dans la prévention bénéficie de la 7^{ème} espérance de vie des pays de l'OCDE. Ces écarts ne font que confirmer le rôle des déterminants sociaux, culturels et économiques dans l'état de santé d'une population et ne permettent pas de se prononcer sur le rapport coût/efficacité des dépenses de prévention.

Dans les trois pays, il est difficile d'identifier les dépenses de prévention et notamment la part de prévention réalisée dans le cadre de la pratique clinique en hôpital ou médecine de ville.

Au **Royaume-Uni**, les dépenses de prévention atteignaient, en 1997-98, 1,83 milliards de livres (2,9 Mds €) réparties en 330 millions de livres pour la « prévention de la maladie » au niveau national et 1,5 milliards au niveau local : 300 millions de livres pour la prévention réalisée par les médecins généralistes, 400 millions pour l'éducation sanitaire, 200 millions pour les visiteurs de santé et les infirmières dans les écoles⁴². Ce budget n'inclut pas toutes les formes de prévention comme les bilans dentaires et les mesures en faveur de patients présentant des risques coronariens.

⁴² En 2002/03, le budget alloué au plan national à la santé publique est de £390 M et celui du dépistage de £16,3 M ; le budget pour les agences de surveillance sanitaire est de £195 M. Sur un budget de publicité de £36 M, les campagnes nationales du ministère de la santé en faveur de la prévention (tabac, grossesses précoces, vaccination...) représentent £20,5 M. Les dépenses de prévention au niveau local ne sont pas identifiées.

En **Finlande**, la promotion de la santé est essentiellement financée par le budget des municipalités, ce qui rend d'autant plus difficile l'identification des sommes consacrées. Au niveau national, une **affectation est prévue dans le budget de l'Etat** en matière de lutte contre le tabagisme (loi de 1976) et contre les abus de substances (alcool et drogues) : le gouvernement doit consacrer à la promotion de la santé un budget minimal équivalent à 0,45% du produit des accises sur le tabac, 0,7% des accises sur l'alcool et 0,07 € par citoyen pour prévenir les effets de l'abus de substances. Dans les faits, le gouvernement finlandais y consacre 0,75% soit 7,5 M€, 40% de cette somme allant à la lutte contre le tabagisme, environ 1 million d'€ à la lutte contre la toxicomanie et le reste à diverses associations. Le budget ainsi garanti au niveau national peut apparaître relativement faible (1,4 € par habitant par an) mais il ne tient pas compte des budgets des municipalités (services de soins primaires, actions locales de promotion de la santé).

Dépenses de prévention et santé publique en 1998

Per capita en \$PPA	Santé maternelle et infantile	Médecine scolaire	Médecine du travail
Etats-Unis	5	7	14
Canada	nd	Nd	7
France	7	7	19
Finlande	nd	2	47

Source : OCDE – 2002

Au **Québec**, les dépenses de prévention sont évaluées à **169 millions d'euros en 2001** soit 2,3% des dépenses en services sociaux et santé. L'objectif du gouvernement québécois est d'investir 154 millions d'euros supplémentaires notamment pour développer l'information (environ 30% de l'investissement supplémentaire), augmenter la pratique clinique préventive dans les services sociaux et sanitaire, notamment avec les groupes de médecine de famille (49%) et développer les partenariats avec d'autres secteurs par exemple pour la lutte contre le tabagisme et la promotion de l'activité physique (21%). Ce budget de 169 millions d'euros correspond au budget du ministère de la santé et des services sociaux mais n'inclut pas forcément les dépenses de prévention en matière de santé au travail, gérées par la commission de la santé et de la sécurité du travail : sur un budget global de 1,6 Mds € (2,5 Mds \$), le budget de prévention de la CSST est estimé à 65,7 M€ (102,9 M\$) en 2002.

2.3.3.2 *La stabilité du financement reste un enjeu pour des actions de prévention qui doivent s'inscrire dans la durée*

Beaucoup d'actions de prévention et de promotion de la santé sont menées par des associations ou des structures précaires. La stabilité du financement est pourtant d'autant plus cruciale qu'une politique de prévention exige une action dans la durée. Plusieurs méthodes sont utilisées à l'étranger pour atténuer cette relative précarité : un budget global garanti par la loi (Finlande) ; une pluriannualité des subventions aux associations (Royaume-Uni, Finlande).

En **Finlande**, l'affectation d'une partie des accises sur le tabac et les alcools au budget du ministère de la santé et des affaires sociales vise à garantir le financement d'une politique de promotion de la santé coordonnée dans le cadre d'une stratégie

globale de santé. Les subventions aux associations sont notamment financées par ces recettes affectées et attribuées par le centre finlandais de promotion de la santé : cette structure, rassemblant diverses organisations non gouvernementales (ONG), répartit environ 1,2 M€ sur une soixantaine de projets, parmi les 200 demandes annuelles. Si la procédure est annuelle, trois ans de financement sont en principe garantis une fois que le projet a été approuvé. A ces ressources s'ajoutent les financements de l'association des machines à sous qui représentent 20% des budgets des associations. Si la création d'un organisme fédérant les associations de promotion de la santé présente des avantages (soutien méthodologique, procédures de subvention regroupées avec une certaine stabilité), on peut néanmoins s'interroger, comme l'OMS le fait, sur la capacité des ONG à avoir un regard critique et distancié sur une politique publique dont elles sont les acteurs majeurs.

Au **Royaume-Uni**, un financement pluriannuel a été mis en place pour certaines associations ou programmes de prévention. Ainsi le programme des *healthy living centres*, qui vise à développer, dans les zones socialement défavorisées, des actions de promotion de la santé, en s'appuyant sur les associations, bénéficie d'un financement de 300 millions de livres (474 M€) sur cinq ans. *The New opportunities Fund*, qui utilise les bénéfices de la loterie nationale, sélectionne les projets et garantit à chaque centre une subvention d'environ 750 000 livres (1,2 M€) pour les cinq prochaines années. Environ 300 millions de livres complémentaires doivent provenir des autorités sanitaires, des collectivités locales et de la politique de la ville. Les projets ainsi mis en place doivent s'autofinancer à l'issue des cinq années et le centre doit chercher des ressources externes (sponsors, subventions européennes...).

3. Efficacité des politiques de prévention : exemples de stratégies réussies, exemples de résultats incertains

En matière de prévention, les évaluations sont peu nombreuses et difficile à réaliser, notamment les évaluations d'impact. La plupart des travaux disponibles sont des évaluations de processus qui visent à accompagner la mise en œuvre. En outre, les objectifs prévus initialement peuvent ne pas être ceux atteints sans que cela invalide forcément la pertinence de l'action : ainsi l'évaluation du programme nutritionnel pour les femmes enceintes au Québec montre que celui-ci ne parvient pas à réduire les naissances de petit poids mais qu'il a un effet positif sur les dépressions liées à la grossesse.

La mission a retenu un exemple de prévention primaire – la prévention des maladies cardiovasculaires en Finlande – et un exemple de prévention secondaire – le dépistage du cancer, notamment cancer du sein, en Angleterre. Les politiques menées dans les autres pays sont analysés à partir de ces exemples. Enfin, une stratégie publique dans un domaine trop souvent oublié des politiques de promotion de la santé est présentée ici : la santé au travail en Finlande.

En revanche, chacun de ces pays connaît des difficultés pour mettre en œuvre certaines politiques de prévention. Il s'agit plus particulièrement des actions menées en direction des jeunes (lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme par exemple) ou en direction de certaines populations comme les détenus. La prévention de certaines pathologies comme les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA doit être régulièrement revue pour s'adapter à l'évolution des comportements.

A partir de ces exemples, il est possible de dégager quelques enseignements sur les difficultés et les facteurs de réussite des politiques de prévention.

3.1 La prévention des maladies cardiovasculaires : une approche globale qui s'est avérée très efficace en Finlande

La Finlande, dans les années 1970, avait le taux le plus élevé de mortalité imputable aux maladies cardio-vasculaires des pays développés, notamment dans la région de Carélie du nord. A la même époque, l'analyse des facteurs de risques indiquait que le taux de cholestérol, l'hypertension artérielle et la consommation de gras saturés étaient plus élevés en Finlande que dans l'ensemble des pays développés.

A la suite d'une demande de la population de Carélie du nord relayée par les députés de la région, un programme spécifique a été lancé en 1972. Il est exemplaire d'une stratégie globale qui a permis en quelques années de réduire de façon notable les taux de mortalité. Il faut néanmoins relativiser la portée de cette expérience car partant d'un niveau très élevé, les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires en Finlande restent encore aujourd'hui supérieurs à la moyenne européenne. En outre, ce pays connaît la même évolution des pratiques alimentaires que celle qui est constatée dans la plupart des pays développés : l'obésité et le diabète de type II progressent de nouveau, notamment chez les jeunes.

3.1.1 L'approche globale est fondée sur la recherche et la sensibilisation de l'ensemble des acteurs

Le programme de Carélie du nord reposait sur une approche communautaire globale pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Pour parvenir à l'objectif de réduction du taux de mortalité, des objectifs intermédiaires ont été définis sur les déterminants de la santé : réduction du tabagisme, du taux de cholestérol, de l'hypertension artérielle, avec un ciblage sur les hommes d'âge moyen. Ce programme a été progressivement étendu au reste de la Finlande à partir de 1977.

Il s'est appuyé sur des **recherches** menées dans le cadre de l'institut national de santé publique, et sur des programmes de formation principalement animés par le centre national de recherche et de développement pour la santé (STAKES). L'équipe de projet s'est appuyée sur les recherches médicales et épidémiologiques qui montraient que la réduction substantielle des maladies cardiovasculaires devait nécessairement passer par la diminution importante des facteurs de risques associés. Les données comportementales et sociales ont été utilisées pour élaborer le contenu et les activités du programme. **L'évaluation a commencé dès le début de la mise en œuvre de cette politique en 1972** : articulé autour du protocole MONICA⁴³ de l'OMS, le programme d'évaluation s'est appuyé sur un échantillon randomisé, avec une province témoin, représentant 6,6% de la population. Trois enquêtes – en 1982, 1987, 1992 – ont été menées auprès de plus de 33 000 personnes de 25 à 64 ans, avec un questionnaire auto-administré, la mesure de différents paramètres dont la pression sanguine ainsi que la détermination du taux de cholestérol dans le sang. Le taux de réponse a été de l'ordre de 90%. Depuis 1997, le questionnaire inclut un bilan du comportement alimentaire sur une durée de trois jours.

La communication et la formation des professionnels ont été un élément clef du programme. Le « *système national de surveillance finlandais* », créé en 1995 et dépendant de *l'institut national de santé publique*, collecte et diffuse au plan national toute l'information relative au programme de nutrition. Ses interlocuteurs sont principalement les journalistes, les chercheurs, les enseignants, les industriels et les professionnels de santé. Plusieurs formations ont été organisées notamment pour les personnels de santé primaire (infirmières de santé publique, médecins), les journalistes, des membres d'associations. Dans un deuxième temps, une action de communication plus globale a été lancée auprès des leaders d'opinion et responsables communautaires, pour qu'ils s'engagent à promouvoir des modes de vie sains. Des programmes de télévision ont aussi été diffusés à partir de 1978. Des guides de bonnes pratiques en nutrition ont été diffusés dans tout le pays depuis 1978. La formation repose sur une longue tradition : la formation universitaire à la diététique existe depuis 1947, allant jusqu'au Master of Sciences délivré par l'Université ; une formation générale à la diététique a aussi été mise en place dans différentes professions comme l'hôtellerie, la restauration, la restauration collective mais aussi au sein des services sociaux et de santé.

La mise en œuvre a reposé à la fois sur des services spécialisés et sur une action intersectorielle. Des services spécialisés ont été organisés pour prendre en charge la lutte anti-tabac, pour abaisser le taux de cholestérol, ou l'hypertension, avec

⁴³ Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease

une action spécifique dans le milieu de travail. Les différentes composantes administratives de la santé (y compris les centres de santé primaires), le ministère de l'agriculture et de l'éducation ont participé à ce programme. Les écoles ont notamment été très impliquées et la tradition du repas gratuit par jour servi dans les écoles a servi de support à une amélioration des comportements alimentaires. Des actions conjointes ont été menées avec le ministère de l'agriculture, l'industrie alimentaire, et de nombreux secteurs commerciaux pour modifier l'alimentation du bétail, pour réduire le sel dans les productions alimentaires (par des dispositions réglementaires en 1993), promouvoir la consommation de produits locaux adaptés (baies...) mais aussi pour pallier les conséquences économiques pour les agriculteurs de la modification des comportements alimentaires (réduction de la consommation de beurre et de produits laitiers). Des actions sur les techniques agricoles elles-mêmes ont été menées (addition de sélénium aux engrais). Il faut néanmoins relativiser l'action incitative menée par le ministère de l'agriculture, notamment par l'action sur les prix : les autorités finlandaises ont subventionné dans la même période les productions animales alors que les productions végétales (fruits et légumes), recommandées pour un bon équilibre alimentaire, se voyaient lourdement taxées, ce qui a eu pour conséquence de les rendre plus onéreuses... sans entraver pour autant la forte augmentation de leur consommation par la population.

Les résultats du programme sont remarquables. En 1972, la mortalité due aux maladies coronariennes était, pour les hommes de 35 à 64 ans, de 647 pour 100 000 en Carélie du nord, ce taux est passé à 289 en 1992, et pour les femmes du même âge, de 114 à 36. Au début des années 1990, la mortalité des hommes par maladie cardiovasculaire était 60% inférieure au niveau atteint au début des années 1970 dans l'ensemble de la Finlande. La modification des comportements alimentaires a été un des éléments importants de ces bons résultats : dans les années 1970, la baisse de la mortalité des hommes de 35-64 ans est entièrement due à la baisse du taux de cholestérol, la nutrition et la réduction du tabagisme (le taux de fumeurs passe de 50% en 1972 à 30% en Carélie du nord et 27% en Finlande en 1997). Mais il faut ajouter que depuis la fin des années 1980, une part de la baisse de la mortalité est également due à d'autres facteurs comme l'amélioration des soins.

Les taux de mortalité par maladie cardiovasculaire restent cependant supérieurs à la moyenne européenne⁴⁴ et l'évolution des pratiques alimentaires n'a pas été suffisante pour enrayer la progression de l'obésité et la recrudescence des diabètes de type II. Une augmentation des taux de cholestérol est de nouveau visible notamment dans la région d'Helsinki, chez les jeunes de 25-35 ans qui n'ont pas connu les débuts du programme et ont certainement été moins sensibilisés.

L'exemple de la Carélie puis de l'ensemble de la Finlande montre qu'il est possible d'agir sur les facteurs de risque à condition d'avoir une approche globale qui mobilise tous les instruments (législation, politique fiscale, communication et éducation), les politiques (lutte contre le tabagisme, nutrition, activité physique) et les acteurs au-delà des professionnels de santé. La recherche et l'évaluation sont un facteur clef du succès d'une politique qui doit être menée sur la durée et de façon constante.

⁴⁴ Les décès par maladie de l'appareil circulatoire s'élèvent à 402,4 pour 100 000 hommes en 1998 alors que ce taux est de 223,2 en France, 354 au Royaume-Uni.

3.1.2 Dans les autres pays, la prévention des maladies cardiovasculaires s'appuie essentiellement sur la lutte contre le tabagisme sans une approche aussi intégrée sur la nutrition et l'activité physique

Les politiques de nutrition et de promotion de l'activité physique sont encore peu développées au Royaume-Uni et au Québec par rapport à l'approche globale mise en place en Finlande.

Bien que les maladies cardiovasculaires soient la première cause de décès au Québec, il n'existe pas encore de politique de prévention qui intègre la nutrition. L'importance croissante de la surcharge pondérale, qui concerne 1,5 millions de Québécois, le taux croissant de personnes atteintes de diabète (+65% en dix ans, plus d'une personne de plus de 45 ans sur 10 est diabétique) et le manque d'activité physique n'ont pas encore débouché sur un politique de promotion de la santé globale qui intègre une action en faveur d'une meilleure alimentation. Le programme de santé publique 2003-2012 inclut un volet nutrition et la promotion de l'activité physique fait l'objet d'un plan pour 2005 en direction des enfants.

Comme au Québec, la politique nutritionnelle au Royaume-Uni est essentiellement tournée vers les quartiers en difficulté et la promotion de l'activité physique n'en est qu'à ses débuts. Les enjeux sont pourtant importants : en 1998, 21% des femmes et 17% des hommes étaient obèses soit un triplement du taux en 20 ans, avec des différences sociales importantes (seules 14% des femmes de la catégorie sociale supérieure sont obèses contre 28% des femmes des classes sociales défavorisées). La promotion de la consommation de fruits et légumes a été organisée dans les écoles (National school fruit scheme) puis en direction de populations défavorisées (programme « five a day » soit cinq fruits ou légumes par jour). Des *healthy living centres* sont mis en place dans les zones défavorisées pour assurer la promotion de la santé, de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique. La promotion de l'équilibre nutritionnel en direction de la population générale reste encore limitée : un guide de nutrition a été établi par la *Food standard agency* pour diffuser des conseils diététiques simples et pratiques à la population. Le gouvernement britannique prévoit d'élaborer une stratégie plus globale sur l'alimentation et l'agriculture incluant un volet nutrition. Il n'existe pas encore de stratégie nationale et interministérielle pour développer l'activité physique. Or 60% des hommes et 70% des femmes n'ont pas une activité physique suffisante (30 minutes d'activité modérée sur au moins cinq jours de la semaine sont recommandées).

La prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays de la région Europe

L'OMS a procédé à une enquête en 2001, dans les six régions qu'elle distingue, afin d'évaluer les capacités nationales en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles. Ses conclusions pour la région Europe sont les suivantes :

- une politique appropriée a été mise en place dans 59% des pays. Il existe des plans sur les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer respectivement dans 50%, 54% et 62% des Etats membres ;
- 63% des pays déclarent disposer d'un service dédié à la prévention des maladies non transmissibles mais moins de 46% ont un poste budgétaire spécifique ;
- des centres nationaux de référence pour le diabète et le cancer existent dans 66% et 71% des pays ;

- l'amélioration du système d'information sur les facteurs de risques constitue une priorité : seuls 44% des pays incluent les données relatives aux facteurs de risques dans leur système de statistiques annuelles. La prévalence du tabagisme et du diabète sont les indicateurs les plus fréquemment signalés de maladies non transmissibles. Des données sur les habitudes alimentaires, l'hypertension, les mesures anthropométriques et l'activité physique ont été collectées dans environ 70% des pays ;
- les professionnels de santé ne bénéficient pas encore d'une formation suffisante dans le domaine de la prévention et du traitement des maladies non transmissibles⁴⁵ ;
- le travail en partenariat est indispensable. Les ONG notamment interviennent en matière d'éducation (94% des pays), prévention (98%), sensibilisation du public (89%) mais sont relativement moins impliquées dans l'élaboration des politiques en matière de maladies non transmissibles (62%).

3.2 Le dépistage du cancer : une méthode plus systématique en Angleterre que dans les autres pays

Le cancer est la deuxième cause de mortalité pour l'ensemble de la population au Royaume-Uni, et la première cause de mortalité pour les femmes âgées de 15 à 44 ans. En 1998, le Royaume-Uni a le 5^{ème} taux de mortalité par cancer, après la Hongrie, la République Tchèque, le Danemark et le Luxembourg : le taux de mortalité corrigée de l'âge est de 188,8 pour 100 000 habitants (158 pour les femmes, 235,1 pour les hommes) alors qu'en France, il est de 180 pour 100 000 habitants (117,9 pour les femmes, 263,5 pour les hommes).

Les autorités politiques britanniques se sont engagées, à partir du Livre Blanc, « *Our healthier nation, saving lives* » sur un objectif de réduction de la mortalité par cancer de 20% d'ici 2020 par rapport à 1996, pour les personnes de moins de 75 ans. Des programmes de dépistage ont été mis en place, en commençant par le cancer du sein. Il s'agit d'un programme plus ancien qu'au Québec et plus systématique qu'en Finlande : la méthode retenue est intéressante tant pour ses apports que ses limites.

L'exemple du dépistage du cancer du sein en Angleterre, bien organisé et coordonné, montre que pour qu'une politique de prévention produise ses effets sur la santé de la population, il est nécessaire de disposer d'investissements suffisants dans les moyens de cette prévention et dans le système de soins : en dépit de la méthode suivie pour le dépistage du cancer du sein, les taux de survie sont relativement faibles au Royaume-Uni. Les causes principales sont liées aux délais et aux techniques de prise en charge médicale ainsi qu'à un effet de rattrapage.

3.2.1 *Le dépistage du cancer du sein est systématique en Angleterre*

Un plan national de lutte contre le cancer », élaboré par le ministère de la santé, est mis en œuvre par le NHS. Ses quatre priorités sont le cancer du sein, de la prostate, le cancer du côlon et le cancer de l'utérus. La méthode retenue repose, en fonction du type de cancer, sur le dépistage et/ou sur des actions de prévention plus globales que sont la lutte contre le tabagisme, la prévention de l'obésité, la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, qui visent à la fois la prévention du cancer et des maladies cardio-vasculaires.

⁴⁵ Des études menées dans les pays nordiques ont montré que les taux de suicide diminuaient de 20 à 30% lorsque les médecins généralistes étaient formés au diagnostic et au traitement de la dépression.

Ces cancers font l'objet de programmes nationaux de dépistage pour trois d'entre eux (cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon), le programme de dépistage du cancer du sein étant le plus ancien. Un responsable national du dépistage, dépendant du NHS, et installé à Sheffield, est chargé de la coordination nationale.

Face aux taux élevés de mortalité (13 336 décès pour 100 000 femmes en Angleterre et au Pays de Galles en 1989), un **programme de dépistage du cancer du sein** a été lancé en 1990, à la suite du rapport demandé au professeur Forrest. La couverture nationale a été atteinte vers le milieu des années 90 et un nouveau programme du NHS a été lancé en septembre 2000 : il est doté d'un budget de 52 millions de livres, ce qui correspond à 30 livres par femme invitée à se faire dépister, et 40 livres par femme dépistée). L'objectif du programme de dépistage est de réduire de 25% la mortalité des femmes de 55 à 69 ans d'ici 2010.

Le système retenu depuis 1988 par les autorités britanniques permet de couvrir l'ensemble du territoire avec un dépistage systématique pour les femmes de 50 à 64 ans, à 50 ans puis tous les trois ans. La méthode est simple et systématique : les femmes atteignant leur cinquantième anniversaire reçoivent toutes une lettre fixant une date de rendez-vous, ce qui simplifie les démarches administratives puisque seules 30% des femmes en moyenne changent la date du rendez-vous. 25% des femmes ne viennent pas au rendez-vous fixé.

La méthode de dépistage consiste à privilégier les deux expositions pour la première mammographie, puis une seule exposition les fois suivantes ; avec une échographie si un problème est détecté. Afin d'améliorer les performances de la détection, les autorités sanitaires ont décidé d'étendre le dépistage systématique aux femmes de plus de 64 ans (et à la demande des femmes à partir de 70 ans), et de procéder à une double exposition à partir de 2004.

Le dépistage des cancers du sein a permis de détecter un nombre croissant de cancers et d'aboutir à une diminution relative de la mortalité. Les dernières statistiques montrent que sur 100 femmes dépistées entre 1993 et 1995, et pour lesquelles un diagnostic de cancer du sein a été fait, 76 étaient encore en vie cinq ans plus tard, la mortalité pour 100 000 femmes s'élevant à 12,5 en 1995 et 11,5 en 1999). Plus de 14 millions de femmes ont été dépistées à ce jour, ce qui a permis de détecter plus de 80 000 cancers (plus de 33 000 cas ont été détectés pour la seule année 1997). Cependant, plus de 11 500 décès sont intervenus en 2001.

Ces taux de survie placent le Royaume-Uni parmi les pays dont le taux de mortalité des femmes atteintes d'un cancer du sein est le plus élevé dans les pays développés, en raison essentiellement des retards dans la prise en charge sanitaire (délais d'attente notamment), mais aussi d'un certain retard pris dans le taux d'équipement en mammographes. Un plan d'équipement en centres de dépistages du cancer du sein a été lancé au début des années 1990, 90 centres couvrant ainsi le territoire de l'Angleterre (et du pays de Galles). Le retard reste important, car dans une étude récente de l'OCDE⁴⁶, l'Angleterre reste un des pays dont la couverture en appareils de détection du cancer du sein est la plus faible. Les centres fixes sont dotés,

⁴⁶ OCDE, *summary of results from breast cancer study*, juin 2002

en particulier dans les régions rurales, d'unités mobiles qui peuvent être installées dans des endroits de forte fréquentation, donc facilement accessibles, comme les centres commerciaux.

Dans le cadre du renforcement du programme de dépistage en 2000, il est prévu une sensibilisation des médecins généralistes, et cinq centres de formation doivent permettre à l'ensemble du personnel d'atteindre ou de maintenir le niveau de compétence nécessaire. Cinq centres experts viennent également d'être créés. L'un des enjeux pour réduire les inégalités géographiques et sociales est de développer les unités mobiles et les actions d'information en direction des femmes des milieux socialement défavorisés ou appartenant à des minorités ethniques.

La prévention du **cancer du col de l'utérus** repose aussi sur un programme national de dépistage, pour les femmes de 20 à 64 ans avec une fréquence de 3 à 5 ans qui répond aux recommandations de l'OMS. Les résultats obtenus depuis 10 ans montrent une diminution de la mortalité (3600 cas en 1987, 2740 en 1997), et 95% des femmes ont fait au moins un frottis. Le programme est moins directif que pour le dépistage du cancer du sein, puisque les femmes sont invitées par un courrier à prendre un rendez-vous auprès du *primary care trust* ou à l'hôpital. 15 à 20 % de femmes seulement ne donnent pas suite.

Près de 15 000 décès par cancer du côlon ont été constatés en 2000. Un programme pilote de dépistage du cancer du côlon a été lancé en 2000, pour vaincre les résistances et proposer un dépistage tous les deux ans aux femmes et hommes âgés de 50 à 69 ans. Le test *hemocut* est utilisé en appliquant les normes américaines de dépistage tous les deux ans. La méthode est simple : un kit de test est envoyé au domicile de la personne, qui le renvoie directement au laboratoire pour analyse. Il faut cependant noter que 40% des personnes ne donnent pas suite.

3.2.2 Le programme de dépistage du cancer du sein est plus récent au Québec et plus limité en Finlande

Au **Québec**, les « Priorités nationales de santé publique de 1997 à 2002 » ont recommandé que les femmes de 50 à 69 ans subissent tous les deux ans une mammographie, pour atteindre un taux de 70% en 2003. Cette orientation intervenait tardivement au Canada alors que toutes les autres provinces, sauf une, avaient mis en place un programme de dépistage entre 1988 et 1998. Le programme de dépistage a été annoncé en 1997 mais plusieurs tensions dans le processus d'implantation sont apparues en 1999. **L'exemple du Québec est particulièrement intéressant pour le rôle confié à l'INSPQ**, responsable du suivi de la qualité du dépistage, de la qualité du matériel et des procédures ainsi que du niveau de formation des professionnels ; à partir de 2000, sa mission a été élargie à l'évaluation du programme. L'évaluation faite par l'INSPQ en 1997 montre que 64% des Québécoises des groupes d'âge ciblés ont eu recours à une mammographie sur une période de deux ans.

L'examen de dépistage est une mammographie à deux incidences répétée tous les deux ans pour les femmes de 50 à 69 ans ; les services du programme incluent l'invitation à participer, le dépistage et le suivi des résultats, l'investigation allant jusqu'au diagnostic histopathologique. Le dépistage devait être effectué dans des

centres accrédités, publics ou privés⁴⁷, et les investigations complémentaires éventuelles dans des centres de référence publics retenus par les régions régionales. Le programme a été mis en place à ressources budgétaires constantes, avec seulement 5 millions de dollars réduits ensuite à 1,7 millions pour la coordination régionale et nationale (équipe programme et comité de soutien à la qualité). Plusieurs indicateurs de performance ont été définis⁴⁸.

Les délais de mise en place du programme de dépistage du cancer du sein ont été longs, surtout dans les zones non urbaines où les dépistages sont effectués dans les centres hospitaliers publics ce qui pose un problème d'engorgement du système (longueur des processus d'accréditation, pénurie de ressources). **Deux difficultés majeures sont apparues** : d'une part les défaillances du système d'information et d'autre part la contradiction entre les pratiques de soins existantes et les modalités retenues dans le programme de dépistage⁴⁹. A l'absence d'acceptation large de la part des professionnels, s'est donc ajoutée une négociation difficile des tarifs avec les radiologues pour la rémunération de leur participation au système d'information, retardant de deux ans la mise en œuvre du programme.

En 1999, 9 régions sur 18 avaient démarré ce programme ; elles étaient 13 en mars 2000. Le taux de participation des femmes était de 42,4%, sur la base d'un questionnaire auto-administré, sans qu'il soit possible de distinguer entre un test de diagnostic et un test de dépistage.

Le contexte de compressions budgétaires a certainement gêné le démarrage du programme québécois mais cet exemple est intéressant en ce qu'il révèle, par défaut, les **conditions d'une mise en œuvre efficace dans un système déconcentré avec des acteurs privés et publics**. Les modifications de pratiques professionnelles et administratives entraînées par le programme, les conflits d'intérêt potentiels et le pilotage national sont des éléments majeurs qui n'avaient pas été suffisamment pris en compte selon l'INSPQ. La distinction entre centre de dépistage et centre d'investigation prévue par le programme n'a en pratique pas été respectée car il existait déjà des centres chargés de cette double mission, de même que l'intervention du médecin de première ligne en cas de dépistage anormal n'a pas été respectée pour éviter un allongement des délais. Les conflits d'intérêt auraient plus facilement été surmontés si la mobilisation des acteurs, politiques et groupes de femmes, s'était maintenue après la phase d'élaboration en 1997. Si la coordination régionale, avec la désignation d'un responsable par région, s'est avérée très efficace, le pilotage national n'était pas assez attentif aux difficultés concrètes de mise en œuvre et ne disposait pas de suffisamment de pouvoirs au sein du ministère de la santé ; il aurait été essentiel que l'équipe programme puisse influencer l'organisation régionale des services et l'allocation des ressources, assurer une coordination avec le programme de lutte contre le cancer, ce qu'elle n'a pas eu les moyens de faire.

⁴⁷ Les cliniques privées de radiologie bénéficient d'un supplément de 7,5 \$ par examen et d'une allocation pour les frais liés à l'installation du système informatique.

⁴⁸ Taux de participation, taux de cancers détectés, proportion des cancers de petite taille, coût par participante, coût par cancer détecté, réduction du taux de mortalité due au cancer du sein des femmes de 55 à 74 ans...

⁴⁹ La séparation préconisée dans le programme entre dépistage et investigation d'une part et les critères d'éligibilité des clientèles d'autre part ont fait l'objet de résistances, en dépit de l'appui apporté par le Collège des médecins. Le fait que l'utilité du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans soit toujours une controverse scientifique non résolue a notamment contribué à ces remises en cause.

La stratégie de lutte contre le cancer en Suisse : un concept holistique, une évaluation prévue dès le lancement

En 1998, un programme de lutte contre le cancer a été défini par l'Office fédéral de la santé publique en lien avec la Ligue suisse contre le cancer sur quatre types de cancer prioritaires (sein, peau, poumon, côlon). Cette stratégie couvre la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et la thérapie, le conseil et le soutien, la recherche, le transfert de connaissances, la qualité. Un directeur du programme national a été désigné avec pour chacun des quatre programmes spécifiques une commission d'experts et un chef de programme. Un comité directeur de 23 membres est responsable de l'orientation stratégique à long terme des programmes nationaux : il associe notamment des représentants de la Ligue, de l'Office fédéral de la santé publique, des caisses d'assurance maladie, des instituts de recherche mais sans représentation des associations de patients ou du secteur psychosocial.

L'évaluation de la stratégie a été confiée dès 1999 à l'Institut de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de Lausanne. Elle a donné lieu à un premier rapport sur l'organisation mise en place en 1999 ; une deuxième phase portera sur la mise en œuvre des actions en 2000-2002. Le premier rapport constate que les choix de santé publique effectués sur les quatre types de cancer n'ont pas été clairement explicités ni les critères d'inclusion de nouveaux programmes (par exemple rapport coût/efficacité, faisabilité, compétences existantes...). La coordination de l'ensemble du programme national par un seul chef de file, la Ligue suisse contre le cancer, permet d'en renforcer la visibilité et la cohérence.

Un plan stratégique pour le cancer du sein a été défini en février 1997 avec des objectifs chiffrés par domaine et une répartition des responsabilités. Le dépistage était une priorité de ce plan mais le changement de directeur de programme et le transfert de la mise en œuvre à une Fondation pour le dépistage du cancer créée en 1999 ont relancé la procédure. En outre, la mise en œuvre concrète de ce dépistage s'avère difficile dans le contexte fédéral suisse.

Une étude de faisabilité et d'acceptabilité du dépistage du cancer du côlon est en cours mais le premier rapport d'évaluation déplore l'absence de réflexion coordonnée sur le dépistage et le manque d'expertise au sein du programme national de lutte contre le cancer.

La **Finlande** a mis en place des programmes nationaux de dépistage du cancer du sein (de 50 à 59 ans), du col de l'utérus (de 30 à 60 ans) et du cancer du côlon. Ce sont les municipalités qui sont chargées de la mise en œuvre de ces programmes : 90% des femmes concernées bénéficieraient d'un dépistage du cancer du sein et 60-70% des femmes pour le cancer de l'utérus. La tranche d'âge retenue pour le cancer du sein reste cependant étroite : certaines municipalités offrent ce dépistage dès 45 ans ou jusqu'à 70 ans mais ce n'est pas une obligation pour elles. La plupart des femmes prennent elles-mêmes l'initiative d'effectuer ce dépistage dans le secteur privé, ce qui risque d'exclure les femmes des milieux plus défavorisés.

Le dépistage du cancer du sein

En **Allemagne**, il existe un programme de dépistage précoce pour les femmes à partir de 30 ans. Constatant que les femmes âgées de 50 ans et plus recouraient insuffisamment aux dépistages, le ministère fédéral de la Santé a mis en place trois dispositifs pilote de dépistage afin de définir les modalités optimales d'un programme de dépistage généralisé du cancer du sein à partir de 50 ans. A partir de 2003, et conformément aux directives européennes, la mammographie doit être intégrée aux examens de routine pris en charge par l'assurance maladie légale, pour les femmes entre 50 et 69 ans.

En outre, le ministère fédéral de la Santé a mis en place un numéro d'appel auprès du centre de recherche allemand sur le cancer pour informer les femmes sur les possibilités thérapeutiques et l'efficacité des thérapies suivies.

En **Belgique**, un programme de dépistage a été mis en place dans la communauté française avant d'être élaboré dans la communauté flamande en juin 2001. Le programme offre une mammographie tous les deux ans aux femmes de 50 à 69 ans. Un courrier du ministère de la santé invite les femmes concernées à se rendre dans une unité agréée ; les résultats sont transmis au médecin traitant (gynécologue ou généraliste). En Belgique, 49% des femmes âgées de 50 à 70 ans ont réalisé un dépistage au cours des deux dernières années ; 39% des femmes de 40 à 49 ans. La plupart des femmes ont procédé à ce dépistage sur la recommandation d'un médecin (57%) notamment en Flandre, environ 19% à la réception d'un courrier d'information sur le programme et 14% suite à l'apparition d'une anomalie. Les premières analyses tendent à montrer que le niveau d'éducation ou de revenu influence peu les femmes dans leur démarche de dépistage par mammographie.

3.3 La santé au travail : la définition d'une politique publique en Finlande

La Finlande est l'un des rares pays à avoir défini une politique de santé publique en matière de risques professionnels. Même le Québec qui a pourtant développé une approche intégrée de la promotion de la santé n'a pas inscrit la santé au travail comme un élément de sa stratégie de santé publique ; les risques professionnels ne figurent même pas dans le portrait de santé du Québec établi par l'INSPQ alors que les conditions de travail peuvent être un facteur important pour la santé de la population.

La spécificité de la Finlande tient peut-être en partie à l'existence d'un Institut public de recherche et formation en santé au travail qui permet à l'Etat de disposer de travaux pour engager des discussions avec les partenaires sociaux. Au Québec, les risques professionnels sont gérés par la commission, paritaire, de la santé et la sécurité du travail et la recherche est effectuée par un Institut géré par les partenaires sociaux ; si des équipes de recherches sur le stress ou les déterminants de la santé au travail existent dans certains centres locaux de services communautaires, c'est la CSST qui fournit les statistiques sur les lésions professionnelles et doit développer la prévention.

Au sein du ministère finlandais de la santé et des affaires sociales, la direction générale de la santé est chargée de la promotion de la santé au travail et s'appuie pour cela sur *l'Institut de santé du travail* (FIOH). Avec un budget de 58,8 millions d'euros (dont l'essentiel vient de l'Etat), cet Institut dispose d'environ 880 salariés. La recherche représente près de 40% de son budget. Plus de la moitié du personnel a un diplôme académique de haut niveau (master, licence, doctorat) et plusieurs disciplines de recherche sont représentées : parmi les 146 personnes titulaires d'un doctorat, 51 sont

médecins, 26 chimistes et biochimistes, 21 psychologues et sociologues. L'Institut n'est pas séparé des partenaires sociaux : un conseil de direction tripartite (ministère, représentants des employeurs et des salariés) fixe des orientations stratégiques (stratégie 2001-2005) ; il n'intervient cependant pas dans la gestion ou la conduite des programmes de recherche. Un accord avec le ministère fixe les 10-12 objectifs annuels de l'Institut.

Les analyses de cet Institut soulignent l'enjeu d'une prévention des risques sanitaires en milieu professionnel. **6,7% de la mortalité serait liée au travail** soit 1800 décès prématurés chaque année : le travail est à l'origine de 10,2% de la mortalité des hommes et de 2,1% de celle des femmes⁵⁰. Les accidents du travail (dont trajet) concernent 11% des hommes et 7% des femmes actives. Sur un total de 200 000 accidents liés au travail, 119 000 ont été indemnisés en 1998.

Les maladies professionnelles sont relativement répandues⁵¹, particulièrement dans l'industrie agroalimentaire, l'automobile, l'agriculture, l'industrie du métal et du bois. 30% des cas d'asthme ont un lien professionnel.

Accidents du travail et maladies professionnelles en 2000 (ou 1999*)

	Finlande	France	Royaume-Uni	Suède
Accident du travail (incapacité d'au moins 3 j)%	4,3	Nc	1,5	2
Accident du travail indemnisés (/10 millions d'h)	298*	244*	35,6	307,2
Maladies professionnelles (/10 000 employés)	2,3	10,1*	2,6	57,2

Source : *Second european working conditions survey, 1997*

En 1992, le comité consultatif sur les services de santé au travail (partenaires sociaux et Etat) a défini le concept de maintien de la capacité de travail comme l'objectif de la politique de promotion de la santé en milieu de travail. Cette politique, définie avec le comité consultatif sur la recherche en sécurité sociale, a de nouveau été confirmée en 1999. Entre 1995 et 1998, l'institution d'assurance-vieillesse (TELA) a organisé des programmes de formation pour développer les concepts de maintien de la capacité de travail dans les entreprises et les services de santé : environ 23 000 personnes ont participé à ce programme dont 13 400 représentants des entreprises, 5 000 médecins des services de santé et 4 900 professionnels de la santé au travail (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues). Près de 85 programmes dans les PME ont été cofinancés par le Fonds social européen sur la période 1995-1999. Le ministère des affaires sociales et de la santé a organisé, en lien avec le ministère du travail et celui de l'éducation, un programme national pour les travailleurs vieillissants sur la période 1998-2002.

Le concept de maintien de la capacité de travail s'est élargi à la promotion de la santé au-delà de la prévention ; il inclut l'environnement et l'organisation du travail, la formation au-delà de la dimension médicale. Selon le comité consultatif sur les services de santé au travail, cette stratégie a permis de passer d'une promotion de la

⁵⁰ Les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires (12%), les tumeurs (8%), les maladies respiratoires (4%), les troubles mentaux (4%), les maladies du système nerveux (3%).

⁵¹ La sous-déclaration est vraisemblablement moins élevée que dans d'autres pays européens.

santé axée sur l'individu, la surveillance et la réadaptation vers une politique globale fondée sur la coopération de plusieurs acteurs sur le lieu de travail.

Afin d'évaluer les facteurs de risques pour la santé et capacité au travail, l'Institut finlandais de santé au travail effectue un suivi d'une cohorte de 12 231 enfants nés en 1966 aux âges de 1, 14 et 31 ans. Le projet vise notamment à analyser les risques liés à l'environnement en incluant la perception subjective des salariés sur leur travail.

En 2001-2002, une évaluation de cette politique de santé au travail a été conduite conjointement par les deux comités consultatifs concernés, l'institution d'assurance sociale et l'institut de santé au travail. Six groupes ont été formés sur différents aspects de cette politique et ont associé des représentants d'autres ministères (travail, éducation), des organisations professionnelles, des associations du centre finlandais pour la promotion de la santé, des universités ...

Cette politique aurait permis, au cours des années 1990, une évolution positive du nombre de maladies professionnelles et d'accidents du travail ainsi qu'un recul de l'âge de départ anticipé à la retraite de 58 à 59 ans (les dépenses de préretraite dans les entreprises de plus de 50 salariés sont passées de 5% de la masse salariale en 1994 à 3,4% en 1998). Elle s'avère financièrement rentable : le ministère des affaires sociales et de la santé évalue que l'investissement de 1 milliard de FIM (0,2 milliard d'€) supplémentaire chaque année dans la prévention et la réadaptation a conduit à une réduction globale des coûts de 6 milliards de FIM (1 milliard d'€) par an. Le rapport d'évaluation montre que les entreprises sont peu conscientes des coûts liés à la mauvaise santé de leurs salariés : l'Institut de santé au travail estime que dans les PME qu'il a suivies, les bénéfices potentiels en termes de productivité et absentéisme sont 10 à 20 fois plus élevés que leurs dépenses dans les services de santé au travail.

Les risques pour la santé restent importants en Finlande. En 2000, 63% de la population active occupée continuait à être exposée à des risques physiques au travail, 42% à des risques chimiques et 8 à 13% à des risques biologiques. 70% des travailleurs ont des problèmes causés par le manque d'ergonomie de leur poste.

La stratégie de santé publique définie par le ministère des affaires sociales et de la santé pour 2015 inclut la santé au travail : promouvoir l'aptitude au travail et l'attractivité de la vie active sont les deux axes majeurs. Cette stratégie est très liée au vieillissement de la population : améliorer la santé de la population active est une condition du recul de trois ans de l'âge effectif de départ à la retraite, fixé comme objectif pour 2015.

3.4 Des résultats incertains dans certains secteurs

3.4.1 *La prévention du tabagisme chez les jeunes montre ses limites*

Plusieurs politiques de prévention sanitaire montrent leurs limites face à la persistance d'indicateurs sanitaires défavorables : le taux de mortalité par cancer du poumon notamment et les maladies cardio-vasculaires liées au tabagisme, le maintien des pathologies liées à l'alcoolisme, le suicide. L'effet des politiques de prévention montre ses limites lorsqu'elles touchent les comportements. Comment faire pour que les

jeunes ne s'engagent pas dans le tabagisme ou que les femmes n'imitent pas les comportements masculins en ce domaine, alors que tous les pays développés constatent que les femmes, surtout les jeunes femmes, et que les jeunes en général fument de plus en plus ? Les messages de prévention en direction des jeunes filles ne prennent sans doute pas suffisamment en compte l'utilisation du tabagisme pour réguler le poids : c'est une préoccupation croissante des autorités sanitaires au Québec qui envisagent ainsi de modifier leur stratégie de communication.

3.4.1.1. Les résultats décevants de la lutte contre le tabagisme au Québec

Au Québec, près d'un tiers de la population de plus de 15 ans fume : le tabac serait à l'origine de plus de 12 000 décès par an et serait notamment la cause de 85% des maladies pulmonaires obstructives chroniques, 30% des maladies cardiovasculaires et 30% des cancers.

En 1992, les coûts associés au tabagisme ont été estimés à 1,5 Mds € dont 421 M€ en coûts directs de santé. La consommation de tabac est particulièrement élevée chez les plus jeunes : près d'un tiers des adolescents en 5^e secondaire fume et 39% des 18-25 ans. En 2000, 18,6% des élèves du secondaire se déclaraient des fumeurs quotidiens ou occasionnels et 10,4% des fumeurs débutants.

Parmi les priorités de santé publiques du plan 1997-2002, la lutte contre le cancer, en particulier le cancer du poumon, figure en bonne place. Pour lutter contre le tabagisme, le Québec a choisi plusieurs orientations :

- la réglementation, avec une loi sur le tabac du 17 juin 1998 : elle est moins restrictive que la loi française, prévoit le contrôle de la vente et de la publicité, restreint l'usage, de manière assez stricte dans les lieux de travail, de manière moins ferme dans les espaces publics où il n'est pas prévu « d'espaces sans tabac » à l'exception des lieux destinés aux mineurs.
- La taxation des produits du tabac
- la prise en charge de trois produits d'aide à la cessation du tabac par les régimes d'assurance maladie.

Le nombre de fumeurs, et surtout de jeunes fumeurs, n'ayant pas régressé, le Québec vient de décider de lancer une politique de prévention globale en utilisant tous les leviers à sa disposition : un plan de lutte contre le tabagisme a été lancé pour 2001-2005, avec, au-delà de l'objectif général de réduction de 28% du taux de tabagisme chez les plus de 15 ans, une orientation forte en direction des jeunes : se donner comme objectif chiffré de réduire le taux de tabagisme chez les jeunes du secondaire (13% pour les garçons, 20% pour les filles).

Le plan s'est appuyé sur les recherches menées par l'INSPQ, en particulier une évaluation des politiques de prévention du tabagisme⁵² extrêmement intéressante publiée en avril 2001. Grâce à une revue de la littérature scientifique, elle mesure l'efficacité respective des différentes actions (en nombre de fumeurs ayant cessé de fumer après 12 mois) et leur coût par fumeur ayant cessé de fumer.

⁵² *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*, INSPQ, novembre 2001.

La hausse du prix du tabac est une mesure très efficace notamment pour prévenir la consommation des jeunes : des études américaines collationnées par l'INSPQ montrent qu'une hausse de 10% du prix du tabac fait baisser la consommation de 4% à court terme et la prévalence de 2%⁵³ et la baisse de la consommation des jeunes serait deux à trois fois plus élevée que pour le reste de la population, (sous réserve des effets de contrebande, non négligeables).

En s'appuyant sur une action interministérielle, en ciblant des interventions préventives en milieu scolaire au sein des programmes du 3^e cycle du primaire et du 1^{er} cycle du secondaire, et dans le milieu parascolaire, le plan en direction des jeunes prévoit :

- la surveillance, la recherche et l'évaluation en continu de la stratégie: une enquête sur la consommation de tabac des jeunes est renouvelée tous les deux ans depuis 1998 ; de même il est prévu de renforcer les recherches sur l'efficacité des interventions en prévention, les déterminants de la consommation de tabac ;
- les messages pour les jeunes sont de préférence portés par des pairs. Chaque paquet de cigarette comporte, sur la moitié de l'espace disponible, un avertissement explicite sur les dangers du tabac avec une photo volontairement choquante ;⁵⁴
- des lignes téléphoniques d'information ont été lancées: une ligne sur le tabac répond à 3 000 appels par an et deux lignes non spécifiques au tabac répondent à des appels sur le tabagisme : Info-Santé CLSC, ligne « drogues, aide et référence ;
- une action sur les prix, la promotion et l'accessibilité du tabac ;
- la participation des jeunes à la prévention : un réseau conseil, rattaché à la ministre déléguée à la santé, aux services sociaux et à la protection de la jeunesse, doit rassembler des jeunes du niveau secondaire pour définir des projets de prévention et sensibilisation :
- la mobilisation des adultes importants pour les jeunes notamment les parents ;
- une politique de communication pour l'ensemble de la population et des projets pilotes sur la prévention en direction des 11-13 ans dans le cadre de la campagne « parler, c'est grandir » : un concours sur la prévention du tabagisme a notamment été organisé dans les écoles et donnera lieu à une émission sur une chaîne musicale.

Un plan d'action annuel décline les objectifs du plan stratégique : 9,6 M€ sont prévus en 2001-2002 dont 2,6 M€ pour la prévention (50% pour la campagne de sensibilisation et 50% pour les programmes éducatifs et sociaux en direction des jeunes) et 2 M€ pour la surveillance, recherche et évaluation⁵⁵.

Il sera intéressant de mesurer l'efficacité de ces actions en 2005, en mesurant le nombre de jeunes ne fumant pas ou plus, même si l'un des indicateurs (cancer du poumon) n'est utilisable que sur une plus longue période.

⁵³ Certains fumeurs ne font que réduire leur consommation sans arrêter.

⁵⁴ Par exemple l'image d'un cancer du poumon, d'un accident vasculaire cérébral, l'avertissement que le tabac peut rendre impuissant et s'avère très nocif pour l'enfant de la femme enceinte...

⁵⁵ S'y ajoutent 3,1 M€ pour les services de cessation du tabac et 1,9 M€ pour le contrôle du respect de la loi sur le tabac.

3.4.1.2. Une politique de prévention menée depuis longtemps au Royaume-Uni

En **Grande-Bretagne** 120 000 personnes décèdent tous les ans d'un cancer lié au tabagisme, ce qui représente un tiers des décès par cancer. On constate comme dans tous les pays de l'Europe de l'Ouest une diminution de la dépendance au tabac des hommes adultes et une augmentation du tabagisme des jeunes et des jeunes femmes notamment. La proportion de fumeurs est passée de 80% d'hommes et 40% de femmes en 1950 à 36% d'hommes et 28% de femmes en 2000. **Un palier serait constaté dans l'augmentation de la consommation des jeunes, sans être à ce jour étayé par des statistiques.**

La lutte contre le tabagisme fait partie des priorités gouvernementales Elle s'inscrit dans l'objectif de réduction des cancers et notamment du cancer du poumon : un objectif spécifique a été déterminé pour faire passer le taux de fumeurs de 32 % en 1998 à 24% en 2010, avec un objectif intermédiaire fixé à 26% en 2005. La réduction du tabagisme chez les jeunes est particulièrement ciblée, l'objectif étant de faire passer ce taux de 13% à 9%, (objectif pour 2005/ 11%). La proportion de femmes enceintes qui fument doit diminuer et passer de 23% à 15% (18% en 2005), avec une cible spécifique chez les jeunes femmes enceintes mineures.

Depuis longtemps le Royaume-Uni a orienté la politique de lutte contre le tabagisme sur deux axes, l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans et une politique de prix très élevé (égal à deux fois le prix français), mais qui a entraîné une contrebande importante, estimée à plus de 20% de la consommation.

Les autorités sanitaires britanniques s'appuient aussi sur des éléments tirés des actions menées en faveur de la prévention du suicide chez les jeunes, qui sont associées à des actions de lutte contre les dépendances, tabac, drogue et alcool.

Des campagnes média ont été plus ciblées en direction des jeunes filles, avec des films réalisés par des groupes de jeunes ou des minorités ethniques, considérés comme particulièrement vulnérables au tabagisme.

Des lignes d'appel comme « tabac info service » ont été installées récemment, 370 000 appels depuis juin 2000, et une ligne téléphonique spéciale a été créée pour les femmes enceintes. Ces lignes d'appel dépendent directement du NHS et sont payantes.

Après une large consultation de la population, et de tous les professionnels concernés par le tabagisme, par l'intermédiaire d'internet et de différents supports, des dispositions législatives vont être prises à la fin de l'année pour interdire la publicité et le parrainage, et la directive tabac sera introduite dans le même temps. Le Gouvernement britannique soutient sans réserves le projet de convention internationale contre le tabagisme.

Ces actions de prévention sont relayées au plan local : les *sure start centres*, comme celui qui est situé au nord-ouest de Kensington à Londres, mènent chez les parents mineurs appartenant à des milieux défavorisés, un certain nombre d'actions de prévention, comme la prévention du tabagisme. Parmi les objectifs poursuivis, la promotion de la santé inclut un taux de réduction du 10% en 2004 des femmes enceintes

mineures qui fument : l'aide à l'arrêt du tabac est fondée sur des sessions en groupe, avec un spécialiste du sevrage tabagique, des cours individuels et des cours de yoga ou de gymnastique. Des actions spécifiques sont menées dans les communautés ethniques, à l'aide de campagnes de communication ciblées.

On constate un progrès dans la diminution du tabagisme, et la baisse corrélative des décès par cancer du poumon chez les hommes de 35 à 69 ans. Alors que plus de 80% des hommes fumaient en 1950, ce taux est tombé à 36% en 2000 ; le taux de mortalité pour cancer du poumon est passé de 55 pour 100 000 hommes de 35 à 54 ans en 1958 à 18 pour 100 000 en 1999. En revanche, la progression du tabagisme chez les femmes jusqu'en 1970 a conduit à une hausse des décès par cancer attribuables au tabagisme jusqu'en 1990 (passant de 10 pour 100 000 femmes de 35 à 69 ans en 1950 à 60 pour 100 000 en 1990).

L'efficacité de cette politique de prévention du tabagisme, notable pour les adultes, reste à démontrer pour les jeunes. Les autorités sanitaires britanniques avouent en particulier être dans l'incapacité d'évaluer les effets de l'interdiction de vente aux mineurs, compte tenu de l'ancienneté des mesures prises, qui font néanmoins toujours l'objet d'un contrôle strict par les autorités locales.

3.4.1.1 Des méthodes similaires en Finlande dans la poursuite de la lutte contre le tabagisme

La consommation de tabac a diminué au cours des dernières années, notamment au sein de la population masculine. En 1995, 29% des hommes en âge de travailler et 19% des femmes fumaient quotidiennement ; ils sont 27% et 20% en 2000. Le tabagisme passif a baissé à domicile comme sur le lieu de travail (10% des salariés sont exposés au tabac plus d'une heure en 1995 contre 25% en 1988). Cependant, le tabac continue d'être la cause d'environ 5 100 décès prématurés par an ; le tabagisme passif serait à l'origine, chaque année, de 50 à 60 décès par cancer du poumon et d'une centaine de décès par maladie cardiovasculaire. La consommation des jeunes et notamment des jeunes femmes est en hausse, comme partout.

En matière de **tabac**, une première législation a été édictée en 1975 (interdiction de la publicité en 1978) et complétée en 1995. Dès 1977, le gouvernement devait consacrer au moins 0,45% du revenu des droits d'accise sur le tabac aux politiques de prévention. Le ministère des affaires sociales et les municipalités devaient prendre des mesures pour réduire le tabagisme : un taux maximum de nicotine et de goudron est fixé et des avertissements apposés sur les paquets de tabac, l'implantation de distributeurs de tabac encadrée. En 1995, la réglementation a été renforcée pour éviter le tabagisme passif et la consommation des jeunes :

- le tabac est interdit dans la plupart des lieux publics comme les écoles et transports (mais pas dans les cafés ou restaurants) ;
- sur le lieu de travail, les parties communes et les endroits ouverts au public doivent être non-fumeurs (l'exposition au tabac est contrôlée par les inspecteurs de sécurité au travail) ;
- la vente de tabac est interdite aux mineurs de 18 ans (au lieu de 16 ans avant 1995)
- la publicité indirecte et la vente de tabac à mâcher sont interdites ;

- une campagne d'information est financée par le ministère des affaires sociales, avec lettre d'information aux employeurs, affichages, émission télévisée de 20 minutes, outils pour les écoles et municipalités, ligne téléphonique....

La politique de prévention menée en Carélie du Nord citée supra avait aussi prévu d'inclure dans la lutte contre le tabagisme par le recours à des personnes célèbres auprès des jeunes, comme l'équipe de hockey qui s'appuyait sur une « pour une vie sans tabac ».

3.4.2 *Partout, les actions de lutte contre l'alcoolisme des jeunes sont un échec*

Conçues ou non comme des stratégies globales de lutte contre les dépendances, les différentes politiques destinées à lutter contre l'alcoolisme des jeunes ne sont pas un succès.

3.4.2.1 Une approche globale ciblant les comportements à risques des jeunes au Québec

Au Québec, la consommation de drogues et la consommation excessive d'alcool concernent particulièrement les jeunes hommes de 15-24 ans avec une tendance à la hausse. 32% des jeunes de 15-24 ans consomment des drogues illicites contre 5% dans le reste de la population. Environ 1% des élèves du secondaire se seraient injecté des drogues. Depuis 1994, la consommation d'alcool augmente alors qu'elle avait diminué de 30% de 1978 à 1994 : la consommation moyenne est de 7,01 l par habitant en 1996-1997 et la fréquence d'intoxication augmente chez les jeunes. Ainsi, 27% des 15-24 ans déclarent en 1994 s'intoxiquer au moins une fois par mois alors qu'ils étaient 17% en 1989. La poly-consommation est fréquente : 93% des usagers de drogues illicites, comparativement à 72% des non-usagers, sont considérés comme alcooliques.

Depuis les années 1990, la plupart des actions préventives ont ciblé les jeunes de 12 à 17 ans et les actions en milieu scolaire ; en 2001, un plan stratégique « pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie » vise l'abus de drogue, de médicaments, d'alcool, et a élargi la classe d'âge (les jeunes de 15 à 24 ans pour les drogues et l'alcool), et les lieux d'intervention en les étendant aux jeunes errants et aux personnes incarcérées.

Si le Québec a connu un certain succès en matière d'alcool au volant, avec le programme « nez rouge⁵⁶ », et une diminution du taux d'accidents liés en particulier à l'alcool, cette stratégie connaît des limites.

Les actions préventives sont principalement destinées aux adolescents en milieu scolaire et certains groupes particulièrement vulnérables restent paradoxalement exclus des actions de prévention dans les années 1990, jeunes itinérants, personnes incarcérées....

⁵⁶ Lors de soirées, un conducteur sobre raccompagne ses camarades à leur domicile

La campagne « parler, c'est grandir », intègre les messages de prévention sur le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie dans une approche globale. Il est encore trop tôt pour en mesurer les effets.

Les CLSC mènent, pour certains d'entre eux, des actions sur le terrain pour suivre les jeunes et interviennent dans le cadre de leur approche à la fois sanitaire et sociale, auprès des jeunes ayant surtout des comportements à risques.

3.4.2.2 *La lutte contre l'alcoolisme, une des priorités de santé publique définies dans le livre blanc du gouvernement en 1999 au Royaume-Uni*

L'abus d'alcool, et notamment sa consommation excessive en une courte période, est un problème qui affecte particulièrement les jeunes Britanniques de 16-24 ans : 36% des jeunes hommes et 25% des jeunes femmes dépassent les niveaux de consommation recommandés par semaine⁵⁷. La consommation des 11-15 ans a augmenté au cours des dernières années, la consommation hebdomadaire de ceux qui boivent passant de 5,3 unités en 1990 à 10,4 en 2000. De même, le nombre de femmes consommant une quantité excessive d'alcool a augmenté de 11% à 15% entre 1992 et 2000 ; la proportion des hommes reste stable autour de 27% en 2000. En 1997, les coûts globaux de l'abus d'alcool (santé, prise en charge sociale, absentéisme et impact sur la productivité, justice criminelle) étaient estimés entre **2% et 5% du PIB** soit un minimum de £20 Mds (31,6 Mds €) par an. Entre 15 et 25% des suicides – et 65% des tentatives de suicide – sont liés à l'alcool tout comme 20 à 30% de l'ensemble des accidents. L'alcool serait la principale cause de 3% des cancers en Angleterre.

Dès le livre blanc « *Our healthier nation* » en 1999, le gouvernement britannique a annoncé qu'il mettrait en place **une stratégie de lutte contre les effets de l'abus d'alcool** qui porterait notamment sur les jeunes. Elle dépasse la question de la dépendance à l'alcool pour se concentrer sur les effets négatifs de la consommation, même modérée ou considérée comme « normale ».

La stratégie de lutte contre les effets de l'abus d'alcool est placée sous la responsabilité du Sous-secrétaire d'Etat à la santé publique. Pour coordonner l'action des divers ministères impliqués, l'Unité stratégique du Premier ministre a été chargée de conduire une analyse des études existantes et de piloter l'élaboration de cette stratégie : elle associe à ses travaux des représentants du Collège royal des médecins, de celui des psychiatres, un nutritionniste, des policiers, un économiste... Une consultation a été lancée le 15 octobre 2002 par l'Unité stratégique du Premier ministre et le ministère de la santé : la diffusion sur internet est complétée par l'organisation de séminaires régionaux et d'ateliers notamment avec des jeunes de 12-19 ans⁵⁸. Elle devrait conduire à la définition d'un plan en mai 2003. Outre le ministère de la santé, le groupe de projet associe des représentants du ministère de l'intérieur, du ministère de la culture, un média et du sport, des services du Premier ministre adjoint, du ministère de l'environnement, de l'alimentation et des affaires rurales ainsi que des représentants des usagers et des industriels.

⁵⁷ En 1995, des recommandations ont été publiées sur la consommation maximum d'alcool par semaine: 21 unités pour les hommes et 14 unités pour les femmes. 1 unité = 1 verre de vin = ¼ l de bière.

⁵⁸ La *Children and young people Unit* qui a pour mission de favoriser la participation des jeunes aux débats publics sélectionnera une vingtaine de personnes pour participer aux ateliers.

L'agence de développement de la santé a publié en 2002 une revue des évaluations des stratégies de prévention de l'alcoolisme : elle en conclut à un manque de preuve scientifique sur l'efficacité des actions et notamment à une pénurie de travaux sur la prévention en direction des jeunes, des femmes enceintes et sur les politiques menées sur les lieux de travail. Elle met en exergue le rôle que peuvent jouer les services de soins primaires et notamment les infirmières si elles sont effectivement formées. Concernant la prévention menée dans les écoles, les évaluations plaident en faveur de sessions interactives avec des petits groupes d'élèves et plutôt animées par d'autres jeunes que par les enseignants.

3.4.2.3 *Une lutte difficile contre l'alcoolisme des jeunes en Finlande dans un contexte de décentralisation des actions de prévention*

Compte tenu des problèmes de santé mentale qui restent importants en **Finlande**, et de la forte consommation d'alcool chez les jeunes, ce pays vient de décider de lancer un programme national sur l'alcool.

Si la consommation globale d'**alcool** est dans la moyenne des pays industrialisés, l'alcoolisme des jeunes est un problème majeur de santé publique, comme au Danemark et au Royaume-Uni. Globalement, 20% des hommes et moins de 5% des femmes de 15-69 ans ont un problème d'alcool mais 10% des buveurs représentent la moitié de la consommation d'alcool. 16% des jeunes filles de moins de 14 ans ont une consommation excessive d'alcool. La baisse générale de la consommation d'alcool entre 1993 et 1995 n'a été que provisoire et liée à la dépression économique. La consommation de bière et de vin a augmenté au cours des dernières années supplantant les alcools forts, qui représentent encore un quart environ de la consommation. Dans un rapport remis en 2002 « *pour sauvegarder l'avenir des services de santé* », l'abus d'alcool est identifié comme le principal problème de santé publique.

La **Finlande** avait inclus la lutte contre le tabac et l'alcool dans un plan global 1997-2001, *The Target and Action Plan for Social Welfare and Health Care*, qui a été complété par un **programme national sur l'alcool**, mis en œuvre depuis août 2001 : il a été élaboré pour les années 2000 par le comité permanent sur l'alcool, les drogues et la dépendance (ministère des affaires sociales et de la santé) à partir du plan d'action 2000-2005 de l'OMS Europe. Il comporte dix propositions d'actions « concrètes » comme le renforcement des moyens et de la coordination de la prévention, l'amélioration de l'accès aux services de santé et sociaux, la formation de médecins au niveau local, le soutien aux acteurs locaux pour développer des lieux de loisir et sport sans alcool.... L'entreprise publique Alko, qui détient le monopole de la distribution des alcools, participe à la mise en œuvre de ce programme. La politique de prévention de l'alcoolisme est fondée sur l'information, l'action sur les prix et la distribution, monopole d'Etat, interdiction de vente aux mineurs de 18 ans. Or, l'intégration dans le marché commun implique de libéraliser la distribution en 2003 et donc de revoir les instruments de la politique de lutte contre les effets négatifs de l'alcool. En matière de communication, les campagnes télévisées qui étaient très développées dans les années 1970 sont peu nombreuses actuellement car leur impact sur la modification des comportements s'avère faible. Le rapport « *pour sauvegarder l'avenir des services de santé* » préconise de réduire la teneur maximale en alcool des bières et alcools vendus chez les détaillants en dehors du réseau de l'Etat (elle est actuellement de 4,7%) ; il

estime notamment que cette mesure aurait un impact sur la consommation des jeunes et des enfants davantage que sur celle des adultes.

La loi relative « aux alcooliques et aux toxicomanes » de 1986 a pour objectif de diminuer l'abus de substances toxiques et les problèmes sociaux et de santé qui y sont liés. La prise en charge est globale, puisqu'on estime que plus d'un tiers des personnes qui avaient demandé l'assistance de l'action sociale, consommait régulièrement de l'alcool et des substances toxiques.

Depuis la décentralisation, ce sont les municipalités qui sont libres de mettre en place, ou non, des actions de prévention de l'alcoolisme.

Au niveau local, les municipalités disposent, seules ou à plusieurs, de personnes ressources, en s'appuyant sur des associations. Mais seules les municipalités de taille importantes disposent d'une stratégie. Ensuite, c'est une question de volonté politique, si ce thème est retenu dans les priorités locales de santé publique.

L'agence STAKES a créé un groupe de travail pour appuyer les municipalités, leur fournir l'information, diffuser un guide d'action pour une approche intégrée impliquant localement les services sociaux et de santé.

Les centres de prise en charge spécialisés, *cliniques A et centres d'aide et de conseil aux jeunes* sont des centres de soins en milieu ouvert. Avec l'objectif de traiter et de prévenir le problème de l'abus d'alcool ou de stupéfiants, d'aider les personnes et particulièrement les jeunes à surmonter les difficultés physiques, psychiques et sociales qui y sont liés, et de prévoir les conditions du retour à une vie normale pour prévenir les rechutes. Le personnel est composé à la fois de professionnels de santé et de travailleurs sociaux.

Mais ce sont les grandes villes qui sont les seules en capacité d'offrir, grâce aux centres d'aide et de conseil aux jeunes, une aide spécifique en matière de drogue ou d'alcool. Les services destinés aux alcooliques et toxicomanes mineurs relèvent des dispositions sur la protection de l'enfance. Certains services de protection infantile ont développé des activités qui répondent aux besoins des mineurs alcooliques ou toxicomanes.

La politique de prévention de l'alcoolisme semble difficile à mener et est inégalement répartie entre les municipalités. Il semble qu'elle touche davantage les populations dont la situation économique est difficile, surtout les jeunes, et rend nécessaire une approche qui intègre la santé et le social.

L'ensemble de ces actions de prévention ne semble pas avoir modifié les comportements des jeunes face à l'alcool.

3.4.3 *La prévention sanitaire en milieu carcéral reste difficile à appréhender*

Les personnes incarcérées présentant partout des problèmes de santé similaires : consommation de drogues, alcoolisme, maladies transmissibles et surtout santé mentale.

3.4.3.1 *Une volonté réelle au Royaume-Uni*

A la suite d'un rapport du corps d'inspection des prisons en 1999, il a été décidé une organisation nouvelle du système de santé en prison, qui va permettre, en 2003, d'intégrer le service de santé qui relevait du ministère de l'intérieur dans le NHS. Le personnel (75 agents au total, avec des petites équipes d'intervention locales d'une dizaine de personnes chacune) relèvera du NHS, et les services recevront leur budget du PCT dont ils relèveront, comme n'importe quel service de soins. Les ressources budgétaires (46M£ au total) ont été transférées au NHS. Les médecins relèvent du NHS.

La politique de santé dans les prisons affiche officiellement l'idée que les priorités définies pour l'ensemble du système de santé s'appliquent aussi dans les prisons, comme l'évaluation des besoins de santé des détenus, la prévention et la promotion de la santé. Un questionnaire doit en outre être remis aux détenus leur demandant leur appréciation du service de santé.

Un questionnaire « santé » doit être rempli à l'entrée par tous les détenus, intégré dans son dossier médical, et adressé au PCT de son lieu de résidence lorsqu'il sort. Un examen systématique du détenu est effectué dans les 24 heures suivant l'entrée par le médecin⁵⁹, mais cette mesure devrait évoluer en fonction des besoins.

Des programmes décidés au niveau central sont mis en œuvre progressivement pour améliorer la santé des détenus : un plan concernant la santé mentale, avec un coordonnateur pour en assurer le suivi à l'extérieur de la prison, et un programme de lutte contre les maladies transmissibles. Un programme de vaccination contre l'hépatite a été mis en œuvre avec succès.

Si le programme santé mentale est déjà bien lancé (plus de 30 prisons en bénéficient déjà), le programme de prévention contre les maladies transmissibles, programme pilote, s'avère plus délicat à mettre en œuvre : la distribution de préservatifs semble généralisée, en revanche la distribution de tablettes désinfectantes pour les seringues pour l'injection de drogue est contestée par les services carcéraux, et n'est pas encore entrée en application⁶⁰. Le sujet fait débat. La méthadone est utilisée dans les services de désintoxication.

Si ces sujets donnent encore matière à polémique, tout en posant de réels problèmes de santé publique, les actions de vaccination et de promotion de la santé sont plus faciles à mettre en œuvre.

⁵⁹ Une évaluation effectuée à la demande de la Prison Health Task Force avait montré que sur l'ensemble des détenus qui voient un médecin lors de l'incarcération, seuls un tiers d'entre eux en avait réellement besoin.

⁶⁰ Sauf en Ecosse depuis 10 ans

Les détenus sont en effet souvent disponibles et réceptifs à ces messages, l'information est largement diffusée (dépliants, affiches), en plusieurs langues, et les services de santé saisissent la disponibilité des détenus pour faire passer les messages de prévention.

3.4.3.2 Des tentatives pour renforcer la prévention sanitaire au Québec dans les prisons qui relèvent de sa compétence

L'organisation de la santé en prison relève du ministère de la sécurité publique, le **Québec** n'ayant que la responsabilité des détenus condamnés à une peine inférieure à deux ans, les autres détenus relevant des autorités fédérales.

Un rapport sur la santé des détenus a été récemment remis au ministère de la santé publique. Réalisé notamment à partir de questionnaires remplis par les détenus, il a permis de confirmer que les principaux problèmes de santé dont souffraient les détenus étaient la santé mentale, le SIDA, les hépatites et la drogue.

Même si le ministère de la sécurité publique se préoccupe de ces questions, et travaille en collaboration avec le CQCS, il n'a pas intégré une réelle approche de santé publique.

Un comité interministériel a été créé en 1992, avec le ministère de la sécurité publique et le CQCS. Il s'est donné comme priorité la problématique VIH et s'est doté d'un plan d'action en matière de santé en 1998.

La politique de réduction des risques n'est pas reprise en tant que telle dans l'approche de la prévention sanitaire en prison que suit le ministère de la sécurité publique. Un certain nombre d'actions de prévention sont néanmoins menées en prison : préservatifs, eau de javel, et suivi des traitements méthadones. En revanche, il n'est pas possible, contrairement au Royaume-Uni, de commencer une cure de désintoxication en engageant un traitement méthadone après l'incarcération.

En revanche, comme au Royaume-Uni, les détenus sont disponibles et réceptifs pour des actions de vaccination et de promotion de la santé non spécifiques, ce qui a permis d'engager une campagne de vaccination systématique pour l'hépatite B. Une campagne d'information utilisant des supports simples et largement utilisés en prison (cartes à jouer), est, après quelques vicissitudes, en cours de réalisation sur l'initiative du CQCS.

La politique de prévention en milieu carcéral est difficile à mettre en œuvre dans tous les États. Il semble que l'intégration dans les services de santé, comme en France ou au Royaume-Uni permette, toutes choses égales par ailleurs, de favoriser une approche de santé publique plus favorable à la prévention sanitaire.

3.4.4 La politique de prévention du SIDA et des MST suscite des interrogations

3.4.4.1 La nouvelle stratégie de lutte contre le SIDA du Québec: cibler les milieux les plus défavorisés

Les progrès thérapeutiques et les résultats des recherches sont encourageants. La prévalence du SIDA est en diminution au **Québec**, avec 5500 cas en 1999, et 41 nouveaux cas par an depuis 1999, contre 524 en 1994. La majorité des cas diagnostiqués se trouve chez les personnes de 25 à 45 ans, et plus de 16 000 personnes vivant au Québec vivraient avec le VIH, dont la déclaration est devenue obligatoire depuis avril 2002.

Comme dans les majorités des pays, en dépit des progrès réalisés au niveau de la prévention et des traitements, l'ampleur de l'épidémie reste importante. Elle s'accompagne d'une résurgence des MST.

Les progrès ont été notables grâce à de meilleures connaissances sur le virus, sur l'épidémie, sur les populations qui échappent aux messages de prévention, sur les comportements à risques et sur le développement des services de prise en charge.

Le rôle du CQSC, l'importance donnée aux régies régionales, l'encadrement de terrain effectué en particulier par les CLSC constituent des atouts pour reconsidérer l'efficacité des actions de prévention grâce à une approche à plusieurs niveaux. La stratégie de réduction des risques a été largement soutenue pour prévenir la diffusion de l'épidémie chez les toxicomanes, et les campagnes de prévention sont largement diffusées.

Néanmoins, toutes les études récentes montrent qu'en dépit des messages de prévention, une partie de personnes ne se protègent pas, principalement les jeunes les plus vulnérables, et les populations les plus défavorisées. Elles indiquent aussi qu'il ne suffit pas d'informer sur les mesures de protection et de fournir les moyens pour que les personnes les adoptent.

C'est pourquoi le Québec envisage désormais de réorienter sa stratégie en la replaçant dans un contexte plus large, qui articule les comportements de prévention avec l'environnement social, l'expression de la sexualité, les questions de toxicomanie, et l'approche, très importante au Québec, de l'estime de soi.

Le Québec va ainsi développer, au-delà des actions de prévention, une politique plus globale de prévention de la santé, en la ciblant davantage sur les personnes vulnérables que sur les seuls risques d'infection, et en incluant la prévention des MST. Il est également prévu, en s'appuyant sur les données épidémiologiques, de renforcer les recherches et études sur les évolutions des comportements.

3.4.4.2 *Une stratégie de prévention des maladies infectieuses globale au Royaume-Uni*

Le constat fait par les autorités sanitaires britannique montre une recrudescence des MST, des comportements à risques et l'importance des inégalités sociales dans l'accès aux soins pour ces maladies.

En dépit d'une politique de réduction des risques pour laquelle le Royaume-Uni a été précurseur, les chiffres de l'épidémie ne sont pas favorables : le nombre de nouveaux cas de séropositivité a atteint un record en 2000 – 4419 -, et environ 33 500 personnes seraient porteuses du VIH sans le savoir, les transmissions hétérosexuelles dépassant désormais les contaminations homosexuelles du fait notamment des populations migrantes, peu accessibles aux messages de prévention. Entre un tiers et la moitié des jeunes n'utilisent pas de contraceptif pour leur premier rapport et 58% des jeunes homosexuels de moins de 20 ans n'utilisent pas de préservatif.

Une stratégie nationale pour la santé sexuelle et le VIH a été lancée en 2001 pour les dix prochaines années. Elle porte à la fois sur la prévention, l'amélioration du système de soin et des services sociaux, et associe VIH et santé sexuelle qui étaient auparavant deux domaines distincts (les enveloppes budgétaires sont donc communes et peuvent être arbitrées au plan local). Ce plan bénéficie d'un budget additionnel de £47,5 millions (75,05 M€)⁶¹. Ses cinq objectifs sont de : réduire la transmission du VIH et des maladies sexuellement transmissibles (MST), réduire la prévalence des MST et VIH non diagnostiqués, réduire le taux de grossesses non désirées, améliorer la prise en charge sociale et sanitaire des personnes porteuses du VIH, réduire la stigmatisation associée au VIH et aux MST.

Parmi ces actions nationales, sont prévues, comme au Québec, des actions ciblées sur les populations vulnérables.

La stratégie n'est pas accompagnée de cibles chiffrées à l'exception de celle sur la réduction des nouveaux cas de blennorragies et d'infections par le VIH (baisse de 25% des infections contractées en 2007).

Au plan local, les PCT doivent identifier un responsable pour mettre en œuvre cette stratégie. Les indicateurs de performance des PCT doivent reprendre les objectifs du plan national (réduction des VIH non diagnostiqués, des nouvelles infections par le VIH et les blennorragies, progression de la vaccination contre l'hépatite B). La prévention du VIH s'appuie, au plan local, sur un travail en partenariat avec d'une part la communauté homosexuelle masculine et d'autre part avec la communauté africaine : deux réseaux existent ainsi au plan national (respectivement African HIV policy network et CHAPS Community HIV and AIDS prevention strategy). Les PCT réalisent régulièrement des évaluations de la stratégie de prévention menée : ainsi une évaluation de la prévention du VIH dans la communauté homosexuelle entre 1996 et 2001 et une évaluation de celle menée en direction de la communauté africaine entre 1997 et 2002 ont été publiées par l'autorité sanitaire de Enfield, Barnet et Haringey (banlieue de Londres).

⁶¹ £5,5 M ont été consommés en 2001/2002 et £14 M sont prévus pour 2002/2003.

La stratégie du Royaume-Uni est intéressante dans la mesure où, tirant comme le Québec le bilan du palier atteint par les politiques de prévention, ce pays choisit de réorienter sa stratégie. Néanmoins, cette approche reste davantage ciblée sur la prévention des groupes à risques que sur une problématique plus globale des comportements comme l'envisage le Québec.

Chaque pays montre bien, néanmoins, qu'en dépit de la pertinence des actions de prévention, il est indispensable, pour des pathologies qui concernent de si près les comportements, de disposer d'instruments d'évaluation souples, menés en liaison avec des associations. C'est sans doute un des éléments qui permettent de pouvoir disposer de stratégies conçues sur une période assez longue (dix ans au Royaume-Uni, 4 ans au Québec), mais pouvant être réorientées en cours d'application.

Conclusion : les facteurs de réussite des politiques de prévention

L'analyse des politiques de prévention dans les pays visités par la mission permet de retenir, dans chacun d'entre eux, les facteurs de réussite, qui peuvent, toutes choses égales par ailleurs, inspirer une politique nationale.

1. Les stratégies menées sont rendues plus crédibles par l'existence d'indicateurs chiffrés

Le **Royaume-Uni** a ainsi cherché à accompagner d'objectifs chiffrés les grandes orientations de santé publique affichées en 1999 par le Premier ministre, et les différents plans stratégiques présentés en parallèle pour les décliner.

La méthode se veut rigoureuse et cherche à donner un cadre global reconnu par tous les acteurs, les différents ministères, (dont le ministère des finances), les professionnels de santé, les associations, mais aussi la population. La gestion de la performance est prévue à tous les niveaux. La consultation de la population, le ciblage sur les populations des zones défavorisées permettent, au delà des indicateurs chiffrés, de donner une cohérence d'ensemble à la politique de santé publique.

Le maintien ou le renforcement des liens entre santé publique et système de soins est important pour rendre efficaces les politiques de prévention au Royaume-Uni: les plans associent souvent amélioration de la prévention et de la qualité des soins. L'intégration des objectifs de prévention dans le système de performance du NHS et dans les procédures d'inspection de la qualité sont essentiels pour maintenir la place de la prévention dans la politique de santé. Au niveau local, les indicateurs de performance ont été d'abord définis pour les services de soins. Pour renforcer la crédibilité des actions de prévention, le raisonnement en objectifs/moyens et le lien entre soins et prévention s'avèrent des enjeux majeurs.

Ces orientations, reposant sur des objectifs et indicateurs chiffrés, quoique moins systématiques, servent aussi de fondement aux plans de santé publique de la Finlande et du Québec. Ils constituent ainsi les critères les plus importants de l'évaluation.

2. Les agences de santé publique développent un fort potentiel de recherche et d'évaluation

L'intérêt de l'organisation de la prévention en **Finlande** repose sur une bonne articulation entre le ministère de la santé et des agences de santé publique. Le ministère des affaires sociales et de la santé s'est en effet recentré sur ses missions de pilotage et d'orientations politiques pour confier l'expertise et la recherche à des **agences dotées de moyens importants**.

Stakes et l'*Institut national de la santé publique* allient des compétences diverses, provenant à la fois de la médecine et des sciences sociales, et lient étroitement recherche scientifique et mise en œuvre des programmes de santé publique. L'existence de l'*Institut de santé au travail* est aussi un élément très positif de l'organisation de la santé publique en Finlande. Cet organisme permet de conduire des travaux de recherche sur les facteurs de risque, et des études sur l'exposition au risque qui fondent ensuite l'élaboration d'une véritable politique publique de santé au travail.

Les programmes de prévention sont étayés par des recherches scientifiques, qui sont régulièrement évaluées. **Il s'agit d'un critère essentiel de réussite des politiques de prévention.**

Ce qui semble en revanche moins pertinent dans l'organisation de la prévention concerne la décentralisation des politiques sociales et sanitaires dans les années 1990 en Finlande. La décentralisation a en effet permis d'adapter les services aux caractéristiques locales mais a rendu difficile la lisibilité des actions menées ainsi que l'organisation des services par des petites municipalités. Une réflexion est en cours en Finlande pour favoriser la coopération entre municipalités et renforcer l'échelon provincial comme niveau de coordination et comme appui. Même si les agences comme *Stakes* ont développé leur rôle de soutien méthodologique et scientifique aux municipalités, la connaissance par le niveau central des actions effectivement menées au plan local s'avère faible et il est difficile d'impulser des politiques de prévention de portée nationale comme la lutte contre l'abus d'alcool. Cet exemple souligne a contrario l'intérêt et l'enjeu d'une réflexion sur le système d'information à créer ou améliorer en cas de décentralisation accrue, ainsi que sur la diffusion de la recherche et de l'évaluation.

Le **Québec** s'est orienté vers une organisation en réseau qui permet de suivre au plus près la politique de prévention sanitaire menée. Les régies régionales de santé publique, qui servent de lien étroit entre le ministère de la santé et des services sociaux, participent à l'élaboration des plans arrêtés au plan national. Elles peuvent les adapter localement, ce qui constitue un atout non négligeable dans la coordination entre les différents niveaux. L'ensemble du réseau est impliqué dans la recherche et l'évaluation. La création des forums régionaux devrait permettre de mieux adapter les stratégies nationales à la réalité locale. Les liens rapprochés avec les services de première ligne permettent aussi une approche de terrain indispensable pour des politiques de prévention sanitaires **qui sont pour beaucoup des politiques de proximité, en associant l'approche sanitaire et l'approche sociale.**

De même, **au Royaume-Uni, le rôle de l'évaluation et de l'analyse scientifique, sont déterminants** dans la crédibilité et l'efficacité d'une politique de prévention : qualité de la surveillance sanitaire en amont, connaissance des actions de prévention efficaces, évaluation des résultats au niveau national et local sont des méthodologies que le Royaume-Uni développe et prévoit dans chaque plan de santé publique.

3. Les déterminants de la santé jouent un rôle croissant dans les politiques de prévention et impliquent des compétences diversifiées

Dans tous les pays, la prise en compte des déterminants de la santé devient un élément majeur des politiques de prévention : une approche globale remplace progressivement les actions ciblées. La Finlande comme le Québec et le Royaume-Uni combinent étroitement les approches sanitaire et sociale dans leurs politiques de prévention. Il s'agit d'une première étape pour à terme construire une stratégie interministérielle. Tel est l'objectif du **Royaume-Uni**, puisque la stratégie générale est portée par le Premier ministre, et que plusieurs programmes concernent l'ensemble du gouvernement.

C'est d'ailleurs un des éléments de travail de l'OMS que de permettre aux ministères de la santé de disposer d'éléments scientifiques et d'appuis méthodologiques pour occuper toute leur place dans une stratégie interministérielle. Chacun des ministres de la santé tente ainsi, avec des succès inégaux, de faire respecter les impératifs de santé publique dans les politiques publiques.

Les politiques de prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents impliquent quasi-systématiquement le ministère de l'éducation nationale, qu'il s'agisse des actions d'information sur les comportements à risque, de la participation aux actions d'information ou de l'éducation sexuelle à l'école.

Les actions de prévention des maladies cardio-vasculaires relèvent aussi de stratégies multiples, comme l'a montré l'action menée en **Finlande** : ministère de la santé, de l'agriculture, de l'activité physique etc.. ;

Une politique de prévention fondée sur les déterminants de la santé implique une réflexion nouvelle sur la répartition des compétences. La formation des personnels de la santé publique concerne de plus en plus d'autres professionnels de santé que les médecins, (infirmières, travailleurs sociaux), l'objectif pour la Finlande, le Royaume-Uni et le Québec étant de développer l'implication d'autres professionnels que les médecins dans les actions de prévention.

En outre, chaque pays, étant concerné par les problèmes de démographie médicale, tente aussi d'en tirer les conséquences en élargissant les compétences de l'ensemble des professionnels concernés par les questions de santé.

*
* *

Les études menées dans les pays étudiés montrent qu'en dépit d'une méthodologie rigoureuse, il est difficile d'apprécier l'efficacité d'une politique de prévention : il est facile de raisonner en terme de population vaccinée, ou dépistée, mais moins aisé de comprendre pourquoi une politique de prévention du SIDA n'atteint pas les effets escomptés.

Une mention spécifique doit être faite en direction des jeunes, classe d'âge pour laquelle les messages de prévention sont très difficiles à élaborer et les politiques délicates à rendre efficaces et crédibles alors qu'il s'agit de politiques de moyen ou de long terme. Il faut aussi tenir compte des arbitrages personnels entre une pratique, reconnue néfaste pour la santé, et les bénéfices supposés (alcool et convivialité, tabagisme et régulation du poids...).

L'efficacité de la politique de prévention dépend certes de son organisation, de l'impulsion donnée au niveau national et de l'adaptation aux caractéristiques locales ; elle dépend aussi des financements qui y sont consacrés. Elle doit tenir compte aussi caractéristiques culturelles et sociologiques des populations concernées.

Éléments d'appréciation pour une politique de prévention sanitaire réussie

Le constat est similaire dans les différents Etats étudiés

- ⇒ les indicateurs sanitaires sont parmi les meilleurs des pays développés
- ⇒ les maladies chroniques persistent ou s'aggravent ; elles sont très dépendantes des modes et habitudes de vie
- ⇒ les inégalités sociales devant la santé ne se réduisent pas, voire s'aggravent
- ⇒ le débat sur la santé est public et ne porte pas seulement sur le financement du système de santé

Les politiques menées privilégient une approche globale, alliant santé et social

- ⇒ des agences de santé publique intègrent la prévention sanitaire dans une démarche globale
- ⇒ la politique globale de santé publique s'insère dans des plans stratégiques à moyen terme, avec des objectifs chiffrés et s'oriente de manière croissante vers la promotion de la santé
- ⇒ les plans stratégiques sont élaborés à partir de programmes de recherche et évalués en temps réel
- ⇒ l'évaluation est interne ou externe (OMS) ; elle peut permettre de réajuster les objectifs pendant la réalisation du plan stratégique

La prévention ne peut être isolée du fonctionnement du système de soins

- ⇒ chaque Etat est confronté aux questions de financement du système de soins et aux problèmes de démographie médicale
- ⇒ les succès de la prévention sont liés aux capacités du système de soins à prendre en charge les pathologies à temps et dans les meilleures conditions

La politique de promotion de la santé dépend de la contribution de la recherche

- ⇒ l'inégal succès des politiques de prévention rend encore plus indispensables les recherches interdisciplinaires
- ⇒ l'indépendance de la recherche par rapport aux différents groupes de pression est particulièrement importante pour tout ce qui concerne la prévention sanitaire

La mise en œuvre de la politique de prévention sanitaire est souvent locale

- ⇒ déconcentrée ou décentralisée, la politique de prévention sanitaire est une politique de proximité qui vise à pallier les inégalités régionales et sociales
- ⇒ les centres de santé communautaires sont un atout pour concilier l'approche sanitaire et sociale
- ⇒ le système scolaire et le milieu associatif sont des partenaires obligés

Les moyens de la prévention doivent être développés

- ⇒ la stabilité du financement des actions est prévue, mais n'est pas toujours effective
- ⇒ le coût de la prévention doit être mieux identifié
- ⇒ la prévention ne repose plus sur l'action du seul médecin généraliste : les infirmières jouent un rôle croissant et de nouvelles professions apparaissent au-delà du champ sanitaire
- ⇒ la formation en santé publique, indispensable pour les professionnels de santé comme pour les intervenants sociaux, fait l'objet de réformes ou de réflexions dans de nombreux pays

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 **Note de cadrage (en cours de numérisation, bientôt disponible)**

Annexe 2 **Personnes rencontrées**

Annexe 3 **La prévention sanitaire au Royaume-Uni**

Annexe 4 **la prévention sanitaire en Finlande**

Annexe 5 **La prévention sanitaire au Québec**

ANNEXE 1
Note de cadrage

ANNEXE 1 : NOTE DE CADRAGE

Rapport annuel 2003 - Note de cadrage

La prévention sanitaire, éléments de comparaisons internationales

Problématique

Il est aujourd'hui difficilement envisageable de traiter un tel sujet sans se référer à ce qui se pratique dans les autres pays développés. A la fois pour mieux appréhender ce qui ferait la spécificité française, pour analyser les systèmes et les expériences dont notre pays pourrait s'inspirer avec profit, pour le situer par rapport aux autres.

Objectifs

L'objectif de cette mission est double.

D'une part, il s'agira d'effectuer un diagnostic ciblé sur certains aspects de l'organisation de la prévention dans trois pays développés

Le Royaume-Uni, où, malgré la crise du système de soins, existe une forte tradition de santé publique, une approche de la formation des professionnels en santé publique différente de la vision française, et où des résultats spectaculaires ont été obtenus, par exemple, en matière de lutte contre le suicide au cours des vingt dernières années.

Le Québec, où les régies régionales de santé sont très actives en matière d'épidémiologie et de prévention.

La Finlande, où par tradition et culture, l'approche de la prévention est particulièrement offensive, en particulier dans le domaine de la santé au travail.

Des investigations complémentaires pourraient être également effectuées aux Pays-Bas (approche épidémiologique de la prévention) et en Italie (approche de la prévention en milieu de travail).

D'autre part, il s'agira d'effectuer, via l'OMS, l'Union européenne, le réseau des conseillers sociaux notamment, des recherches documentaires et statistiques élargies sur les indicateurs de santé et sur la place de la prévention dans les systèmes de santé étrangers. Un questionnaire destiné aux conseillers sociaux sera sans doute utile, afin d'homogénéiser les démarches et les réponses de ces derniers.

ANNEXE 2
Personnes rencontrées

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1. France

Direction générale de la santé

Pr Lucien ABENHAÏM, directeur

Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI)

Jacques MAIRE, délégué
Anne PINTEAU, chargée du suivi OMS
Jean-Paul GIACOBBI,

Direction de la recherche, des études et de l'évaluation en santé (DREES)

Diane LEQUET-SLAMA

INPES

Philippe LAMOUREUX, directeur
Bernadette ROUSSILLE

Autres institutions

Jean-François GIRARD, président de l'Institut de recherche pour le développement
Christian ROLLET, Directeur de la Caisse des mines, ancien directeur de l'ENSP et du réseau ASPHER

2. Organisations internationales

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Dr Yves CHARPAK, conseiller auprès du directeur régional OMS-Europe

OCDE

Stéphane JACOBZONE, économiste principal, coordinateur, projet sur la santé

3. Royaume Uni

Cabinet Office – Strategy Unit

Sarah GRAHAM, deputy adviser
Cathy LAW, member of the alcohol project

Department of Health (DH)

Edmund WATERHOUSE, Business manager and deputy division head, Public health division

Mark BENETT, Senior policy adviser for cardiovascular and cancer prevention

Alison HADLEY, local implementation and contraceptive services policy manager

Linda JOHNSON-LAIRD, Sexual health policy

Keith FOSTER, responsable du programme prévention du suicide

National Health Service (NHS)

Julietta PATNICK, National coordinator of cancer screening programmes for England

Public Health Laboratory Service (PHLS)

Dr Angus NICOLL, director of the PHLS Communicable diseases surveillance Centre

Health Development Agency (HDA)

Viv SPELLER, director

Sure Start North West Kensington (Londres)

Jo HARRISON, programme director

Membres de l'équipe santé (Health team)

Camden and Islington substance misuse services – Margarete Centre

Sally SPURREL, assistant director

Dr Dborah ZADOR, consultant psychiatrist

Enfield Healthy living centre

Michelle DANIELS, Health promotion manager, Enfield Primary care trust

Tim HOYLE, Enfield Healthy living centre manager

Baljeet PHULL, New opportunities Fund

Departement of Environment, Food and Rural Affairs (DEFRA)

Dr Martin WILLIAMS, Head of air and environment quality division

Daniel INSTONE, Head of the water quality division

Joe BONSALE, Policy adviser on bathing water

Peter JIGGINS, Policy adviser on drinking water

Health and Safety Executive (HSE)

Elizabeth GYNGELL, Head of the HSE's Health strategy division

Trade Union Congress

Owen TUDOR, Senior policy officer (prevention, rehabilitation, compensation)

Ambassade de France

Christiane DUCASTELLE, conseillère sociale

4. Finlande

Ministère de la santé et des affaires sociales

Dr Jarkko ESKOLA, direction générale des affaires sociales et familiales

Dr Eero LAHTINEN, direction générale de la santé

Dr Tapani MELKAS, direction générale de la santé

Mari Miettinen, chargée de la promotion de l'activité physique

Marja-Leena HILTUNEN, santé au travail

Centre de promotion de la santé

Dr Harri VERTIO, directeur

Institut finlandais de la santé au travail (FIOH)

Jorma RANTANEN, directeur général

Matti YLIKOSKI, directeur du centre de formation

Centre de recherche et développement pour la santé et les services sociaux (STAKES)

Pr Mauno KONTTINEN, directeur général adjoint

Maarku PEKURINEN, directeur du centre d'économie de la santé

Olli NYLANDER, chargé du système d'information et des statistiques

Nina HAAPANEN, chargée du système d'information et des statistiques

Sinikka SIHVO, chercheur, projet grossesses non désirées

Juha AHONEN, chercheur, projet « meaningful life ! »

Maila UPANNE, chargée de la prévention du suicide

Maarit ALASUUTARI, chercheur, prévention chez les enfants

Sini TOIKKA, coordinatrice d'un projet enfance

Leena WARSELL, prévention de l'abus de substances

Maarku SOIKKELI, prévention de l'abus de substances

Kirsi-Marja LEHTELA

Institut national de la santé publique (KTL)

Pr Jussi HUTTUNEN, directeur général

Dr Terhi KILPI, directeur de l'unité clinique du département de vaccination

Pr Erkki VARTIANEN, directeur du département d'épidémiologie et de promotion de la santé

Dr Veikko SALOMAA, responsable de l'unité d'épidémiologie des maladies chroniques et de prévention

Dr Liisa VALSTA, chercheur, département d'épidémiologie et de promotion de la santé, unité nutrition

Municipalité d'Espoo

Juha METSA, directeur des services de santé et services sociaux
Kerttu PERTTILA, chargée des stratégies municipales pour la promotion de la santé,
STAKES

Ambassade de France

Alain LEFEBVRE, conseiller social
Philippe CERF, premier conseiller

5. Québec

Ministère de la santé et des services sociaux

Richard MASSE, Sous-ministre adjoint, Ministère de la santé et des services sociaux,
Direction générale de la santé publique
René LEDUC, Directeur général de l'aide internationale et de la coopération, ministère des
relations internationales
Caroline BARBER, attachée de presse du ministre délégué à la santé, aux services sociaux, à
la protection de la jeunesse et à la prévention
Hélène BEAULIEU, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la
santé publique, conseillère en coopération internationale
Dr. Luc BHERER, médecin-conseil, santé au travail
Céline LEMIEUX, direction de la protection de la santé publique
Martine PAGEAU, responsable de la sécurité alimentaire
Monique SEGUIN, responsable du programme allaitement maternel
M. Albert DAVELUY, santé-environnement
Louise THERRIEN, responsable de l'unité « enfance, adolescence »
Jocelyne CHAREST, responsable des campagnes de publicité, de la commandite, de la
recherche
Pierrette FORTIER, responsable du programme « prévention et petite enfance »
Sonia MORIN, responsable du programme « parler, c'est grandir »
Pierrette FORTIER, responsable du programme toxicomanie
Sylvie VEILL, responsable du projet « Québec en forme »

Commission de la santé et de la sécurité au travail

Daniel CARON, Commission de la santé et de la sécurité au travail

Institut national de santé publique du Québec (INSQ)

Louis-E. BERNARD, Président-directeur général de l'Institut national de santé publique du
Québec (INSQ)
Guy SANFACON, toxicologue, conseiller scientifique
Jean-Marc LECLERC, conseiller santé-environnement

Centre local des services communautaires (CLSC) Haute-Ville-des-Rivières, Québec

Henriette JACQUES, Directrice générale adjointe du centre local des services
communautaires (CLSC) Haute-Ville-des-Rivières, Québec

Hugues MATTE, Directeur des services communautaires, CLSC, Haute-Ville-des-Rivières, Québec

Université de Montréal

Christine Colin, doyenne de la Faculté des sciences infirmières

André-Pierre CONSTANDRIOPOULOS, Professeur, Faculté de médecine, Département d'administration de la santé

Régie régionale de santé publique de Montréal

Richard LESSART, Directeur de la santé publique

Dr. Michel ROSSIGNOL, Epidemiologiste

Centre Québécois de lutte contre le SIDA (CQCS)

Lise GUERARD, Directrice du CQCS

Richard CLOUTIER responsable du programme de prévention chez les jeunes et utilisateurs de drogues par injection

Sylvie VENNE , responsable du programme MTS

Benoit VIGNEAU, responsable du programme de prévention en milieu carcéral

Martine MORIN, responsable du programme de dépistage

Consulat de France

Jacques AUDIBERT, Consul général de France à Québec

Jean-Luc MANNO, conseiller scientifique

Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité

Pierre GOTTELY, secrétaire général

6. Conseillers aux affaires sociales des Ambassades à Paris

Lutz VOGT, conseiller social de l'Ambassade d'Allemagne

Jos Draijer, conseiller social de l'Ambassade des Pays-Bas

Tiina JORTIKKA-LAITINEN, conseillère chargée des relations bilatérales à l'Ambassade de Finlande

M. SANCHIS-GARCIA, conseiller chargé des affaires économiques et sociales à l'Ambassade d'Espagne

Helen PENNANT-PILKINSON, conseillère sociale de l'Ambassade du Royaume-Uni

ANNEXE 3
LA PREVENTION SANITAIRE AU ROYAUME-UNI

LA PREVENTION SANITAIRE AU ROYAUME-UNI

1. LA DÉTERMINATION DES PRIORITÉS : UNE STRATÉGIE GLOBALE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ PORTÉE PAR LE PREMIER MINISTRE	3
1.1 LA MÉTHODE : UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE LA PRÉVENTION SANITAIRE APPUYÉE SUR DES OBJECTIFS CHIFFRÉS ET UNE CONSULTATION DE LA POPULATION	3
1.1.1 <i>La prévention comme élément d'une politique globale de réduction des inégalités : une mise en commun des aspects sanitaires et sociaux</i>	3
1.1.2 <i>Des plans stratégiques qui fixent des objectifs chiffrés</i>	4
1.1.3 <i>Une consultation de la population et des relais concernés</i>	5
1.2 LE DÉVELOPPEMENT DE L'EXPERTISE EN SANTÉ PUBLIQUE ET LA PROFESSIONNALISATION DE LA PRÉVENTION	6
1.2.1 <i>Les acteurs de la prévention : une réflexion en cours sur la répartition des compétences</i>	6
1.2.2 <i>Le renforcement de la surveillance épidémiologique</i>	8
1.2.3 <i>Le développement de l'évaluation des actions de prévention</i>	9
2. UNE MISE EN ŒUVRE DÉCENTRALISÉE POUR ADAPTER LES POLITIQUES DE PRÉVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES LOCALES.....	11
2.1 UNE DÉCENTRALISATION ACCRUE RÉCEMMENT DANS LE CADRE DE LA RÉFORME DU NHS	11
2.1.1 <i>La réforme du NHS accroît la marge de manœuvre au plan local et l'articulation entre politiques sanitaire et sociale</i>	11
2.1.2 <i>Les stratégies nationales sont déclinées par des partenariats au plan local</i>	11
2.2 LA POLITIQUE DE PRÉVENTION BRITANNIQUE CIBLE LES ZONES DÉFAVORISÉES ET S'APPUIE FORTEMENT SUR LES COMMUNAUTÉS ETHNIQUES	12
3. CONCLUSION SUR L'EFFICACITÉ DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION	14
3.1 DES EXEMPLES D' ACTIONS EFFICACES.....	14
3.2 SYNTHÈSE	14

Si les indicateurs de santé placent généralement le Royaume-Uni en moins bonne position que la France, **la mortalité prématurée, notamment celle des hommes, est sensiblement moins importante au Royaume-Uni.**

Les résultats sanitaires britanniques sont contrastés :

- l'espérance de vie à la naissance est équivalente pour les hommes et plus élevée pour les femmes en France. Le taux de mortalité infantile est sensiblement plus élevé au Royaume-Uni qu'en France (5,6 décès pour mille naissances contre 4,5 en France en 2000) avec une baisse moins rapide dans les années 1980 et 1990. Le taux de mortalité périnatale est l'un des plus élevés des pays développés. Le taux de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire figure parmi les plus mauvais d'Europe. Les maladies ischémiques représentent 22% des causes de décès contre un peu plus de 8% en France : 107 048 personnes sont mortes de maladies cardiovasculaires en 1999 dont près de 39 000 avaient moins de 75 ans. La mortalité par cancer est plus élevée, en proportion, qu'en France. Une étude de l'OCDE sur le cancer du sein montre que les taux de survie à 5 ans sont parmi les moins élevés des pays développés. A contrario, le taux de mortalité par cancer (lié au tabagisme) des hommes de 35 à 69 ans a régulièrement décliné avec la baisse du tabagisme (de 265 décès pour 100 000 hommes en 1965 à 100 à la fin des années 1990) ;
- en revanche, les maladies infectieuses parasitaires, le VIH, les maladies endocriniennes métaboliques sont responsables de moins de décès qu'en France. Surtout, les causes extérieures de décès (blessures, accidents, suicides) sont bien inférieures au Royaume-Uni par rapport à la plupart des pays développés et particulièrement la France. Alors que le nombre d'années de vie potentielles perdues est de plus de 5 758 pour 100 000 hommes de moins de 69 ans en France, il n'est que de 4 833 au Royaume-Uni. Les inégalités de santé sont cependant importantes.

Ces résultats en matière de mortalité prématurée sont-ils le reflet d'une politique de santé publique efficace alors que les moindres performances sanitaires seraient en partie dues à un sous-investissement dans le système de santé ? La part des dépenses de santé dans le PIB est de 7,3% en 2000. Le National Health Service (NHS) qui est fondé sur l'universalité, le financement par l'impôt et la gratuité de la couverture, assure 95% de l'offre médicale. Les généralistes, qui assurent le suivi des patients, filtrent l'accès aux spécialistes, basés à l'hôpital. La densité médicale des médecins généralistes est faible par rapport à la France et à la plupart des pays développés (1 médecin pour 2000 habitants) et le Royaume-Uni est confronté à des problèmes de démographie médicale.

La réforme du NHS, lancée en 2000, prévoit une augmentation de son budget de 7,4% par an entre 2002 et 2008 soit 44% sur la période portant le budget à £90 Mds (142 Mds €). **Il n'existe pas de présentation consolidée des dépenses de prévention.**

Elles étaient estimées à 5% du budget des dépenses publiques de santé (NHS) : elles atteignaient, en 1997-98, £1,83 Mds (2,9 Mds €) réparties en £330 M pour la « prévention de la maladie » au niveau national et £1,5 Mds au niveau local¹.

1. La détermination des priorités : une stratégie globale d'amélioration de la santé portée par le Premier ministre

1.1 La méthode : une approche intégrée de la prévention sanitaire appuyée sur des objectifs chiffrés et une consultation de la population

1.1.1 La prévention comme élément d'une politique globale de réduction des inégalités : une mise en commun des aspects sanitaires et sociaux

En 1999, le Premier ministre s'est engagé à réduire les inégalités de santé et à éradiquer la pauvreté des enfants en une génération en la réduisant de moitié d'ici 2010. Un livre blanc « *saving lives : our healthier nation* », publié en juillet 1999, fixe la stratégie de santé publique du gouvernement pour réduire, d'ici 2010, de 300 000 le nombre de morts prématurées. Les deux objectifs généraux sont l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités de santé. Quatre domaines font l'objet de cibles chiffrées :

- le cancer : réduire de 20% la mortalité pour les moins de 75 ans.
- les maladies cardio-vasculaires : réduire de 40% la mortalité pour les moins de 75 ans ;
- les accidents : réduire de 20% la mortalité et de 10% les blessures graves ;
- les suicides et accidents non déterminés : réduire de 20% la mortalité.

Cette stratégie de santé publique est présentée comme celle du gouvernement et implique donc la plupart des ministères au-delà du ministère de la santé. Le contrat de service public (*public service agreement*) que le ministère de la santé a conclu avec le ministère des finances (HM Treasury) formalise les quatre principaux objectifs pour la période 2001-2004 :

- améliorer la santé : réduire les taux de mortalité précoce et les inégalités de santé ;
- améliorer les soins en réduisant les délais d'attente notamment ;
- veiller à la qualité de la prise en charge pour les personnes âgées, les enfants et les toxicomanes (développement des programmes de désintoxication) ;
- améliorer l'accessibilité aux soins (24 h pour un professionnel de santé de premier recours, 48h pour un médecin en 2004).

¹ £300 M pour la prévention réalisée par les médecins généralistes, £400 M pour l'éducation sanitaire, £200 M pour les visiteurs de santé et les infirmières dans les écoles. Ce budget n'inclut pas toutes les formes de prévention comme les bilans dentaires et les mesures en faveur de patients présentant des risques coronariens. En 2002/03, le budget alloué au plan national à la santé publique est de £390 M et celui du dépistage de £16,3 M ; le budget pour les agences de surveillance sanitaire est de £195 M. Sur un budget de publicité de £36 M, les campagnes nationales du ministère de la santé en faveur de la prévention (tabac, grossesses précoces, vaccination...) représentent £20,5 M. Les dépenses de prévention au niveau local ne sont pas identifiées.

Si le ministre de la santé est responsable de ces objectifs, le ministre de la santé publique, le ministre de l'éducation et le ministre de l'emploi sont également responsables de certains programmes, comme le *Sure start* qui vise une meilleure prise en charge sociale et sanitaire des enfants dans les zones défavorisées.

La stratégie britannique en matière de santé publique présente ainsi quelques caractéristiques fortes et qui semblent positives à la mission :

- les programmes de santé publique sont soutenus par une stratégie de moyen terme (réduire les inégalités et la mortalité précoce) qui est portée par le Premier ministre et l'ensemble du gouvernement ;
- la prévention est intégrée dans une politique d'amélioration du système de soins : l'amélioration de la santé est un enjeu majeur pour le NHS qui doit bénéficier de crédits supplémentaires (40% de plus de 2002 à 2008 portant la part des dépenses de santé dans le PIB à 10% en 2020)² ;
- les approches sociales et sanitaires sont étroitement liées, cette politique globale étant facilitée par l'adoption d'un budget commun aux services sanitaires et sociaux.

1.1.2 Des plans stratégiques qui fixent des objectifs chiffrés

Le changement de méthode dans l'élaboration des politiques de prévention s'avère crucial pour que la santé publique ne soit pas sacrifiée aux priorités souvent plus urgentes et visibles du système de soins : le raisonnement en objectifs/moyens et l'évaluation des actions menées sont ainsi mis en avant par la division santé publique du ministère de la santé³.

Parmi les principales priorités du ministère de la santé, figurent :

- la lutte contre le tabagisme qui permet de traiter du cancer, des maladies cardio-vasculaires et des inégalités de santé ;
- la prévention des grossesses précoces, comme élément de la stratégie de réduction des inégalités et de la pauvreté des enfants ;
- la lutte contre la toxicomanie.

La prévention des maladies sexuellement transmissibles, la prévention de l'obésité et la promotion de la nutrition sont des sujets importants mais relativement moins prioritaires. La promotion de l'activité physique est moins développée, faute de preuves scientifiques sur son efficacité.

Il existe plusieurs plans stratégiques établis entre 1999 et 2002 qui associent à la fois un volet préventif et curatif :

- un cadre national des services pour les maladies cardio-vasculaires
- un plan national de lutte contre le cancer dont un programme national de dépistage (septembre 2000)

² Rapport WANLESS « *Securing our future health : taking a long term view* », avril 2002

³ Cette division comporte quatre volets : la prévention des maladies cardio-vasculaires, la santé sexuelle et les dépendances, les inégalités de santé, la mise en œuvre de la politique (compétences, métiers, information).

- une stratégie nationale de prévention des grossesses précoces (1999)
- un programme *Sure Start* pour la santé des enfants dans les zones défavorisées (1999)
- une stratégie nationale pour la santé sexuelle et le VIH (2001)
- une stratégie nationale de prévention du suicide (2002).

Un plan est en cours d'élaboration sur la prévention des dommages causés par l'abus d'alcool.

Chacun de ces plans établit des **cibles chiffrées à l'horizon 2010** avec éventuellement des objectifs intermédiaires en 2005 : par exemple, la stratégie en matière de grossesses précoces vise à réduire de moitié le taux de grossesse des moins de 18 ans en 2010 ; le programme *Sure Start* fixe un objectif de réduction de 10% du taux de femmes enceintes qui fument. Ces cibles sont établies en fonction des tendances observées et ne sont pas forcément très ambitieuses : le réalisme est privilégié et les indicateurs retenus sont très précisément définis (source, périmètre, année de référence).

La plupart des plans s'efforcent **d'évaluer le coût de la mauvaise santé**, de l'absence de stratégie pour souligner les gains potentiels (santé, productivité, social...) : ainsi, la prévention des grossesses précoces permettrait déjà d'économiser plus de £2,5 Mds par an (3,95 Mds €) ; les coûts globaux de l'abus d'alcool seraient compris entre 2% et 5% du PIB.

1.1.3 Une consultation de la population et des relais concernés

Les plans de santé publique sont élaborés en deux temps pour intégrer l'avis de la population et des personnes concernées : le projet élaboré, par un groupe d'experts réunissant des représentants de l'administration, des professionnels de santé, des universitaires et des associations, est soumis à une **large consultation** sur internet. Des consultations régionales ou ciblées sur les groupes concernés sont également organisées, avec souvent un déplacement des services du Premier ministre.

Le Code de pratique des consultations écrites, établi par le Cabinet Office (services du Premier ministre) en 2000, définit sept critères pour ces consultations publiques :

- prévoir le temps nécessaire à la consultation dès le début de la procédure ;
- indiquer clairement les personnes consultées, les questions posées, les délais et l'objectif
- le document doit être simple et concis, avec un résumé et les principales questions sur lesquelles il porte ;
- le document doit être largement diffusé, notamment par voie électronique, et signalé aux personnes concernées ;
- un minimum de 12 semaines doit être prévu pour la consultation ;
- les réponses doivent être soigneusement analysées et les résultats largement diffusés ;
- les ministères doivent piloter les consultations en désignant un coordinateur.

Le débat paraît réel avec par exemple, pour la stratégie sur la santé sexuelle, 400 réactions sur internet, six forums régionaux et des consultations avec les principales

associations de lutte contre le Sida. La stratégie finale recense les principaux commentaires et tient effectivement compte des remarques, même si les inflexions apportées sont parfois mineures (par exemple, inversion de la présentation des priorités dans le plan suicide pour mettre en avant les individus et non les moyens de suicide).

Au stade du suivi et de l'évaluation, les personnes concernées sont également associées : dans la plupart des programmes de santé publique, un comité consultatif indépendant rassemble des représentants des associations, des universitaires, des professionnels de santé, des individus...et émet un avis, public, sur la mise en œuvre de la stratégie. Ainsi, pour la prévention des grossesses précoces, un groupe consultatif indépendant, formé de 29 personnes, est chargé d'établir un rapport annuel. L'indemnisation des membres du groupe est prévue avec une indemnité journalière de £111 (175 €) pour assister aux réunions et un remboursement des frais de transport.

Au niveau local, la plupart des programmes associe des représentants des usagers : ainsi les centres *Sure Start* comportent un conseil d'administration avec une représentation tripartite des services sanitaires et sociaux, des associations et des parents, élus pour deux ans. La mobilisation des parents s'avèrent cependant délicate et la question de leur représentativité se pose. La constitution de panels d'usagers locaux dans les *primary care trusts* s'accompagne d'une réflexion sur leur formation : un PCT de la banlieue de Londres diffuse ainsi une publicité pour former quatre personnes à raison de quatre matinées sur un mois.

1.2 Le développement de l'expertise en santé publique et la professionnalisation de la prévention

1.2.1 Les acteurs de la prévention : une réflexion en cours sur la répartition des compétences

Le ministère de la santé britannique (Chief Medical Officer) distingue trois niveaux de professionnels en santé publique :

- les spécialistes de la santé publique qui sont actuellement tous des médecins et en nombre limité (2 476 médecins de santé publique sur un total de 100 319 médecins du NHS en 2001) ;
- les praticiens : visiteurs de santé⁴, infirmières de santé publique, consultants en tabacologie, officiers de santé-environnement...
- les professionnels dans le secteur sanitaire ou social qui peuvent avoir à conduire des actions de santé publique et qui doivent être sensibilisés.

Les médecins généralistes ont été incités à participer à des actions de prévention avec des système de primes : ils bénéficient d'une rémunération mixte qui combine un paiement à la capitation, des remboursements de frais administratifs et des forfaits pour les actions de santé publique telles que la vaccination, la promotion de la santé ou la gestion des maladies chroniques (diabète, asthme). La quasi totalité des médecins est engagée dans ce type d'actions :

⁴ Ces infirmières peuvent se rendre au domicile, souvent pour aider les mères après leur accouchement ou pour assister, à la demande du médecin généraliste, des personnes atteintes de maladie chronique.

- la promotion de l'éducation à la santé est rémunérée à hauteur de £2 740 (4 330 €) par an pour les généralistes⁵,
- £475 (750 €) pour le suivi des malades du diabète et de l'asthme (95% des médecins),
- une partie de la rémunération est fonction de la population couverte pour la vaccination des enfants⁶ et le suivi gynécologique (97% à 99% des médecins bénéficient de cette rémunération en 2000 et 70% ont dépassé le seuil ouvrant la rémunération la plus élevée).

Les primes accordées en fonction de la couverture vaccinale auraient été très efficaces pour sensibiliser les médecins généralistes à une approche en termes de population et améliorer les taux de couverture : en 2001, 91% des enfants de moins de deux ans sont vaccinés et 65% des personnes de plus de 65 ans sont immunisées contre la grippe. Il importe toutefois de veiller à ce que l'incitation financière du médecin ne conduise à une pression sur le patient et un moindre respect de ses choix (exemple donné du dépistage du cancer de l'utérus). En revanche, les autres incitations financières introduites dans les années 1990 pour mettre en place des consultations de promotion de la santé⁷ se sont avérées peu efficaces et leur impact est difficile à évaluer. De même, le suivi par le généraliste des maladies chroniques doit être amélioré pour passer à une approche davantage proactive en direction des patients qui ne viennent pas forcément en consultation.

Une négociation est en cours pour modifier le mode de rémunération des généralistes : le cabinet médical serait rémunéré en distinguant trois types de services, les « services essentiels » qui correspondent aux soins, les « services additionnels » qui sont les actions de prévention et restent optionnels, les actions de modernisation ou de formation dans le cadre du cabinet.

La réforme du système de santé s'accompagne d'une réflexion sur la formation et les compétences des professionnels de santé. Elle vise à étendre la spécialisation de santé publique au-delà des médecins, à renforcer le rôle des services de soins primaires et notamment des infirmières dans la prévention :

- la carrière de santé publique va être ouverte aux non médecins : le ministère de la santé travaille à la création de postes de directeurs de la santé publique dans les *primary care trusts* qui pourront être occupés par des spécialistes non médecins ;
- les conditions d'obtention du diplôme de médecin en santé publique ont été modifiées en juin 2002 : le futur médecin doit suivre une formation de deux ans en médecine générale, quatre ans de spécialisation (dont un an de formation de « higher specialist » après concours, trois mois de formation en surveillance épidémiologique et santé environnement dans un service du NHS et un an supplémentaire dans un service du NHS) et doit être admis comme membre de la Faculté de médecine de santé publique du Collège royal des médecins ;

⁵ Les généralistes anglais touchent en moyenne un revenu net de 56 510 livres par an (janvier 2002).

⁶ Les deux niveaux de prime dépendent de la couverture des enfants pour quatre groupes de vaccins : 1) la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite ; 2) la coqueluche ; 3) les oreillons-rougeole-rubéole ; 4) la grippe.

⁷ Des primes étaient accordées aux médecins qui mettaient en place des cours de promotion de la santé, par groupe de 10 personnes environ, sur le sujet de leur choix.

- le rôle des infirmières dans la prévention devrait être renforcé et des formations mises en place : les visiteurs de santé pourraient ainsi assurer un suivi de prévention après une consultation chez le généraliste, les infirmières devraient intervenir davantage dans les écoles...
- une agence, *Health development agency*, a été créée pour renforcer la professionnalisation dans le champ de la santé publique (révision des programmes de formation, diffusion d'information...) et soutenir les différents acteurs, notamment dans le secteur de la santé scolaire (cf. infra).

Le rapport WANLESS sur l'avenir du système de santé publié en avril 2002 préconise une révision du partage de compétences entre professionnels de santé, avec un transfert de tâches du médecin généraliste vers l'infirmière (20% de la charge de travail médical) et de celle-ci vers l'assistante médicale (*health care assistant*) (12,5% du travail infirmier). Il souligne également les avantages potentiels d'un investissement accru dans la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Le renforcement du rôle des patients dans la gestion de leur maladie, notamment pour les maladies chroniques, est une piste également explorée par les autorités britanniques : s'inspirant d'un exemple américain, un programme développe ainsi les groupes de patients et les forme à la prévention secondaire pour des maladies comme l'asthme, l'épilepsie ou le diabète.

1.2.2 Le renforcement de la surveillance épidémiologique

Le Service de laboratoire de santé publique (PHLS), qui dépend du NHS, emploie 3296 personnes, dispose de 47 laboratoires organisés en 8 régions et de deux têtes de réseau, le Centre de surveillance des maladies transmissibles et le Laboratoire central de la santé publique. Le Centre de surveillance des maladies transmissibles (CDSC), créé en 1977, est chargé de la surveillance des maladies transmissibles et de l'information sur les maladies transmissibles ; il contribue à la formation de spécialistes en santé publique et développe quelques programmes de recherche.

Le Royaume-Uni envisage une réorganisation de cette surveillance en créant une **Agence nationale de protection de la santé** (*National infection control and health protection*) qui rassemblera, à partir de 2003, le PHLS et trois autres organismes de surveillance des risques chimiques, des radiations et des crises sanitaires⁸. La sécurité alimentaire resterait de la compétence de la Food standards agency créée en 2000. Cette réforme a été proposée dans le rapport du Chief Medical Officer pour renforcer la prévention des maladies infectieuses (« *Getting ahead of the curve* »). Elle est en partie une réponse à la réorganisation du NHS, qui comporte un risque de dispersion des compétences de santé publique entre les 350 *primary care trusts*. Le système de surveillance des maladies infectieuses devrait être renforcé en intégrant les informations provenant de la surveillance de l'environnement et des animaux. La crise de la « vache folle »⁹ a en effet révélé les enjeux d'une approche intégrée de la surveillance des risques et incité à prendre en compte la communication dans la gestion du risque (cf.

⁸ National radiological protection board, Centre for applied microbiology and research, National focus for chemical incidents.

⁹ En octobre 2001, 101 personnes sont décédées d'une variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

rapport du Lord Justice Phillip en 2000). Le Chief Medical officer propose la mise en place d'un panel d'experts chargé d'évaluer les nouveaux risques d'infection.

L'exemple du Royaume-Uni est également intéressant par la volonté **d'intégrer davantage les médecins généralistes à la surveillance épidémiologique et de prendre en compte leurs priorités**, plus proches de la population. Le PHLS consultait régulièrement les spécialistes de l'épidémiologie sur les maladies infectieuses prioritaires et a étendu, à partir de 1999, cette consultation aux généralistes : cette enquête permet de faire apparaître les maladies prioritaires en termes de prévalence et les progrès qui doivent être accomplis. De l'avis même du PHLS, ces enquêtes devraient être améliorées en incluant davantage de médecins généralistes, en prenant en compte les moyens financiers consacrés aux maladies identifiées comme prioritaires. Le principe d'une telle enquête est cependant à retenir en ce qu'il favorise une orientation client de l'organisme de surveillance sanitaire et permet de sensibiliser les spécialistes de la surveillance sanitaire et les généralistes à leurs contraintes respectives (utilisation de la recherche pour élaborer des guides de bonne pratique, des formations/sensibilisation des généralistes aux résistances aux antibiotiques).

1.2.3 Le développement de l'évaluation des actions de prévention

Le Royaume-Uni a une forte tradition de recherche en santé publique avec notamment le rôle de la London school of hygiene and tropical medicine qui conduit des évaluations des systèmes de santé sur le territoire britannique mais aussi dans les pays en voie de développement. Le développement des moyens et méthodes d'évaluation des politiques de prévention constitue un axe croissant d'intervention de cette école et une Agence de développement de la santé a été créée en 2000 pour promouvoir l'information sur la prévention.

Le département de santé publique de la London school comporte notamment une unité d'épidémiologie environnementale, une unité des politiques de santé et une unité de recherche sur la promotion de la santé qui est chargée de l'évaluation de la stratégie de prévention des grossesses précoces et de la stratégie de prévention du VIH. Le département d'épidémiologie et de la santé de la population mène des études sur les causes des maladies chroniques, sur les interactions entre santé et environnement, sur la nutrition...et a récemment créé une unité de recherche sur les interventions en santé publique, centrée sur les programmes dans les zones défavorisées.

Annoncée dans le livre blanc de 1999, **l'Agence de développement de la santé (Health development agency)** s'est substituée en 2000 à l'autorité de l'éducation en santé avec pour objectifs de développer une base d'information sur les politiques de prévention et les bonnes pratiques, de produire des standards de qualité et de développer l'information en direction des professionnels de la santé publique. Dotée d'un budget de £12,4 M (19,6 M€), cette agence emploie environ 120 personnes et dispose d'antennes régionales. Elle a lancé en 2001 une base internet (*Evidence base*) sur les politiques de promotion de la santé et leur efficacité. Elle a réalisé un guide des actions de prévention des maladies cardio-vasculaires diffusé largement aux services de soins primaires et va en réaliser un sur le cancer. Les évaluations portent par exemple sur le tabagisme et les minorités ethniques, la consommation de fruits et légumes, les grossesses précoces. Ces rapports sont souvent des revues de la littérature scientifique qui visent à établir quel type de prévention est efficace ou non. L'Agence est également le pilote du programme

des « *healthy schools* » et a mis en place un standard pour soutenir les initiatives des enseignants et coordinateurs locaux. Elle intervient dans la redéfinition des programmes de formation des professionnels de la santé publique et diffuse à plus de 7 000 d'entre eux un bimensuel sur la promotion de la santé. En matière de santé au travail, elle appuie l'élaboration des plans santé des entreprises et forme les responsables aux questions de santé.

L'un des enjeux de l'évaluation de la santé publique est de veiller à ce que ce champ fasse l'objet d'autant d'investissement que l'évaluation des soins et soit menée conjointement. Les autorités britanniques ont annoncé la création d'une **Commission d'audit et d'inspection en santé** qui regrouperait en 2003 la Commission pour l'amélioration de la santé (contrôle de la qualité des soins cliniques) et une partie de l'Audit Commission en charge de l'évaluation des services médicaux. Il n'est pas encore décidé si cette nouvelle structure sera également chargée d'évaluer les actions de santé publique. La HDA comme le Chief Medical Officer sont favorables à cette intégration de l'évaluation des soins et de la prévention, condition pour que l'attention du public et les priorités politiques ne soient pas uniquement focalisées sur le secteurs des soins.

L'évaluation des politiques de prévention doit progresser dans certains domaines et notamment la mesure de l'impact sur les services et les pratiques professionnelles. Sous l'action de l'Agence de modernisation, les services médicaux du NHS sont évalués avec des indicateurs de performance et d'impact ; le secteur de la santé publique n'est pas encore engagé dans cette politique d'évaluation.

Les plans de santé publique prévoient, dès l'origine, la mise en place d'un dispositif d'évaluation : c'est notamment le cas du programme de *healthy living centres* qui met en place les conditions d'une évaluation nationale et locale. Des évaluations sont en effet souvent menées au niveau local, en lien avec des universités. En outre, le ministère de la santé s'efforce de développer des outils d'évaluation simples pour guider les autorités sanitaires locales (par exemple pour la politique de promotion de l'allaitement maternel).

2. Une mise en œuvre décentralisée pour adapter les politiques de prévention aux caractéristiques locales

2.1 Une décentralisation accrue récemment dans le cadre de la réforme du NHS

2.1.1 *La réforme du NHS accroît la marge de manœuvre au plan local et l'articulation entre politiques sanitaire et sociale*

Cette réforme concerne l'Angleterre (35 M d'habitants).

A partir d'avril 2002, les *primary care trusts* remplacent progressivement les *health authorities* et *Gp fundholders* pour acheter les soins hospitaliers, organiser les soins primaires et coordonner la prise en charge médicale et sociale de la population. Ce découplage a été rendu possible par l'adoption d'un budget national commun pour les services de santé et les services sociaux. Les 350 *primary care trusts* (un pour 100 000 habitants) bénéficient de 75% de l'enveloppe du NHS. Ils définissent des plans pour l'amélioration de la santé (*health improvement medical program*) et peuvent adapter les priorités nationales aux contraintes locales.

Les neuf directions régionales du NHS ont été supprimées et remplacées par quatre grandes circonscriptions dont une pour la région de Londres. Le pilotage et la mesure des performances des *primary care trusts* sont assurés par 28 *Strategic health authorities*. Les directeurs des *trusts* sont rémunérés en partie en fonction des résultats obtenus localement. La santé publique doit être intégrée dans le système de gestion de la performance : chaque PCT devra fixer des cibles sur le nombre de personnes qui cessent de fumer, sur la baisse des taux de grossesse des adolescentes...en lien avec les objectifs fixés au plan national. Les *primary care trusts* comportent en leur sein un directeur de la santé publique : le ministère de la santé souhaite que leurs primes dépendent des résultats atteints localement en matière de santé publique.

2.1.2 *Les stratégies nationales sont déclinées par des partenariats au plan local*

Les plans de santé publique fixent des objectifs, des procédures et des standards de qualité en renvoyant la mise en œuvre et l'adaptation au plan local : la plupart des programmes prévoient ainsi la désignation d'un coordinateur et la définition d'une stratégie au plan local :

- la stratégie pour la prévention des grossesses précoces a demandé à chaque autorité locale de définir une stratégie sur 10 ans et un plan d'action détaillé sur trois ans (149 stratégies locales ont été définies); des coordinateurs ont été désignés au niveau régional et local et, pour recevoir des financements, un conseil partenarial local doit inclure des représentants des collectivités locales (services sociaux, éducation et logement), du *primary care trust* et des associations ;
- les *healthy living centres* sont retenus et financés par le fonds de la loterie nationale à partir d'un projet présenté conjointement par le *primary care trust* et les associations locales de résidents ;

- le plan pour la santé sexuelle et le VIH demande à chaque primary care trust d'identifier un responsable.

Si la mise en œuvre des politiques de prévention se fait au niveau local, le pilotage par le niveau national est essentiel :

- les programmes de santé publique sont définis au niveau national avec des objectifs en accord avec la stratégie définie par le gouvernement en 1999 ;
- une unité, associant plusieurs ministères, ou un coordonnateur est responsable du pilotage et du suivi des plans de santé publique : ainsi, en matière de dépistage du cancer, une coordinatrice nationale a été désignée au sein du NHS ; l'unité *teenage pregnancy*, composée de représentants de plusieurs ministères (santé, éducation, travail et retraites, Intérieur) et d'associations assure le pilotage du programme de prévention des grossesses précoces et s'appuie sur des coordinateurs locaux.

La décentralisation est accrue en Ecosse, Pays de Galles et Irlande du Nord où les autorités locales disposent d'une grande marge de manœuvre dans l'organisation sanitaire et sociale.

2.2 La politique de prévention britannique cible les zones défavorisées et s'appuie fortement sur les communautés ethniques

En 1999, 10 *Health action zones* ont été créées pour réduire les inégalités de santé identifiées dans la rapport « Our healthier nation » et dotées de moyens supplémentaires. **Beaucoup de programmes de promotion de la santé sont mis en place dans ces zones défavorisées en alliant une approche sociale et sanitaire :**

- les *healthy living centres* qui proposent des services de promotion de la santé (activité physique, nutrition, arrêt du tabac...) devraient être accessibles à environ 20% de la population britannique qui vit dans les zones les plus défavorisées. Le fonds de la loterie nationale apporte, sur cinq ans, un budget de £232,5 M en Angleterre (£300 M soit 474 M€ au Royaume-Uni) ;
- les *sure start centres* visent à promouvoir le développement physique mais aussi intellectuel et émotionnel des enfants en soutenant leur milieu familial ;
- les *healthy schools* vont être développées en priorité dans les zones défavorisées pour améliorer la santé des enfants et de leur entourage (concept d'extended schools) ;
- le programme en faveur de la consommation de fruits et légumes (« five a day ») est ciblé sur les zones défavorisées.

Ces initiatives s'appuient fortement sur les communautés ethniques pour l'élaboration et la mise en œuvre des actions : ainsi, les projets de *healthy living centres* émanent, dans certains quartiers, des diverses initiatives des communautés ethniques coordonnées par le *primary care trust*. L'un des objectifs de ces programmes de promotion de la santé est aussi de développer la participation et l'intégration sociale des communautés, de faciliter les échanges inter-culturels. La prise en compte des communautés ethniques est essentielle dans la stratégie britannique de santé publique, au stade de l'élaboration des programmes comme de leur mise en œuvre :

- l'analyse des risques sanitaires intègre clairement une dimension ethnique lorsque certaines populations paraissent plus à risque : ainsi, en matière de tabagisme, les risques plus importants pour les communautés asiatiques conduisent à des actions de

prévention ciblées ; en matière de prévention du sida, des stratégies nationales ont été déterminées plus particulièrement en direction des communautés africaines d'une part et en direction des homosexuels masculins d'autre part. Ce ciblage est fondé sur un système d'information qui recueille l'origine ethnique (la stratégie de prévention du suicide comporte d'ailleurs un objectif d'amélioration de ce recueil d'information) ;

- les équipes de santé bénéficient de visiteurs de santé bilingues (par exemple, dans le cadre du programme *sure start*) et la plupart des brochures d'information sont traduites en plusieurs langues. L'origine ethnique ou la pratique d'une langue étrangère peut être un des critères de recrutement des professionnels de santé dans des centres qui ont une clientèle multiculturelle.

3. Conclusion sur l'efficacité de la politique de prévention

3.1 Des exemples d'actions efficaces

Il est difficile de se prononcer sur les résultats d'une politique de prévention qui porte sur le moyen-long terme. Les indicateurs de santé ne positionnent pas favorablement le Royaume-Uni, sauf pour la mortalité précoce, mais la réforme du système de santé, et notamment l'investissement massif dans les prochaines années, est susceptible d'améliorer sensiblement ces performances. Les inégalités de santé restent encore importantes et existent également dans l'accès aux services de prévention :

Disparités d'accès à la prévention : indicateurs de performance au niveau des autorités locales de santé

	Moyenne	Minimum	Maximum
% des enfants de 2 ans vaccinés	91%	78%	97%
% des personnes de + de 65 ans vaccinées contre la grippe	65%	50%	77%
Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 54 ans (% de femmes dépistées)	69%	42%	81%
Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 54 ans (% de femmes dépistées)	83%	68%	89%

Source : HA level performance indicator – 2001-2002 – Department of health

L'examen des différentes politiques de prévention conduit à retenir :

- la politique de lutte contre le tabagisme serait parvenue à enrayer la progression du nombre de fumeurs et les services d'aide à l'arrêt du tabac s'avèrent durablement efficaces auprès de 60% des utilisateurs ;
- la stratégie de prévention des grossesses précoces qui inclut notamment une campagne nationale sur la sexualité ciblée sur les jeunes et une révision des programmes d'éducation sexuelle commence à produire quelques effets ;
- la politique de prévention du suicide, bien qu'elle n'ait été appuyée par une stratégie nationale qu'en 2002, aurait déjà obtenu quelques succès : des résultats locaux sur le suicide des jeunes hommes grâce à une ligne téléphonique ciblée dans la ville de Manchester ; une réduction des suicides par substances médicamenteuses grâce à une action sur la taille des boîtes ;
- le programme des *healthy schools* s'avère efficace pour sensibiliser les enfants à la santé publique mais il est encore trop tôt pour évaluer son impact sur les habitudes de vie et la santé.

3.2 Synthèse

Si la tradition de santé publique du Royaume-Uni est souvent considérée comme ancienne, il importe en préalable de tempérer cette appréciation générale :

- même dans un système de santé où le médecin généraliste joue un rôle de pivot, son implication dans la politique de prévention ne va pas de soi. La réforme du NHS avec la création des *primary care trusts* revient sur une organisation où le médecin

- généraliste était au centre : l'objectif pour la santé publique britannique est de développer l'implication d'autres professionnels que les médecins ;
- pour qu'une politique de prévention produise ses effets sur la santé de la population, il est nécessaire de disposer d'investissements suffisants dans les moyens de cette prévention et dans le système de soins : ainsi, en dépit d'un dépistage du cancer du sein systématique et bien organisé, les taux de survie sont moyens au Royaume-Uni par rapport aux autres pays développés, en partie du fait des délais et des techniques de prise en charge médicale ainsi que d'un effet de rattrapage ;
 - comme dans la plupart des systèmes de santé, la politique de prévention risque toujours de faire les frais des arbitrages politiques et budgétaires en faveur du système de soins : la réforme du NHS a focalisé l'attention sur les délais d'attente et la qualité des soins cliniques considérés comme un impératif politique absolu ; au niveau local, les indicateurs de performance ont été d'abord définis pour les services de soin. Pour maintenir l'importance de la santé publique, le raisonnement en objectifs/moyens et le lien entre soins et prévention s'avèrent des enjeux majeurs ;
 - certaines thématiques sont relativement moins présentes dans la stratégie de santé publique britannique : ainsi la santé au travail fait l'objet de relativement moins de recherches et d'actions de prévention ;
 - la multiplication des stratégies et programmes ciblés finit par nuire à la lisibilité de l'action des services, notamment dans le secteur social : *sure start*, prévention des grossesses précoces, *healthy schools*....

En revanche, plusieurs enseignements peuvent être tirés de l'expérience britannique :

- **la méthode d'élaboration et de mise en œuvre des programmes de santé publique** vise à donner toute son importance à la prévention : une stratégie générale portée par le Premier ministre et l'ensemble du gouvernement, une définition d'objectifs précis relayée par un système de gestion de la performance, une large consultation de la population, un ciblage sur les populations à risques, une mise en œuvre locale mais avec un fort pilotage du niveau national ;
- **le rôle de l'évaluation, de l'analyse scientifique, est central** dans la crédibilité et l'efficacité d'une politique de prévention : qualité de la surveillance sanitaire en amont, connaissance des actions de prévention efficaces, évaluation des résultats au niveau national et local sont des domaines que le Royaume-Uni développe et prévoit dans chaque plan de santé publique ;
- **le maintien ou le renforcement des liens entre santé publique et système de soins** est un enjeu important pour développer le rôle de la prévention : les plans associent souvent amélioration de la prévention et de la qualité des soins, l'intégration des objectifs de prévention dans le système de performance du NHS et dans les procédures d'inspection de la qualité sont essentiels pour maintenir la place de la prévention dans la politique de santé ;
- **la formation des personnels de la santé publique et la réflexion sur la répartition des compétences** sont des éléments importants de la stratégie de santé publique.

L'efficacité de la politique de prévention dépend certes de son organisation, de l'impulsion donnée au niveau national et de l'adaptation aux caractéristiques locales ; elle dépend aussi des financements qui y sont consacrés.

ANNEXE : LES INDICATEURS DE SANTE

	1980	1990	2000
Taux de mortalité (°/oo)	11,8	11,3	10,2
Taux de mortalité infantile	11,2	7,4	5,6
Taux de mortalité périnatale	12,0	8,1	8,2

Source : The National Statistics – 2002

Espérance de vie

(2)	1980- 1982		1990- 1992		1998- 2000	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Espérance de vie à la naissance	71,0	77,0	73,4	79,0	75,4	80, 2
à 65 ans	13,0	17,0	14,3	18,1	15,6	18 ,9

Source : The National Statistics – Expectation of Life Series DH1 n°33- Table 23

Mortalité prématurée : années de vie potentielle perdues en 1998

Années perdues/100 000 personnes 0-69 ans	Hommes	Femmes	Total
Royaume-Uni	4 833,1	2 939	3 892
France	5 758,9	2 692,5	4 219,3

Source : OCDE – santé 2002

Principales causes de mortalité

Année 2000	Homme	Femme
Moins de 1 an	1) causes du décès mal diagnostiquées 2) anomalies congénitales	1) anomalies congénitales 2) causes du décès mal diagnostiquées
1- 14 ans	1) blessures et empoisonnements 2) causes externes de blessures et d'empoisonnement	1) blessures et empoisonnement 2) causes externes
15- 44 ans	1)causes externes(accidents de la route...) 2) blessures et empoisonnement	1) cancers 2) blessures et empoisonnement / causes externes
45- 64 ans	1) maladies du système circulatoire 2) cancers	1)maladies du système circulatoire 2) cancers
65- 74 ans	1) maladies du système circulatoire 2) cancers	1) cancers 2)maladies du système circulatoire
Après 75 ans	1) maladies du système circulatoire 2) cancers	1)maladies du système circulatoire 2)maladies du système respiratoire
Ensemble de la population	1) maladies du système circulatoire 2) cancers	1)maladies du système circulatoire 2) cancers

Source : The National Statistics – series DH2 n°27- Table 2 : *Deaths : Underlying cause, sex and broad age- group, 2000*

Principales causes de mortalité en 1998 (pour 100 000) :
Les maladies

	ensemble	hommes	femmes
Maladie appareil circulatoire	276,1	354	215,9
<i>Maladies ischémiques</i>	153,4	217,1	104,8
<i>Dont infarctus du myocarde</i>	81,4	114,9	55,8
Tumeurs malignes	188,8	235,1	158
Maladies respiratoires	100,3	128,4	83,3
Maladies appareil digestif	27,6	31,5	24,2

Source : OCDE – 2002

Principales causes de mortalité en 1998 (pour 100 000) :
Les causes extérieures

	ensemble	hommes	femmes
Causes extérieures (blessures...)	27,4	39,2	15,7
<i>Dont accidents transport</i>	5,6	8,4	2,9
<i>Dont suicides</i>	6,9	10,9	2,9

Source : OCDE – 2002

ANNEXE 4
LA PREVENTION SANITAIRE EN FINLANDE

LA PREVENTION SANITAIRE EN FINLANDE

1. DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ.....	2
2. L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION	4
2.1 LE SYSTÈME DE SANTÉ	4
2.2 LA PRÉVENTION : UNE ORGANISATION TRÈS DÉCENTRALISÉE ET UNE APPROCHE INTÉGRÉE DES POLITIQUES SOCIALES ET SANITAIRES	5
2.2.1 <i>Au niveau national, le ministère des affaires sociales et de la santé s'appuie sur des agences de santé publique dotées de moyens importants</i>	6
2.2.2 <i>Les municipalités ont une large autonomie dans l'organisation des services sociaux et de santé, préventifs comme curatifs.....</i>	7
2.2.3 <i>Les associations ont un rôle important en matière de promotion de la santé</i>	10
3. UNE STRATÉGIE GLOBALE DE PRÉVENTION APPUYÉE SUR LA RECHERCHE AU NIVEAU NATIONAL ET UNE MISE EN ŒUVRE LOCALE	11
3.1 UNE STRATÉGIE DE PROMOTION DE LA SANTÉ FONDÉE SUR LES TRAVAUX DE L'OMS	11
3.2 LA MÉTHODE D'ÉLABORATION DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION : RECHERCHE ET ÉVALUATION	13
3.3 LES PRINCIPALES ACTIONS DE PRÉVENTION	15
3.4 LE FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION	17
4. CONCLUSION SUR L'EFFICACITÉ ET LES ENSEIGNEMENTS POUR LA FRANCE	18
4.1 L'EFFICACITÉ DES POLITIQUES DE PRÉVENTION	18
4.2 LES CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES À LA FINLANDE ET LES ENSEIGNEMENTS POSSIBLES POUR LA FRANCE.....	19

Le développement de la prévention est un axe important de la politique de santé au cours des années 1990 au moment où la Finlande connaît une crise économique majeure avec un recul du PIB de 7% en 1991 et une hausse du chômage jusqu'à 20%. Les restrictions budgétaires ont réduit les moyens affectés à l'éducation à la santé, à la protection maternelle et infantile et à la santé scolaire ; simultanément, des réorganisations ont cependant été conduites en laissant davantage de marge de manœuvre aux municipalités. En dépit de la crise économique et des restructurations de ses services sanitaires et sociaux, la Finlande est parvenue à améliorer certains de ses indicateurs de santé.

1. Diagnostic de l'état de santé

Dans un petit pays (5,1 millions d'habitants), une situation contrastée avec des indicateurs sanitaires moyens mais qui se sont sensiblement améliorés par rapport aux années précédentes :

- espérance de vie moyenne même si elle s'est considérablement améliorée par rapport aux années 1960 avec un rapide déclin des maladies cardio-vasculaires ;
- très bons indicateurs de mortalité infantile et périnatale ;
- taux de suicide relativement élevé, notamment pour les hommes de moins de 35 ans, mais en recul par rapport au début des années 1990 (30,3 pour 100 000 habitants en 1990 et 23,8 en 1998) ;
- des inégalités qui ont eu tendance à se maintenir voire s'accroître notamment entre catégories socioprofessionnelles : par exemple, un cadre de 35 ans a une espérance de vie supérieure de 5,5 ans à celle d'un ouvrier.

Les principaux problèmes de santé :

- **les maladies cardio-vasculaires** : elles représentent la moitié des causes de mortalité mais ont fortement diminué dans les dernières années grâce à des modifications de mode de vie (tabac et cholestérol) et des traitements médicaux. La mortalité féminine est inférieure à la moyenne européenne mais les chiffres élevés de la mortalité masculine portent la mortalité totale à un niveau supérieur au niveau européen ;
- **les cancers** : la mortalité due au cancer est restée stable pour les hommes mais avec un changement de l'incidence des différents cancers (cancer de la prostate, du poumon et colorectal) ; elle a légèrement augmenté pour les femmes (cancer du sein, colorectal) ;
- **les troubles musculo-squelettiques** : ils touchent plus de 1 million de personnes ;
- **les problèmes de santé mentale** : moins de 10% des plus de 30 ans signalent un problème de santé mentale mais les dépressions ont sensiblement augmenté au cours des dernières années.

Les problèmes émergents sont : les allergies, les maladies chroniques du poumon, l'asthme (5% de la population), les diabètes notamment de type II (150 000 diabétiques dont 23 000 de type I).

D'importants changements des habitudes alimentaires ont été obtenus dans les dernières années : baisse de la consommation de graisses saturées (de 23% dans les années 1970 à 13% dans les années 1990, ce qui reste plus élevé que la recommandation de 10%), augmentation de la consommation de fruits et légumes, baisse de la consommation de sel qui reste cependant encore trop élevée (12 g/j pour les hommes et 8-9g/j pour les femmes alors que le niveau recommandé est de 7-9 g/j). Néanmoins, un tiers seulement de la population présente un taux de cholestérol inférieur à 5 mmol/l et l'excédent de poids s'est généralisé : un actif sur cinq présente un embonpoint ; un homme sur deux et une femme sur trois présentent un excédent de poids. Seul un tiers de la population a une activité physique suffisante.

Le nombre de fumeurs diminue parmi la population masculine mais augmente chez les femmes : en 2000, 20% des femmes en âge de travailler et 27% des hommes en âge de travailler sont des fumeurs réguliers. En dépit d'une hausse récente, la consommation de drogues est moins importante que dans d'autres pays occidentaux.

Si la consommation globale d'**alcool** est dans la moyenne des pays industrialisés, l'alcoolisme des jeunes est un problème majeur de santé publique, comme au Danemark et au Royaume-Uni. Globalement, 20% des hommes et moins de 5% des femmes de 15-69 ans ont un problème d'alcool mais 10% des buveurs représentent la moitié de la consommation d'alcool. 16% des jeunes filles de moins de 14 ans ont une consommation excessive d'alcool. La baisse générale de la consommation d'alcool entre 1993 et 1995 n'a été que provisoire et liée à la dépression économique. La consommation de bière et de vin a augmenté au cours des dernières années supplantant les alcools forts (un quart de la consommation). Dans un rapport remis en 2002 pour « sauvegarder l'avenir des services de santé », l'abus d'alcool est identifié comme le principal problème de santé publique.

Les coûts de l'abus d'alcool, de drogues et médicaments¹

1999, M€	alcool	Drogues et abus de médicaments
Coût en santé	146,1	28,8
Coûts sociaux	106,6	54,5
Contrôle criminel	210,5	41,9
Dommages aux propriétés, recherche et prévention	106,4	36,5
Total des coûts directs	569,7	161,6
Total des coûts indirects	3362,9	454,0

Les principaux risques liés à l'environnement sont la qualité de l'air intérieur et de l'eau potable, l'exposition au radon, et, dans certaines régions, le trafic routier et la pollution des sols.

¹ Le taux de conversion retenu est 1 FIM = 5,9473 €

2. L'organisation du système de santé et de la prévention

2.1 Le système de santé

A sa création dans les années 1960, le National Health Insurance (NHI) ne prenait pas en compte la promotion de la santé et les actions de prévention telles que la vaccination. En **1972, le Primary Care Act** a obligé les municipalités à fournir dans des centres de santé (*health centres*) les soins primaires mais aussi des services de santé publique et de prévention : surveillance épidémiologique et promotion de la santé, services de contraception, de dépistage, médecine du travail, médecine scolaire....**En 1979, le Occupational Health Act** a contraint les employeurs à fournir des services de santé au travail à leurs salariés.

Dans les années 1980, face aux délais d'attente et aux difficultés d'organiser la permanence des soins, plusieurs municipalités ont mis en place des « médecins de famille » : chaque patient est suivi par un médecin qui l'oriente ensuite vers les spécialistes à l'hôpital. Ce système a été généralisé avec le « modèle de la responsabilité d'une population » : les médecins et infirmières forment une équipe responsable d'une zone géographique couvrant de 1 500 à 5 000 personnes. Contrairement au système britannique, ces entités n'ont pas d'autonomie financière ou de responsabilité budgétaire. 55% de la population est prise en charge ainsi.

En 1993, une réforme du financement du système de santé a modifié les conditions d'octroi des subventions de l'Etat aux municipalités pour prendre en compte des critères de démographie et besoins sanitaires (nombre d'habitants, structure par âge, morbidité)². Les hôpitaux sont financés par les municipalités en fonction des services consommés par les habitants.

Les soins dentaires de base doivent être proposés par les municipalités à l'ensemble de la population, sans restriction d'âge, à partir de 2002. Jusqu'ici, seuls les enfants pouvaient bénéficier de ces services municipaux ; le secteur privé reste cependant le principal fournisseur de services dentaires compte tenu de l'encadrement des soins dans le secteur public (type de prothèse...).

Part des dépenses de santé dans le PIB

En %	1980	1990	2000
Dépenses de prévention et santé publique	0,2	0,2	0,2
Dépenses totales de santé	6,4	7,9	6,6

Source : OCDE – 2002.

Plus de 80% des Finlandais sont satisfaits de leur système de santé alors que la moyenne dans l'Union européenne n'est que de 41,3%. Le nombre de consultations par personne est l'un des plus faible de l'UE : 4,2 par personne en 1999 contre 6,2 en moyenne en Europe et 6,5 en France en 1996. L'une des raisons pourrait être le rôle important joué par les infirmières, les sages femmes et les infirmières de santé publique. En 1999, le nombre de médecins pour 1000 habitants est proche de la moyenne

² Aucun indicateur de promotion de la santé n'est cependant pris en compte.

européenne (3,1 contre 3 en France en 1997 et 1,6 au Royaume-Uni en 1993) alors que le nombre d'infirmières est sensiblement plus important : 21,7 pour 1000 habitants en 1999 contre 18,4 en Norvège en 1998, 5 en France ou au Royaume-Uni. Les médecins sont salariés dans le secteur public avec des salaires de base relativement faibles complétés par des primes pour services ou gardes³ : 3 000 € par mois pour un spécialiste qui débute et 4 700 € par mois pour un spécialiste à l'hôpital. Les médecins généralistes dans les centres de santé municipaux ont un salaire (60% de la rémunération) qui est complété par un paiement à la capitation (20%) et la rémunération à l'acte de certains services comme des petits actes de chirurgie portant la rémunération moyenne à 4 036 € par mois en 2000. Les médecins exerçant dans le secteur privé sont rémunérés à l'acte. Il n'existe pas d'incitation financière spécifique pour les actions de prévention dans la rémunération des médecins.

Un secteur privé existe notamment en matière de santé au travail et pour les médecins spécialistes. Les employeurs peuvent en effet créer leurs propres centres de santé (grandes entreprises surtout), acheter ces services auprès des centres de santé des municipalités ou auprès d'un fournisseur privé. Le NHI rembourse aux employeurs 50% des frais de santé au travail. Chaque patient est remboursé en partie par le NHI, qu'il soit pris en charge dans le secteur privé ou public ; le remboursement dans le secteur privé est cependant limité⁴. Un tiers des médecins ont une activité privée, souvent à temps partiel : en 1999, seuls 8% des médecins travaillaient à plein temps dans le secteur privé. Il existe 37 hôpitaux privés (contre 46 publics) mais ce sont essentiellement des petites cliniques de 2 à 5 lits.

En 2000, 48% des dépenses totales de santé étaient financées par les municipalités, 17% par l'Etat, 15% par le NHI et environ 21% par les ménages. Les subventions de l'Etat ont eu tendance à diminuer depuis 1991 alors que les dépenses des municipalités augmentaient ainsi que celles laissées à la charge des ménages, positionnant la Finlande aux niveaux les plus élevés en Europe pour le taux de contribution des ménages.

2.2 La prévention : une organisation très décentralisée et une approche intégrée des politiques sociales et sanitaires

Les politiques de santé et les politiques sociales sont traitées par le même ministère et les deux approches intégrées dans les services. La plupart des responsabilités de mise en œuvre incombent aux 448 municipalités. La loi fixe les orientations de la politique de santé sans spécifier l'étendue et l'organisation des services que les municipalités doivent mettre en place.

³ Le salaire moyen finlandais est de 2 018 € par mois en 2000.

⁴ Par exemple pour une consultation auprès d'un spécialiste du secteur privé à 25 €, le remboursement est d'environ 7 €

2.2.1 Au niveau national, le ministère des affaires sociales et de la santé s'appuie sur des agences de santé publique dotées de moyens importants

Depuis 1999, chaque gouvernement adopte un programme quadriennal, un « plan d'objectifs et d'action pour les services sociaux et la santé », en concertation avec les municipalités et les autres acteurs du secteur. Le gouvernement rend compte au Parlement tous les deux ans de l'avancée de ce plan ; les décisions budgétaires sont prises annuellement.

Le **premier plan d'objectifs et d'action** (2000-2003) a été établi en octobre 1999 et met l'accent sur la prévention, notamment pour renforcer la coopération entre les différents ministères et les municipalités. Parmi les 13 ministres du gouvernement finlandais, deux sont en charge des affaires sociales et de la santé, l'un pour les assurances sociales et l'autre pour la qualité et la promotion de la santé ; un secrétaire général assure le lien.

Le **ministère des affaires sociales et de la santé** compte six directions générales et environ 400 personnes. Sa direction générale de la santé (60 personnes) est responsable de l'organisation des soins, de la promotion de la santé (dont le contrôle des substances comme l'alcool⁵ et le tabac), de la santé liée à l'environnement et aux substances chimiques. En 1992, une direction générale de la promotion de la santé a été créée en regroupant la prévention sanitaire et la politique sociale ; en 2002, une réorganisation a conduit à séparer de nouveau la prévention sanitaire (direction générale de la santé) et la politique sociale (direction générale de la famille et des affaires sociales). La direction générale de la protection du travail est chargée de l'élaboration et du contrôle de la législation en matière de santé et sécurité au travail ; il s'appuie sur un corps d'inspection de 460 personnes réparties en 11 districts régionaux⁶.

Le **ministère de l'éducation** finance et organise la formation des professionnels de santé, en lien avec les municipalités et le ministère des affaires sociales et de la santé. Les négociations sur les salaires ont lieu entre les organisations professionnelles et la Commission des employeurs des autorités locales, sans la participation des ministères.

Le ministère des affaires sociales et de la santé s'appuie sur plusieurs agences ou organismes rattachés qui interviennent dans la prévention et notamment la recherche. Ces agences emploient environ 3 000 à 4 000 personnes. Des contrats d'objectifs sont conclus tous les quatre ans entre le ministère et ses agences ; ils sont déclinés ensuite dans des accords annuels.

- **l'Institut national de la santé publique (KTL)**, créé en 1912, mène des recherches sur les maladies et leur prévention, assure la surveillance des maladies transmissibles, garantit la disponibilité des vaccins, collecte des informations sur les comportements de santé et les effets des actions de promotion de la santé. Doté d'un

⁵ L'Etat a le monopole de la distribution de l'alcool : la société Alko est étroitement liée au ministère des affaires sociales et de la santé. Ce monopole, qui portait aussi sur la production avant l'entrée dans l'Union européenne, devrait être supprimé en 2003.

⁶ 360 personnes font des études sur les lieux de travail. 30 000 inspections de sécurité sont conduites chaque année et la Finlande compte environ 240 000 lieux de travail sujets à inspection régulière.

budget de 50 M€ (dont la moitié vient de l'Etat et l'autre de subventions européennes, universités, industries), il emploie environ 1 000 personnes et travaille en étroite collaboration avec le ministère des affaires sociales et les universités. L'Institut compte trois secteurs : le contrôle des maladies infectieuses qui représente 40% de son budget, le contrôle des maladies chroniques (cardiovasculaires, cancer, diabète, santé mentale...) pour 45% du budget et la santé-environnement pour 15% du budget.

- le **centre national de recherche et développement pour la santé et la protection sociale (Stakes)** pilote et évalue les activités dans ce domaine, conduit des programmes de recherche et développement et apporte son soutien aux municipalités. Créé en 1992, Stakes est l'héritier d'un comité national de la santé chargé du contrôle des professions médicales et d'un comité national de la sécurité sociale : ses missions principales sont l'évaluation dans le domaine sanitaire et social, la diffusion d'information, la tenue de registres et statistiques, la recherche ; les rôles de promotion de l'éducation et de proposition ou initiatives sont moins développés. Stakes dispose d'un budget de 30 M€ (20 M€ apportés par l'Etat et le reste par des services) et de 450 salariés (dont 300 permanents et 20% de doctorants). 60% du personnel mène des recherches à dominante sociale et 40% dans le secteur de la santé⁷. Un comité de supervision réunit des représentants des municipalités, du Parlement et du ministère des affaires sociales et de la santé. Outre une unité internationale financée par des fonds européens ou de développement, Stakes compte trois divisions : services sociaux et sanitaires, promotion du bien-être et de la santé, information ;
- **l'Institut finlandais de la santé au travail** mène des recherches, forme les responsables de la santé et sécurité, diffuse des conseils et informations. Il dispose de 800 salariés et de 6 instituts régionaux avec un budget de 58,8 M€ en 2002 financé par l'Etat à 80%. Un conseil de direction tripartite (partenaires sociaux et Etat) fixe les grandes orientations sans toutefois intervenir dans la gestion et la recherche. 40% du budget recherche est consacré à la santé au travail et l'employabilité : les maladies respiratoires liées au travail, les maladies de peau et les troubles musculo-squelettiques. L'amélioration de l'environnement de travail représente 37% du budget recherche : un programme « work environment 2005 » vise à développer l'évaluation des risques et les méthodes de gestion des risques (cf. fiche santé au travail).

Il existe également un Institut national de la sécurité des radiations qui mène des recherches sur les radiations.

2.2.2 Les municipalités ont une large autonomie dans l'organisation des services sociaux et de santé, préventifs comme curatifs

Le gouvernement dispose de services déconcentrés au **niveau provincial** (5 provinces). Le rôle des provinces en matière de santé est actuellement limité mais pourrait être développé compte tenu de la nécessité d'assurer la coordination avec les 448 municipalités.

⁷ Des médecins mais aussi des sociologues, économistes, architectes... composent le personnel de Stakes.

75% des **municipalités** ont moins de 10 000 habitants et 20% moins de 2 000. Elles consacrent la moitié de leur budget aux services sanitaires et sociaux (un quart aux seuls services de santé). Pour améliorer la coordination entre les services sociaux et de santé, beaucoup de municipalités (38% en 1999) ont fusionné les deux comités en charge de ces politiques. Elles ont la responsabilité première en matière d'environnement.

Les services de santé organisés par les municipalités représentent 2/3 des dépenses de santé : il existe **278 centres de santé**⁸ en Finlande, chaque médecin couvrant une population comprise entre 1500 et 2000 personnes. Ils emploient des généralistes, parfois des spécialistes, des infirmières, des infirmières de santé publique, des sages femmes, des travailleurs sociaux, des dentistes, des kinésithérapeutes, psychologues et du personnel administratif. La moitié des médecins a une spécialisation en médecine générale, ce qui n'est pas obligatoire. Les centres fournissent des services de soins, de prévention (dont santé au travail) et sont équipés d'équipements de radiologie ou laboratoires ; ils disposent de 30 à 60 lits, essentiellement pour les personnes âgées.

Les municipalités ont une grande autonomie dans le choix des services, notamment de prévention, qu'elles offrent. L'Etat central fixe quelques obligations comme les services des cliniques maternelles et infantiles et assure le financement des vaccins dans le cadre d'un programme national d'immunisation. Parmi les services de dépistage obligatoirement proposés sur l'ensemble du territoire⁹, figurent le dépistage du cancer de l'utérus pour les femmes de 30 à 60 ans et le dépistage du cancer du sein pour toutes les femmes de 50 à 59 ans : certaines municipalités offrent ce dépistage dès 45 ans ou jusqu'à 70 ans mais ce n'est pas une obligation pour elles. Cette autonomie s'accompagne d'une analyse des services et résultats par les agences (STAKES notamment) dont les rapports sont publics et discutés au Parlement. Les performances des municipalités sont aussi un élément du débat médiatique et du débat électoral.

La prévention à Espoo

Espoo, seconde ville de Finlande par la taille (220 000 habitants), siège social de Nokia, a une direction des services sociaux et de santé qui emploie 6 300 personnes et dispose d'un budget de £284 M (en incluant les prestations d'aide sociale). La population est relativement jeune (8% ont plus de 65 ans) et aisée. Le conseil municipal vote chaque année le budget et les objectifs des services sociaux et sanitaires.

Cinq centres de santé existent à Espoo. Un centre de santé couvre 40 000 habitants et reçoit environ 500 visites par jour. Il emploie 120 personnes dont 13 généralistes, 12 infirmières, 40 visiteurs de soin à domicile ; il offre des consultations de médecine générale, des urgences, des services dentaires, des services sociaux et de contraception et des prestations de laboratoires et radiologie.

La ville mène relativement peu d'actions de promotion de la santé qui lui paraissent moins nécessaires compte tenu du niveau d'éducation et des moyens financiers de sa population. En matière de dépistage du cancer du sein, elle se limite à l'obligation légale des 50-59 ans et les autres femmes se rendent dans des cliniques privées. Elle met l'accent sur la clinique maternelle et infantile (well-baby clinic) et la santé scolaire. Espoo souhaite ainsi

⁸ Dont 72 sont gérés par un regroupement de municipalités.

⁹ Les municipalités achètent souvent ces services à des fournisseurs de soins privés.

développer les cliniques familiales, qui associent maternité, well baby clinic et d'autres services, afin de favoriser l'implication des pères, d'améliorer le bien-être des familles et réduire les divorces. Les services par internet (prise de rendez-vous, contact avec l'infirmière de la well baby clinic) et les garderie de jour pour les enfants de moins de trois ans sont également développés.

Les 162 infirmières en santé publique d'Espoo jouent un rôle majeur dans la prévention pour les enfants et parents : la plupart des infirmières travaillent à la fois en maternité, dans des cliniques pour enfants et à l'école, ce qui leur permet de suivre le développement d'un enfant ou d'une famille. Les **maternités** assurent le suivi de la grossesse à raison d'une visite par mois au moins et organisent des cours pour les futurs parents (4 cours avant la naissance et 2 ensuite aux 2-3 mois et 10 mois de l'enfant). Le dernier cours est l'occasion de traiter de nutrition et du retour à la vie active de la mère ; en pratique, la plupart des femmes suivent l'ensemble des cours mais la présence des pères reste rare. Un colis de naissance, avec des vêtements, produits de soin...est remis à chaque mère et financé par l'organisme d'assurances sociales. Le congé maternité est de 1 an (100% du salaire les 3ers mois et 70% jusqu'aux 9 mois de l'enfant) et les pères ont un congé de 18 jours. Les **cliniques pour enfants** assurent le suivi avant l'entrée à l'école à raison de 10 consultations la 1^{ère} année puis 5 autres visites : ces cliniques assurent la vaccination, des visites à domicile, des cours aux familles ; toutes les infirmières ont été formés par Stakes au développement des relations entre parents et enfant. **A l'école**, une infirmière suit environ 700 élèves et voit chaque enfant au moins une fois par an ; elle assure souvent les cours d'éducation sexuelle, en lien avec les enseignants.

Espoo achète des services d'échanges de seringues et de désintoxication pour les personnes dépendantes de l'alcool. Une action spécifique est menée en direction des chômeurs de longue durée pour dépister les consommations abusives d'alcool : un service individualisé est organisé grâce à une collaboration entre les travailleurs sociaux, les infirmières, le service de recherche d'emploi et l'organisme d'assurances sociales.

Certaines municipalités ont mis en place des stratégies globales de promotion de la santé en désignant un coordonnateur veillant à la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques. Un tel responsable n'existe que dans 4 à 5 villes de Finlande ; en revanche, une municipalité comme Espoo se fixe comme objectif d'intégrer la prévention dans tous les secteurs et notamment dans les services techniques.

Visites dans les services de santé de première ligne

	1997	2000
Visites dans les cliniques de maternité	976 585	929 709
Visites dans les cliniques pour enfants	1 445 503	1 343 243
Visites pour la santé scolaires et étudiants	2 141 464	1 944 646
Visites de médecine du travail	782 290	956 708
Total des visites médicales dans les centres de soins	25 578 087	25 503 335
Pour 1000 habitants	4 994	4 927

Source : *facts about Finnish social welfare and health care – 2002*

Les **infirmières ont un rôle essentiel notamment en matière de protection maternelle et infantile** (infirmières en santé publique qui ont une formation spécifique), **contraception, santé scolaire, santé au travail, promotion de la santé**. En matière de santé scolaire par exemple, le médecin n'examine l'élève qu'à 2 ou 3 reprises sur une moyenne de sept examens à l'école de base. Ce sont les infirmières qui assurent la vaccination dans 90% des cas. Les professionnels de santé autres que les médecins (formés dans les facultés de médecine) sont formés dans les écoles polytechniques des municipalités, sous le contrôle du ministère de l'éducation. La

formation des infirmières de santé publique dure 3 ans et demi et celle des sages femmes 4 ans et demi. La formation des infirmières serait trop théorique selon certains interlocuteurs de la mission.

**Effectifs des services sociaux et sanitaires des municipalités :
personnel intervenant dans des actions de prévention**

	1990	2000	% du total
services pour les personnes dépendantes de l'alcool ou des drogues	1 410	1 110	0,47
services de consultation en soins primaires (centres de santé)	26 600	27 700	11,67
santé-environnement	1 590	1 220	0,51
total	232 300	237 300	100,00

Source : social welfare and health care expenditure 2000. Il ne s'agit que d'un extrait des effectifs de personnel et non de l'ensemble des personnels de prévention qui ne sont pas identifiés en tant que tels.

L'implication des citoyens dans les choix de santé se fait au travers des élections municipales tous les quatre ans et par l'intermédiaire du Parlement au niveau national.

2.2.3 Les associations ont un rôle important en matière de promotion de la santé

Nombre de campagnes de promotion de la santé sont conduites par des associations, par exemple une campagne de prévention du tabagisme des jeunes par la Cancer society. De même, les municipalités s'appuient sur les relais et initiatives des associations.

Le centre finlandais de promotion de la santé, créé en 1962, réunit 2 000 organisations non gouvernementales du secteur social et santé et organise leurs relations avec l'Etat. Ces ONG représentent environ 2 millions de membres et 20 000 salariés. Le centre de promotion de la santé a des contacts réguliers avec le ministère des affaires sociales et de la santé. Chaque année, il organise une procédure d'octroi des subventions de l'Etat aux ONG pour la promotion de la santé : 1,2 M€ sont ainsi répartis sur une soixantaine de projets, parmi les 200 demandes annuelles. 20% des ressources des ONG proviennent de l'association des machines à sous.

3. Une stratégie globale de prévention appuyée sur la recherche au niveau national et une mise en œuvre locale

3.1 Une stratégie de promotion de la santé fondée sur les travaux de l’OMS

Trois plans de santé publique ont été successivement élaborés sur la base des recommandations de l’OMS, en 1986, 1992 et 2001.

En 1986, la Finlande a défini un plan en faveur de la santé pour tous, dans la lignée du programme de l’OMS : promotion des modes de vie sains, réduction des problèmes de santé évitables et développement des services de soin. Une évaluation a été faite par l’OMS en 1991 : les limites soulignées portaient sur le ciblage excessif sur les professionnels de santé, l’insuffisance des ressources locales, le manque de coordination entre secteurs privé et public, la faiblesse du management.

Un programme révisé a été adopté par le gouvernement en 1992 avec pour objectifs de réduire les inégalités de santé, d’améliorer la santé, d’encourager les coopération entre secteurs en matière de prévention, d’améliorer les performances du système de soins et la formation des professionnels de santé. La stratégie du ministère des affaires sociales et de la santé en 1995 ne modifie pas ces cibles. Un programme national de santé-environnement a été préparé conjointement par le ministère de l’environnement et le ministère des affaires sociales et de la santé.

Une nouvelle stratégie de santé publique « santé 2015 » a été définie en mai 2001 : elle met l’accent sur la promotion de la santé plus que sur les services de soins et porte également sur les services sociaux, en se fondant sur le programme « santé pour tous » de l’OMS révisé en 1998. Elle fixe 8 cibles et 36 engagements du gouvernement : il s’agit d’un cadre général de coopération entre les différents acteurs de la promotion de la santé ; des programmes d’action concrets seront ensuite définis. Cette stratégie a été élaborée par le Comité consultatif de la santé publique qui rassemble des représentants de l’administration, des autorités locales, des services de santé, des associations, des unions professionnelles et des chercheurs (environ 1 000 personnes ont été impliquées dans cette préparation). Un budget supplémentaire de 0,4 M€ (2,5 M FIM) est prévu pour financer les travaux d’accompagnement et d’évaluation. Le plan santé 2015 a été tiré à 10 000 exemplaires et adressé aux municipalités, hôpitaux, centres de santé, universités et écoles.

Parmi les 8 cibles, 5 visent des catégories d’âge et 3 l’ensemble de la population. Les objectifs ciblés par âge :

- améliorer la santé et le bien-être des enfants ;
- réduire le tabagisme des jeunes avec moins de 15% des 16-18 ans qui fument et limiter la progression de la consommation de drogues et alcool ;
- réduire d’un tiers les morts violentes et accidentelles des jeunes hommes ;

- améliorer la santé des salariés pour repousser l'âge de la retraite de trois ans ;
- améliorer la santé et l'autonomie des plus de 75 ans .

Les objectifs pour l'ensemble de la population :

- allonger l'espérance de vie en bonne santé de deux ans ;
- maintenir le niveau de satisfaction des Finlandais vis à vis de leur système de santé et la proportion de personnes qui s'estiment en bonne santé ;
- réduire de 20% les différences de mortalité entre les sexes, les niveaux d'éducation et les groupes professionnels.

Pour chaque objectif, un indicateur est défini et un graphique présenté avec les valeurs constatées depuis les années 1980 et la cible visée en 2015 (pour la cible 4 sur la santé au travail, la cible est le recul de l'âge effectif de départ à la retraite mais d'autres indicateurs devraient être définis dans l'avenir). Il est intéressant de noter la fixation de cibles plus subjectives sur les perceptions du public. Le comité de la santé publique a créé des sous-comités chargés du suivi des objectifs et notamment de la définition plus précise de certains indicateurs.

La stratégie fixe les **36 grands principes et engagements du gouvernement** sur lesquels se fondent les actions de promotion de la santé :

- l'accent est mis sur l'environnement et la prévention au cours des différentes phases de la vie, tout en respectant la liberté de choix individuelle. Sont notamment ciblées quatre périodes de la vie : l'enfance, la jeunesse, la vie active, la vieillesse. Pour les enfants, le programme encourage la coopération entre acteurs et prévoit la mise en place d'indicateurs de bien-être psychosocial des enfants ;
- les rôles des différents acteurs sont rappelés avec un engagement du ministère des affaires sociales de renforcer les coopérations et le soutien technique: les municipalités (l'assistance technique doit être développée par le niveau national), le système de santé (amélioration de la prise en compte de la promotion de la santé avec formation des professionnels), les entreprises (forums et expertise du ministère pour renforcer la prise en compte de la santé par les entreprises), les associations, familles et individus, les organisations internationales (OMS, UE...) ;
- le programme prévoit un renforcement de la recherche et de la formation : un programme de recherche sur la promotion de la santé doit être lancé par l'Académie de Finlande et les ministères en lien avec les universités ; un réseau de recherche et formation en santé publique doit être établi entre les universités et les instituts du ministère des affaires sociales afin de mieux intégrer la promotion de la santé dans la formation de tous les professionnels de santé ; l'Etat financera des recherches sur les inégalités de santé entre groupes sociaux. Le développement de l'évaluation des impacts sur la santé constitue un élément important du programme, en lien avec l'article 152 du traité d'Amsterdam qui prévoit une extension de cette évaluation aux travaux préparatoires et bilans des politiques : une évaluation externe des effets des politiques sur la santé sera menée tous les quatre ans ; des modèles seront développés pour aider les municipalité à conduire cette évaluation à leur niveau ainsi que les entreprises ;
- l'évaluation de la stratégie est prévue, tous les quatre ans dans le cadre du rapport social et santé et complétée par une évaluation externe.

Dans ce cadre général, la définition et la mise en œuvre des actions concrètes de prévention relèvent des municipalités. Le rapport « sauvegarder l'avenir des services de santé » rappelle ce programme santé 2015 et incite les autorités locales à organiser leurs services sociaux pour développer la promotion de la santé, la prévention des maladies, la coopération régionale et entre les différents services des municipalités.

3.2 La méthode d'élaboration des programmes de prévention : recherche et évaluation

La recherche joue un rôle fondamental dans les programmes de prévention, tant au stade de l'élaboration que pour en suivre les effets et évaluer leur mise en œuvre. Stakes et l'Institut national de la santé publique sont les deux organismes publics qui permettent de coordonner les travaux, menés souvent en étroite relation avec les universités ou dans le cadre de programmes internationaux.

La plupart des programmes sont définis selon la méthode suivante : recherche scientifique et évaluation des projets pilote, élaboration d'une stratégie avec une large consultation et une approche multisectorielle, mise en œuvre nationale accompagnée de formation des professionnels, suivi scientifique et évaluation finale. Cette méthode a été appliquée notamment pour le programme de prévention des maladies cardiovasculaires expérimenté en Carélie du Nord avant sa généralisation (cf. fiche nutrition). Le programme de prévention du suicide a été préparé par une phase de recherche et expérimentation en 1987-1989, élaboré avec environ 2000 personnes en 1989-1992, généralisé au plan national avec un réseau de plus de 1100 professionnels (20% de psychologues, 9% de médecins, 16% d'infirmières, 14% de travailleurs sociaux, 8% de religieux...) ; son évaluation a été conduite par Stakes.

Chaque programme de prévention doit être étayé par une analyse scientifique rigoureuse : ainsi Stakes mène un projet de recherche sur la prévention des problèmes psychologiques des enfants de parents souffrant de maladie mentale et teste deux formes d'intervention auprès de deux groupes de 90 familles avant de préconiser des mesures pour les professionnels de santé. La prévention des difficultés des enfants dans le cadre des « well baby clinics » s'accompagne de même d'un projet de recherche mené par l'Université de Tampere au niveau international (avec le Royaume-Uni, la Grèce, Chypre, la Yougoslavie).

Les évaluations de programme sont conduites par Stakes ou l'Institut national de santé publique. Elles portent à la fois sur le processus (analyse de la mise en œuvre, interview des acteurs et prise en compte de leur perception subjective) et sur l'impact (analyse des statistiques, enquêtes auprès de la population). Le premier aspect est souvent plus développé (par exemple dans l'évaluation de la stratégie de prévention du suicide) mais certaines évaluations sont étayées par de solides analyses médicales (par exemple pour l'évaluation de la prévention des maladies cardio-vasculaires).

L'évaluation externe est un élément important de la stratégie de santé : la Finlande a ainsi demandé à l'OMS de conduire des évaluations de l'organisation de la politique de prévention, au début des années 1990 et en 2001. Une nouvelle évaluation de la politique de promotion de la santé par l'OMS est prévue avant 2010. Les citoyens n'interviennent pas directement dans cette évaluation même si les associations peuvent

être consultées. L'évaluation rendue en 2002 a été préparée durant un an et conduite par une équipe de l'OMS de sept personnes accompagnée de deux représentants du ministère (2 semaines sur place). Le ministère des affaires sociales et de la santé estime que ce rapport dresse un tableau fidèle du contexte de la Finlande dans les années 1990 et s'avère utile pour alimenter un débat public même si les relations entre le niveau national et les municipalités, entre les différentes agences, n'ont pas été bien perçues. Le rapport souligne plusieurs limites du système finlandais :

- une répartition des rôles qui manque de clarté ;
- une faiblesse du pilotage et des moyens financiers dans les municipalités, notamment les plus grandes ;
- une difficile coordination entre les ministères, notamment avec le ministère de l'éducation, de l'environnement et celui de l'intérieur ;
- une fonction de soutien du niveau national vis à vis des municipalités qui devrait être renforcée ;
- un manque de formation en santé publique ;
- une complexité des circuits financiers qui ne permet pas d'identifier les budgets consacrés à la prévention au niveau national ou local ;
- le manque de recours à la technique des études d'impact en santé.

Le système d'information et les publications sur l'état de santé de la population sont progressivement renforcés. En 1995, le Parlement a choisi de modifier le rapport présenté par le gouvernement sur l'alcool et la drogue pour en faire un rapport sur l'état et le développement de la santé de la nation : le premier rapport sur la santé publique en Finlande a été présenté au Parlement en 1996 ; il est depuis préparé par l'Institut national de santé publique. Celui-ci conduit une enquête annuelle par questionnaire auprès de 10 000 personnes ; tous les cinq ans, une étude des facteurs de risque est menée auprès de 8 000 personnes avec des questionnaires et examens cliniques. Tous les 15 ans, un examen de santé d'une durée de 4 à 6 heures est effectué sur un échantillon de 10 000 personnes (80% de participants).

La collecte des données pour les registres est facilitée par l'existence d'un numéro d'identité unique et personnel depuis les années 1960, qui permet de suivre le parcours d'un individu dans le système de santé et d'intégrer automatiquement les registres des hôpitaux. La collecte des statistiques dans le champ sanitaire et social est répartie entre l'office national des statistiques (enquête ménages, enquête santé annuelle, causes de mortalité), Stakes¹⁰ et l'Institut national de santé publique. La décentralisation des politiques sanitaires et sociales à partir de 1993 a cependant conduit à une perte d'information sur les actions menées en dehors de l'hôpital et notamment les actions de prévention. Une banque d'indicateurs devrait être réalisée pour 2003 et mise sur internet. Des lacunes dans le système d'information existent :

- les services de soins primaires pour lesquels il n'existe pas de statistique hormis le nombre total de personnes prises en charge (projet de système d'information fondé sur un échantillon représentatif) ;

¹⁰ - Registre médical des naissances, registre du cancer (géré par la Cancer foundation), registre des sorties d'hôpital, registre des professionnels de santé, registre child welfare, registre des malformations congénitales, registre des avortements et stérilisations, registre des déficiences visuelles, registre de l'assistance sociale,

- statistiques PMA, statistiques sur les services de santé, sur la population active, soins aux enfants, fournisseurs privés de services sanitaires et sociaux, alcool et drogue, hôpitaux.

- les professionnels de santé pour lesquels les statistiques ne donnent actuellement que le nombre de diplômés ;
- la qualité des services ;
- les registres épidémiologiques (incidence, prévalence, morbidité) ;
- les dépenses de santé.

Une amélioration de ces statistiques est prévue pour 2005, notamment sur les services de santé primaires, les professionnels de santé et pour une chaîne continue des soins.

Des registres spécifiques ont été mis en place pour accompagner le suivi de certaines politiques de prévention comme les registres des infarctus, avec un contrôle qualité et des données standardisées.

3.3 Les principales actions de prévention

Les actions de prévention menées en Finlande utilisent plusieurs instruments :

- dépistage : des programmes nationaux de dépistage du cancer sont mis en œuvre par les municipalités pour le cancer du sein (de 50 à 59 ans) et le cancer de l'utérus (de 30 à 60 ans) (respectivement, 90% et 60-70% des femmes concernées bénéficient de ces dépistages). Le cancer colorectal fait également l'objet d'un programme de dépistage ;
- information : des programmes de promotion et d'éducation à la santé financé par le gouvernement (notamment avec une partie des droits sur le tabac) ;
- taxation : alcool, tabac ;
- législation : interdiction de fumer dans presque tous les endroits publics, interdiction de la vente de tabac ou d'alcool aux moins de 18 ans, législation sur le contenu en sel des aliments industriels en 1993 avec étiquetage

Deux programmes importants de prévention ont été menés dans les dernières années :

- un projet national de **prévention du suicide** de 1986 à 1996 : il a principalement consisté à former des professionnels, créer des réseaux locaux et des groupes de crise, développer l'information et l'éducation du public. Plus récemment, le gouvernement a fléchi des crédits pour les services de santé mentale à destination des enfants et adolescents. Un programme d'action (« meaningful life ! ») a été lancé entre 1998 et 2002 ;
- un programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires lancé en **Carélie du Nord entre 1972 et 1977** de façon expérimentale puis étendu à d'autres régions (dans le cadre du programme CINDI de l'OMS) : éducation à la santé, dépistage, actions sur l'environnement (interdiction de fumer, promotion de la culture de légumes, collaboration avec l'industrie agro-alimentaire), prévention en direction des jeunes, formation des professionnels de santé, suivi des résultats.

Ces deux programmes d'actions, sur le suicide et sur les maladies cardiovasculaires, ont en commun une approche intersectorielle et une implication large des acteurs, tant dans la sphère publique (ministères, municipalités...) que privée (associations, entreprises...).

Parmi les programmes de santé publique actuellement en cours figurent :

- Un **programme national sur l'alcool** est mis en œuvre depuis août 2001 : il a été élaboré pour les années 2000 par le comité permanent sur l'alcool, les drogues et les dépendances (ministère des affaires sociales et de la santé) à partir du plan d'action 2000-2005 de l'OMS Europe. Il comporte dix propositions d'actions « concrètes » comme le renforcement des moyens et de la coordination de la prévention, l'amélioration de l'accès aux services de santé et sociaux, la formation de médecins au niveau local, le soutien aux acteurs locaux pour développer des lieux de loisir et sport sans alcool.... L'entreprise publique Alko, qui détient le monopole de la distribution des alcools, participe à la mise en œuvre de ce programme. La politique de prévention de l'alcoolisme est fondée sur l'information, l'action sur les prix et la distribution (monopole d'Etat, interdiction de vente aux mineurs de 18 ans). Or, l'intégration dans le marché commun implique de libéraliser la distribution en 2003 et donc de revoir les instruments de la politique de lutte contre les effets négatifs de l'alcool. En matière de communication, les campagnes télévisées qui étaient très développées dans les années 1970 sont peu nombreuses actuellement car leur impact sur la modification des comportements s'avère faible. Depuis la décentralisation, ce sont les municipalités qui sont libres de mettre en place, ou non, des actions de prévention de l'alcoolisme. Le rapport « sauvegarder l'avenir des services de santé » préconise de réduire la teneur maximale en alcool des bières et alcools vendus chez les détaillants en dehors du réseau de l'Etat (elle est actuellement de 4,7%) ; il estime notamment que cette mesure aurait un impact sur la consommation des jeunes et des enfants davantage que sur celle des adultes.
- En matière de **tabac**, une première législation a été édictée en 1975 (interdiction de la publicité en 1978) et complétée en 1995. Dès 1977, le gouvernement devait consacrer au moins 0,45% du revenu des droits d'accise sur le tabac aux politiques de prévention, le ministère des affaires sociales et les municipalités devaient prendre des mesures pour réduire le tabagisme, un taux maximum de nicotine et de goudron est fixé et des avertissements apposés sur les paquets de tabac, l'implantation de distributeurs de tabac encadrée. En 1995, la réglementation a été renforcée pour éviter le tabagisme passif et la consommation des jeunes :
 - le tabac est interdit dans la plupart des lieux publics comme les écoles et transports (mais pas dans les cafés ou restaurants) ;
 - sur le lieu de travail, les parties communes et les endroits ouverts au public doivent être non-fumeurs (l'exposition au tabac est contrôlée par les inspecteurs de sécurité au travail) ;
 - la vente de tabac est interdite aux mineurs de 18 ans (au lieu de 16 ans avant 1995) ;
 - la publicité indirecte est interdite ;
 - la vente de tabac à mâcher est interdite ;
 - une campagne d'information est financée par le ministère des affaires sociales (1 M ECU avec lettre d'information aux employeurs, affichages, émission télévisée de 20 min, outils pour les écoles et municipalités, ligne téléphonique...).
- Un **comité sur la promotion de l'activité physique** a été mis en place en juin 2002 : il est chargé de coordonner les différentes actions, en réunissant, sous la présidence du ministère de l'éducation et du ministère des affaires sociales, des représentants des ministères des transports, de l'environnement, des associations,

des municipalités et provinces. Son mandat va jusqu'en juillet 2005. Un budget de 200 000 € est affecté pour 2002. Les groupes cibles sont les personnes âgées, les enfants et les jeunes ; il s'agit d'encourager le développement de l'activité physique quotidienne et non pas seulement du sport (cf. fiche nutrition et activité physique).

Une stratégie publique de santé au travail a été définie dans les années 1990 avec comme objectif le recul de l'âge de départ à la retraite (cf. fiche santé au travail).

3.4 Le financement de la prévention

Il n'existe pas de statistique globale des dépenses consacrées à la prévention. Au niveau des municipalités, le budget prévention n'est pas non plus identifié. Un projet est actuellement en cours à Stakes pour, en lien avec l'OCDE (groupe comptes des système de santé), développer les informations sur les services de soins primaires et distinguer la prévention.

Dépenses de prévention et santé publique

Per capita en \$PPA	1990	1998	1999
Etats-Unis	98	166	177
Canada	80	147	159
France	35	53	57
Finlande	39	49	54
Italie	5	8	7

Source : OCDE – 2002

Dépenses de prévention et santé publique en 1998

Per capita en \$PPA	Santé maternelle et infantile	Médecine scolaire	Médecine du travail
Etats-Unis	5	7	14
Canada	nd	nd	7
France	7	7	19
Finlande	nd	2	47

Source : OCDE – 2002

La promotion de la santé est essentiellement financée par le budget des municipalités. Une affectation est prévue dans le budget de l'Etat : la loi oblige le gouvernement à consacrer à la promotion de la santé un budget minimal équivalent à 0,45% du produit des accises sur le tabac : dans les faits, le gouvernement finlandais y consacre 0,75% soit 7,5 M€, 40% de cette somme allant à la lutte contre le tabagisme, environ 1 million d'€ à la lutte contre la toxicomanie et le reste à divers associations.

4. Conclusion sur l'efficacité et les enseignements pour la France

4.1 L'efficacité des politiques de prévention

Bien que la vaccination ne soit pas obligatoire, la **couverture vaccinale de la population est élevée**. Pour la rougeole par exemple, le taux de couverture est de 99%, soit le second taux le plus élevé en Europe occidentale après l'Islande (83% en France). La Finlande est parvenue, dans les années 1990, à éradiquer la rougeole. En 1997, 93% des enfants de moins de deux ans étaient complètement vaccinés¹¹, ce qui montre toutefois une légère baisse par rapport aux 96% de 1995 (la couverture est de 99% pour le BCG). Des études sérologiques montrent une bonne couverture de la population par exemple contre la diphtérie jusqu'à 40 ans. L'Institut national de la santé publique assure le suivi des plaintes et veille à la sécurité des vaccins, afin d'éviter les mouvements de défiance des parents comme au Royaume-Uni ; une ligne téléphonique de conseil reçoit environ 5 000 appels par an, essentiellement des professionnels de santé. Le programme national de vaccination va être revu pour développer les vaccins combinés et en cibler certains sur des populations à risque : le nombre d'injections pour un enfant passerait ainsi de 12 à 5 en 2005.

Les **programmes en faveur de la nutrition et pour lutter contre les maladies cardiovasculaires semblent avoir été efficaces** : baisse des taux moyens de cholestérol et de pression artérielle, chute de la consommation de tabac des hommes. Au début des années 1990, la mortalité des hommes par maladie cardio-vasculaire était 60% inférieure au niveau atteint au début des années 1970. Toutefois, les taux de mortalité par maladie cardiovasculaire restent supérieurs à la moyenne européenne et l'évolution des pratiques alimentaires n'a pas été suffisante pour enrayer la progression de l'obésité et la recrudescence des diabètes de type II. Une augmentation des taux de cholestérol est de nouveau visible notamment dans la région d'Helsinki, chez les jeunes de 25-35 ans qui n'ont pas connu les débuts du programme.

La consommation de tabac a diminué au cours des dernières années, notamment au sein de la population masculine. En 1995, 29% des hommes en âge de travailler et 19% des femmes fumaient quotidiennement ; ils sont 27% et 20% en 2000. Le tabagisme passif a baissé à domicile comme sur le lieu de travail (10% des salariés sont exposés au tabac plus d'une heure en 1995 contre 25% en 1988). Cependant, le tabac continue de causer environ 5 100 décès prématurés par an ; le tabagisme passif serait à l'origine, chaque année, de 50 à 60 décès par cancer du poumon et d'une centaine de décès par maladie cardiovasculaire.

Les programmes de prévention du suicide présentent une ambivalence semblable à celle de la politique contre les maladies cardiovasculaires : une amélioration des résultats sanitaires mais une situation qui reste inquiétante par rapport à la moyenne européenne. Les taux de suicide ont eu tendance à diminuer à partir de 1990 : la mortalité des hommes de 15-34 ans est ainsi passée de 58 pour 100 000 en 1990 à 39 pour 100 000 en 1998. L'évaluation conduite par Stakes conclut aux effets positifs de la baisse de la consommation d'alcool dans les années 1990 et de la hausse régulière de la consommation d'antidépresseurs sur la même période.

¹¹ Cette étude est renouvelée tous les deux ans auprès d'un échantillon de 1000 enfants.

Enfin, le taux d'avortements est relativement peu élevé en Finlande (9 pour 1000 femmes de 15-49 ans en 2000), avec une baisse globale sur la période 1975-2000, ce qui pourrait être dû à l'efficacité des services de contraception des centres de santé mis en place dans les années 1970 et de l'éducation des jeunes. Néanmoins, au cours des dernières années 1995-2002, le taux d'avortement des 15-24 ans a eu tendance à augmenter (environ 17 pour mille en 2002) : l'affaiblissement de l'éducation sexuelle, qui n'était plus obligatoire mais laissée à la discrétion des écoles au cours des années 1990, est sans doute un des facteurs de cette hausse avec la baisse des budgets consacrés à la santé scolaire.

4.2 Les caractéristiques spécifiques à la Finlande et les enseignements possibles pour la France

La Finlande a **des caractéristiques qui facilitent la mise en œuvre d'une politique de prévention publique** : une population peu nombreuse ayant un niveau d'éducation élevé, relativement homogène avec peu de minorités et qui manifeste une confiance élevée dans les services publics et la recherche scientifique.

La lutte contre le tabagisme, la prévention des maladies cardiovasculaires et du cancer, la politique de nutrition sont des points forts de la stratégie de prévention de la Finlande. En revanche, la santé mentale n'est pas encore suffisamment intégrée dans la santé publique et spécialement dans le plan santé 2015. L'alcool est un problème majeur de santé publique, notamment chez les jeunes, et les actions de prévention menées n'ont pas réussi à modifier les comportements.

La décentralisation des politiques sociales et sanitaires dans les années 1990 a permis d'adapter les services aux caractéristiques locales mais rend difficile la lisibilité des actions menées ainsi que l'organisation des services par des petites municipalités. Une réflexion est en cours en Finlande pour favoriser la coopération entre municipalités et renforcer l'échelon provincial comme niveau de coordination et appui. Les agences comme Stakes ont développé leur rôle de soutien méthodologique et scientifique aux municipalités. Globalement, la connaissance par le niveau central des actions effectivement menées au plan local s'avère faible. Cet exemple souligne a contrario l'intérêt et l'enjeu d'une réflexion sur le système d'information en cas de décentralisation accrue.

Plusieurs points forts de l'organisation de la prévention en Finlande méritent d'être soulignés :

- le ministère des affaires sociales et de la santé s'est recentré sur ses missions de pilotage et d'orientations politiques pour confier l'expertise et la recherche à des **agences dotées de moyens importants**. L'intérêt des agences comme Stakes et l'Institut national de la santé publique est d'allier des compétences diverses, provenant à la fois de la médecine et des sciences sociales, et de lier étroitement recherche scientifique et mise en œuvre des programmes. Le rôle d'un Institut en santé au travail, doté d'un budget de recherche public, doit également être souligné : il permet de conduire des travaux de recherche sur les facteurs de risque, des études

sur l'exposition au risque qui fondent ensuite l'élaboration d'une politique publique de santé au travail ;

- les programmes de prévention sont étayés par des **recherches scientifiques et évalués** pour être crédibles et efficaces ; ils sont accompagnés d'un important effort de **formation des professionnels**, de santé mais aussi sociaux, techniciens... ;
- **l'approche sanitaire et sociale est intégrée** au service d'une politique globale d'amélioration de la santé à moyen terme. Des objectifs chiffrés sont fixés avec des indicateurs portant à la fois sur la santé de la populations mais aussi leur perception subjective ;
- les **infirmières** jouent un rôle essentiel dans la prévention.

Les programmes et actions de prévention menés montrent en outre que :

- une **modification des facteurs de risque** peut être obtenue à condition de mener une action globale, impliquant plusieurs secteurs (santé, agriculture, transport...) et politiques (nutrition, tabac, alcool, activité physique) ; cette modification des facteurs de risque conduit à une baisse de la mortalité comme le montre le succès de la politique de prévention des maladies cardiovasculaires en Carélie du Nord ;
- les actions de prévention en direction des enfants doivent prendre en compte son environnement familial et s'adresser à l'ensemble de la cellule familiale.

ANNEXE : LES INDICATEURS DE SANTE

Taux de mortalité

(°/oo)	1980	1990	2000
Taux de mortalité	9,2	10	9,5
Taux de mortalité infantile	7,6	5,6	3,8
Taux de mortalité périnatale	8,4	6,5	4,4

Source : OCDE – Santé 2002

Espérance de vie

	1980		1990		1999	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Espérance de vie à la naissance	69,2	77,6	70,9	78,9	73,8	81
Espérance de vie à 65 ans	12,5	16,5	13,7	17,7	15,1	19,2

Source : OCDE – Santé 2002

Mortalité prématurée : années de vie potentielle perdues en 1998

Années perdues/100 000 personnes 0-69 ans	Hommes	Femmes	Total
Finlande	5 765,2	2 552,8	4 162,6
France	5 758,9	2 692,5	4 219,3

Source : OCDE – santé 2002

Principales causes de mortalité (1995)

Année 2000	Homme	Femme
Moins de 1 an	Anomalies congénitales	Anomalies congénitales
1- 14 ans	Accidents	Cancer
15- 34 ans	Suicides	Accidents et morts violentes
35- 49 ans	1/ maladies appareil circulatoire 2/ accidents	Cancer (sein)
50- 64 ans	Maladies appareil circulatoire (infarctus myocarde)	Cancer (sein)
65-79	Maladies appareil circulatoire (IM)	Maladies appareil circulatoire (IM)
Après 80 ans	Maladies appareil circulatoire (IM)	Maladies appareil circulatoire (cérébro-vasculaire)
Tous âges	1/ maladies appareil circulatoire (IM) 2/ cancer (poumon)	1/ maladies appareil circulatoire (IM) 2/ cancer (sein)

Source : *Health in Finland* – National Institute of public health – 1999

Principales causes de mortalité en 1998 (pour 100 000) :
Les maladies

	ensemble	hommes	femmes
Maladies de l'appareil circulatoire	292,3	402,4	216,3
<i>Dont maladies ischémiques</i>	<i>175,3</i>	<i>257,1</i>	<i>120,1</i>
<i>Dont infarctus du myocarde</i>	<i>101,3</i>	<i>149,3</i>	<i>68,8</i>
Tumeurs	150,5	204,7	119,2
Maladies respiratoires	54	88,6	35,6
Maladies infectieuses	5,2	6,7	4,2
VIH	0,1	0,2	0
Total des décès	690,2	947,6	512,1

Source : OCDE – 2002

Principales causes de mortalité en 1998 (pour 100 000) :
Les causes extérieures

	ensemble	hommes	femmes
Accidents de transport	8,6	13,1	4,6
Suicides	21,5	35	9
Total des décès non liés à des maladies	68,6	108,1	33,7

Source : OCDE – 2002

ANNEXE 5
LA PREVENTION SANITAIRE AU QUEBEC

LA PREVENTION SANITAIRE AU QUEBEC

1. LE DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ.....	2
2. L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION	5
2.1 DE NOMBREUX RAPPORTS ET UNE LOI DE SANTÉ PUBLIQUE POUR AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	5
2.1.1. <i>Les préconisations du rapport CLAIR sont importantes pour améliorer l'organisation de la prévention.....</i>	<i>5</i>
2.1.2. <i>La loi sur la santé publique du 19 décembre 2001 reprend certaines des propositions du rapport CLAIR</i>	<i>6</i>
2.1.3. <i>Le programme national de santé publique du ministre de la santé et des affaires sociales pour 2003/2012 fait une place importante à la prévention.....</i>	<i>7</i>
2.1.4. <i>Le rapport Romanow veut réorganiser le système dans son ensemble</i>	<i>8</i>
2.2. UNE ORGANISATION RÉGIONALISÉE ET EN RÉSEAU	9
2.2.1. <i>Le système de santé et de services sociaux du Québec repose sur trois caractéristiques principales:.....</i>	<i>10</i>
2.2.2. <i>Le rôle du ministère de la santé et des services sociaux, et des services qui lui sont rattachés s'oriente vers un pilotage stratégique</i>	<i>10</i>
2.2.3. <i>Le réseau de la santé et des services sociaux est très axé sur la santé publique</i>	<i>13</i>
3. LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION	17
3.1. UN CADRE GÉNÉRAL POUR UNE STRATÉGIE DE PRÉVENTION	17
3.2. DES ACTIONS DE PRÉVENTION TRÈS DÉCONCENTRÉES.....	19
3.3.1. <i>Parmi les principales actions de prévention, on peut citer les actions de dépistage .</i>	<i>19</i>
3.3.2. <i>La vaccination n'est pas obligatoire au Québec, mais le taux de couverture est équivalent à celui de la France.....</i>	<i>20</i>
3.3.3. <i>Une approche intégrée de la prévention des dépendances: alcool, drogue, médicaments.....</i>	<i>20</i>
3.3.4. <i>La lutte contre le tabagisme est difficile à mener</i>	<i>20</i>
3.3.5. <i>La prévention, le contrôle et la surveillance des maladies infectieuses sont bien organisés.....</i>	<i>21</i>
4. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS.....	23
4.1. LES INFIRMIÈRES FORMÉES EN SANTÉ PUBLIQUE OCCUPENT UNE PLACE CROISSANTE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	23
4.2. LA FORMATION DES MÉDECINS EN SANTÉ PUBLIQUE EST TRÈS IMPORTANTE	24
4.3. LA FORMATION DES AUTRES ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE SE DÉVELOPPE	24
4.4. LES ACTIONS DE RECHERCHE SONT COMPLÉMENTAIRES À LA FORMATION.....	24
5. UNE APPROCHE QUI PEUT INSPIRER LES POLITIQUES NATIONALES.....	26
5.1. L'APPROCHE INTÉGRÉE ET GLOBALE QUI CONSISTE À NE PAS SÉPARER LA SANTÉ DU SOCIAL CONSTITUE UN ATOUT POUR METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION, ET SURTOUT DE PROMOTION DE LA SANTÉ.....	26
5.2. LA FORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE EST PLUS DÉVELOPPÉE QU'EN FRANCE	26
5.3. L'ENSEMBLE DE LA CLASSE POLITIQUE SE PRÉOCCUPE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ.....	27

La population du Québec est de 7,5 millions d'habitants. Cette disparité démographique rend délicates les comparaisons entre cette province et la France. Néanmoins, tant par le niveau de développement que par les valeurs sociales ou les modes d'organisation, on peut trouver des éléments d'appréciation permettant des comparaisons.

En application de la Constitution du Canada, et depuis la publication de la loi sur les services de santé et les services sociaux du 1^{er} juin 1972, la province du Québec a reçu une responsabilité totale en matière de santé, fondée sur les principes d'universalité, et d'accessibilité.

Tous les soins médicalement nécessaires sont inclus dans le système de financement, et la gestion du système de santé, dont les moyens sont répartis entre les provinces, est publique.

1. Le diagnostic de l'état de santé

Le niveau de santé des canadiens figure parmi les meilleurs au monde : quatrième pays pour l'espérance de vie, après le Japon, la Suisse et la Suède, le Québec a un taux de mortalité parmi les plus faibles des pays de l'OCDE.

Le Québec connaît les problèmes de santé de tous les pays développés : maladies cardio-vasculaires, cancers, en particuliers cancers du sein et du poumon, suicides, notamment chez les jeunes, morts violentes avant 50 ans. On assiste à une augmentation des situations de surpoids, des problèmes de dépendances (tabac, alcool, drogues et médicaments) chez les jeunes. Les inégalités sociales devant la santé sont comme dans tous les pays développés, très importantes.

Les principaux indicateurs sanitaires sont les suivants :

- **espérance de vie à la naissance en 1998** : en 1998, l'espérance de vie était de 75,3 ans chez les hommes et 81,3 ans chez les femmes, elle a augmenté de 4,1 ans chez les hommes depuis 1981, et de 2,2 chez les femmes, se situant légèrement sous la moyenne canadienne, mais en bonne place parmi les pays de l'OCDE. L'espérance de vie en bonne santé est en moyenne de 70,2 ans, 72,3 ans chez les femmes et 68,1 ans chez les hommes ;
- **mortalité infantile**, ce taux est en baisse constante, mais on constate un taux d'amélioration plus lent que dans la plupart des pays de l'OCDE. Tous les indicateurs ont été divisés par deux depuis le début des années 1970. Le taux de mortalité périnatale est de 7,2 pour 1000 en 1998, et le taux de mortalité infantile est de 5,5 ‰ en 1998 et 4 ‰ en 1999. L'insuffisance de poids à la naissance est un des problèmes concernant les nouveaux nés les plus aigus au Québec ;
- **les principales causes de mortalité** sont les maladies cardio-vasculaires (34% décès), les cancers (30% décès), les problèmes respiratoires (10% décès) et les traumatismes (6% décès)¹.

¹ Ministère des affaires sociales et de la santé du Québec, 2002

Il subsiste des écarts importants selon le taux de revenu, particulièrement à Montréal², où on constate un écart d'espérance de vie de 11 ans entre les quartiers les plus favorisés socialement et les quartiers les plus pauvres.

En 1998, les problèmes de santé chroniques les plus souvent déclarés chez les Québécois sont, dans l'ordre, l'arthrite, les rhumatismes, l'hypertension, les affections respiratoires, les maladies cardiaques, l'asthme (nombre de cas x 2 en dix ans) et les troubles mentaux.

Parmi les principaux problèmes de santé :

- **Les maladies cardio-vasculaires :** première cause de décès, et affectant 4,6% de la population adulte, elles sont à l'origine de 19 000 décès par an, mais contrairement à ce qui se passe pour les maladies chroniques, l'amélioration des soins pour ces maladies et l'hypertension a permis de réduire de moitié la mortalité depuis 20 ans, 516,2 APVP pour 100 000 en 1976 à 239,2 en 1998 ;
- **les cancers :** les tumeurs représentent la première cause de mortalité prématurée, la deuxième cause de décès. Le taux ajusté de mortalité pour le cancer trachée, bronche, poumon est en hausse constante. L'incidence du cancer suit une croissance annuelle (liée au vieillissement de la population) de 3% par an, et au tabagisme des femmes pour le cancer du poumon. En revanche, dans la population générale, le nombre de fumeurs a diminué de 15% depuis dix ans³, mais un jeune de 15 à 19 ans sur trois fume occasionnellement et régulièrement, et la proportion de jeunes fumeuses est supérieure de 26% à celle des jeunes fumeurs ;
- **les blessures non intentionnelles :** en 1976, cette cause de mortalité a diminué de 32%, en raison semble-t-il des actions de prévention de sécurité routière. Les 2/3 des décès concernent les hommes ;
- **les problèmes de santé mentale :** il s'agit essentiellement du suicide, en augmentation constante chez les jeunes hommes et dans la population féminine. 28% des jeunes de moins de 25 ans avouent une situation de détresse psychologique, mais aussi 20% des plus de 25 ans. Les études montrent qu'une personne sur cinq connaîtra un problème de santé mentale au cours de sa vie et on constate une forte augmentation du suicide chez les hommes jeunes⁴ (+25%) et chez les femmes (+49%) de 1991 à 1999 ;
- **les maladies de l'appareil respiratoire :** elles sont en augmentation au Québec : 67,5 pour 100 000 en 1976, à 70,1 en 1998 ;
- **les maladies infectieuses à déclaration obligatoire :** le nombre moyen a diminué de 40% de 1990 à 1999 au Québec, avec une légère reprise en 1996 en raison notamment de la déclaration de l'infection hépatite C à partir de 1997. Le nombre de SIDA déclaré atteint un palier, ce sont les MST qui sont les plus nombreuses (50% du total) et qui augmentent.

Parmi les problèmes de santé émergents :

En ce qui concerne les causes de mortalité « **de société** », le SIDA, les cirrhoses liés à l'alcoolisme, les accidents de la route, le taux ajusté de mortalité est en régression.

² *La santé urbaine*, rapport de la régie régionale de la santé et des services sociaux, novembre 2002

³ Enquête sociale et santé de 1998

⁴ mesuré en taux brut d'années potentielles de vies perdues

En revanche, les cas de **diabète** sont en augmentation : +65% en dix ans, plus d'une personne de plus de 45 ans sur 10 est diabétique. Les cas d'asthme ont plus que doublé en dix ans.

La proportion de jeunes (15-24 ans) **buveurs excessifs** augmente, et la proportion de buveurs excessifs dans la population est importante ; 57% disent avoir pris au moins cinq consommations ou plus en une même occasion au cours de l'année ayant précédé l'enquête⁵, et près d'une personne sur trois plus de cinq fois dans l'année : 2% de buveurs disent prendre 29 consommateurs ou plus par semaine.

Depuis 1987, on constate une progression de la proportion de personnes ayant un **excès de poids**, surtout chez les hommes. Seulement la moitié des personnes âgées de plus de 15 ans déclaraient pratiquer une activité physique une fois par semaine, mais 30% ne pratique aucune activité physique, taux en constante augmentation.

En 1998, 1,5 millions de Québécois de plus de 15 ans avaient une surcharge pondérale, mais seulement 15% des Québécois percevaient avoir de mauvaises habitudes alimentaires.

Les consommateurs de **drogues** sont les plus nombreux chez les 15-24 ans, 40% d'entre eux ont consommé au moins un type de drogue au cours des derniers 12 mois, consécutifs, et 26% de la marijuana. Ce taux baisse considérablement après 25 ans.

⁵ enquête santé sociale 1998

2. L'organisation du système de santé et de la prévention

2.1 De nombreux rapports et une loi de santé publique pour améliorer le fonctionnement du système de santé

Deux rapports importants rédigés par le comité consultatif fédéral-provincial-territorial ont été publiés sur l'état de santé de la population canadienne, en 1996 et surtout 1999, « *la santé de la population canadienne* », à la suite d'une *Enquête nationale sur la santé de la population en 1996-1997*, auxquels il faut ajouter le rapport Clair en 2001 (produit d'une Commission de dix experts qui l'a remis en décembre 2000 à la ministre de la santé) sur le financement et l'organisation des services, et le rapport Romanow au niveau fédéral.

Les seules préconisations du rapport Clair qui ont pour l'instant connu un début d'application sont celles qui concernent l'organisation du système de santé au Québec, et qui redéfinissent le partage des responsabilités entre les différents niveaux de responsabilité. Ces orientations sont en partie reprises dans la loi sur la santé publique de décembre 2001.

2.1.1. Les préconisations du rapport CLAIR sont importantes pour améliorer l'organisation de la prévention

Ce ne sont pas tant les résultats sanitaires qui sont concernés par les diagnostics sévères qui sont portés sur le système de santé que les modalités d'organisation (files d'attente dans les hôpitaux et engorgement des urgences) et les coûts croissants du système de santé.

L'évolution démographique de la population, et notamment le vieillissement, portent une part de responsabilité importante dans cette évolution, alors que 70% des Québécois pensent que la gestion est le seul facteur explicatif de cette hausse des coûts.

Faisant ouvertement référence au rapport de l'OMS « *pour un système de santé plus performant* », les 95 propositions de la Commission CLAIR de 2001 évoquent le financement, les ressources humaines, l'organisation du système de santé, les services sociaux. L'organisation des services représente la moitié des propositions.

En matière de prévention, les propositions insistent à la fois sur le rôle des CLSC et sur celui des médecins de famille. Elles recommandent l'implantation de réseaux de première ligne, tant pour les services sociaux que médicaux, (les services sociaux relevant plus des CLSC), les services médicaux par la création de Groupes de médecine de famille, formés par des médecins travaillant en cabinet ou en CLSC.

Le rôle des CLSC serait élargi :

- services courants en santé physique, mentale et services sociaux courants
- des programmes de soins ambulatoires (personnes âgées et soins palliatifs)
- des programmes d'activité intégrés pour les personnes vulnérables
- des interventions à domicile, dans les écoles et les garderies

Certains CLSC se sont déjà orientés vers ces activités.

Des « Groupe des médecins de famille » seraient créés :

Pratiquant soit dans leur cabinet, soit en CLSC, cette équipe de 6 à 10 médecins travaillerait avec des infirmières, cliniciennes ou praticiennes, qui participeraient à la prise en charge des personnes et à la coordination des services. Offrant ces services dans un « délai raisonnable » avec des gardes assurées par l'équipe, 24H/24, 7 jours/7, le Groupe fonctionnerait avec une clientèle inscrite auprès de lui.

Fonctionnant en réseau, le Groupe assurerait notamment la promotion de la santé et la prévention. Le mode de rémunération serait établi selon un mode mixte : nombre de personnes inscrites, de leurs caractéristiques socio-sanitaires, de la participation à certains programmes (groupes prioritaires...) de la nature des interventions effectuées (dont les actes de prévention).

Deux catégories de populations sont considérés comme prioritaires : les personnes âgées en perte d'autonomie et les jeunes enfants en situation de vulnérabilité. La formation des personnels médicaux devrait être réorientée en ce sens.

La Commission suggère de regrouper au sein d'une même instance territoriale le CLSC, le centre d'hébergement et de soins de longue durée et l'hôpital local, avec un conseil d'administration responsable de la gestion des services de première ligne incluant une proportion de membres élus par la population.

Elle recommande enfin de recentrer le rôle et les missions du ministère de la santé et des services sociaux sur les fonctions stratégiques et d'évaluation et de créer une agence nationale chargée de la gestion de toutes les questions opérationnelles.

2.1.2. La loi sur la santé publique du 19 décembre 2001 reprend certaines des propositions du rapport CLAIR

La loi sur la santé publique adoptée le 19 décembre 2001 redéfinit le partage des responsabilités entre le ministère de la santé et des services sociaux, les régies et les établissements. Elle propose l'adoption d'un programme de santé publique par le Ministre de la santé et des services sociaux. Ce programme, rendu en partie publique fin novembre 2002, a vocation à donner les grandes orientations pour 2003/2012.

Cette loi a pour objet de préciser les grandes définitions de santé publique et d'orienter la promotion de la santé. Elle décline l'articulation de la stratégie de santé publique en fonction de l'organisation en réseau du système de santé du Québec : le texte prévoit l'adoption d'un programme national de santé publique par le Ministre de la santé et des services sociaux, de même que l'adoption de plans d'action régionaux par les régies régionales et de plans locaux au niveau des CLSC.

Ce programme et ces plans d'action ont pour objet d'encadrer les différentes fonctions de la santé publique, la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des traumatismes, et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé, et la protection de la santé de la population lorsqu'elle est menacée par des agents biologiques, chimiques ou physiques susceptibles d'être la cause d'épidémies.

Afin de détecter les questions de santé en émergence et d'identifier les priorités, la loi attribue au ministre de la santé et des services sociaux et aux directeurs de santé publique des régions régionales la compétence exclusive en matière de surveillance de l'état de santé des populations.

Un chapitre de la loi est spécifiquement consacré à la promotion de la santé et à la prévention, et prévoit notamment la tenue régulière d'enquêtes socio-sanitaires, auprès de la population, et la mise en place de systèmes de collectes d'information.

Le ministre doit être consulté sur tout texte ou mesure pouvant avoir un effet sur la santé des populations ; il a désormais compétence pour initier toute concertation permettant d'intervenir sur les problèmes de prévention ayant une incidence sur la morbidité, l'incapacité et la mortalité. Il rédige la partie santé des études d'impact.

La loi prévoit la création d'un registre des vaccinations - la vaccination n'est pas obligatoire au Québec⁶, mais peut le devenir en cas d'urgence sanitaire. Il doit soutenir toutes les initiatives qui favorisent la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être.

La loi prévoit aussi la mise en place d'un Comité d'éthique de santé publique, et permet au ministre de créer des registres avec le consentement des personnes concernées à des fins de soins préventifs cliniques ou de protection de la santé des populations.

2.1.3. Le programme national de santé publique du ministre de la santé et des affaires sociales pour 2003/2012 fait une place importante à la prévention

En novembre 2002, le Ministre de la santé du Québec, François LEGAULT, a rendu public le plan de la santé et des services sociaux « pour faire les bons choix ». Ce plan a pour vocation de préciser le programme national de santé publique de son ministère pour les années 2003/2012, en application de la loi de santé publique.

Très orienté sur les questions de financement, le programme préconise une remise à niveau financière immédiate de 1,8 Mds \$, et souligne la nécessité d'augmenter le budget de 5,2% par an.

Ce rapport préconise quatre orientations :

- améliorer les services de première ligne (création de 300 groupes de « médecins de famille » d'ici 2005, et mise à niveau de l'ensemble des CLSC), les services d'aide à domicile, les soins aux malades souffrant de maladies chroniques, et de troubles mentaux (842,5 M\$ supplémentaires) ;
- renforcer l'aide à domicile pour les personnes âgées (456,7 M\$ supplémentaires) ;
- améliorer l'accueil, en particulier aux urgences ;
- **la quatrième orientation est la plus importante pour la prévention** : améliorer la prévention sanitaire avec un budget supplémentaire de 241 M\$, qui s'ajouteraient aux 265 M\$ consacrés à la prévention au niveau régional et des

⁶ La couverture vaccinale du Québec est similaire à celle de la France.

CLSC et aux enveloppes attribuées à des programmes de santé publique (2,3% consacrés à la prévention sur 17 Mds\$): pour la première fois au Québec, la prévention est isolée comme une modalité d'action. Il est préconisé de diffuser dans tous les foyers de la province des informations sur les moyens à prendre pour rester en bonne santé, pour offrir plus de services préventifs dans le réseau, et pour soutenir l'action du milieu scolaire, des centres de petite enfance, des municipalités en matière de prévention

Le « **virage de la prévention** » du plan incite à orienter la prévention vers les modes et habitudes de vie, et en particulier :

- le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire
- l'activité physique
- l'alimentation, l'obésité et l'image corporelle
- l'alcool, la toxicomanie et les autres dépendances.

Parmi les déterminants sociaux de la santé, le plan d'action privilégie les actions qui agissent sur la cohésion sociale, un emploi et un revenu décent, la sécurité physique et psychologique, la place de la scolarité, l'estime de soi, la lutte contre la violence.

Ces orientations prévoient d'agir en direction des familles et de la petite enfance, avec les jeunes et dans le milieu scolaire, dans le milieu de travail, auprès des adultes et des personnes âgées, avec les communautés et les associations, et un soutien (avec financement) aux médecins, infirmières, travailleurs sociaux pour qu'ils fassent des actions de prévention.

Ce rapport, qui a dans l'ensemble été accueilli favorablement, doit faire l'objet d'une présentation dans chaque région, assortie d'un débat. Il est vraisemblable que le débat portera moins sur le diagnostic ou la nécessité de renforcer des actions comme la prévention sanitaire que sur la question du financement et de l'éventuelle augmentation des impôts pour l'assurer.

2.1.4. Le rapport Romanow veut réorganiser le système dans son ensemble

Au niveau fédéral, le rapport Romanow (ancien Premier ministre de la province du Saskatchewan) a été rendu public fin novembre 2002.

Le rapport Romanow, qui réaffirme la nécessité de renforcer le caractère public du système de santé canadien, propose de rétablir la confiance du public à l'égard du système par l'adoption d'un **Pacte canadien de la santé**, qui exposerait la conception canadienne du système de soins de santé et les droites et responsabilités de chaque citoyen, prestataire de soins et gouvernement en regard du système. Il propose la modernisation de la **loi canadienne sur la santé**, pour y inscrire le principe de l'imputabilité de certains services aux provinces (soins à domicile et services diagnostiques), ainsi que la création d'un **Conseil de la santé** auxquels les provinces devraient rendre compte de l'utilisation de leurs fonds ainsi attribués. Ce conseil, lieu de rencontre entre gouvernements des provinces, prestataires de soins et citoyens aurait pour mission de déterminer les principaux objectifs, et indicateurs communs les critères pour mesurer l'état de santé de la population et les moyens de diffuser ces informations sur la performance du système de santé canadien.

Ce rapport préconise que le Gouvernement fédéral rétrocède 15 Mds\$ de plus sur trois ans aux provinces, ce qui équivaldrait, selon ses calculs, à reverser 1,6 Mds\$ par an au Québec, permettant ainsi de répondre en partie aux besoins exprimés par le rapport LEGAULT.

Si les provinces, et le Québec en particulier, se satisfont de cette préconisation financière, les conditions qui y sont jointes suscitent moins l'adhésion. En effet, le rapport Romanow a assorti ce versement de la création de cinq fonds ciblés en fonction des besoins diagnostiqués :

- l'amélioration de l'accès des collectivités rurales éloignées aux services de santé
- la couverture ciblée des services diagnostiques publics et leur prise en charge
- les soins primaires
- les soins à domicile
- les coûts supplémentaires induits par les médicaments au-dessus d'un plafond.

En ce qui concerne la prévention sanitaire, le rapport articule la promotion de la santé et la prévention et recommande deux types d'interventions : celles qui ont pour objet d'inciter les populations à adopter un mode de vie plus sain, comme les programmes destinés à améliorer la santé cardio-vasculaire ou à réduire le tabagisme, et celles qui visent certains facteurs de risque et la prévention de certaines maladies grâce au dépistage, à la vaccination et au suivi pédiatrique. Le secteur des soins de santé primaire se verrait confier le rôle principal dans la mise en œuvre de ces politiques.

Dans la partie spécifiquement consacrée aux actions de prévention, le rapport recommande de renforcer l'intégration de la prévention dans les services de soins primaires, avec comme objectif de faire du Canada le chef de file mondial dans la lutte contre le tabagisme et l'obésité. Une attention spécifique est portée au développement de l'activité physique.

En outre, le rapport préconise une meilleure prise en charge de la santé mentale, (qui deviendrait une obligation prévue dans la loi canadienne), en particulier hors institution, et des soins et interventions à domicile qui y sont rattachés.

Enfin, pour impliquer les médecins dans ces actions, le rapport fait état des nombreuses réflexions qui entourent la rémunération à l'acte et les modalités qui permettraient de mieux récompenser financièrement les médecins qui adopteraient en direction de leurs patients une démarche plus globale, orientée vers la prévention en gardant la rémunération à l'acte pour les services spécialisés, en privilégiant la modification des barèmes de rémunération, pour les médecins généralistes ou les médecins de famille pour lesquels la rémunération à l'acte entrave l'adoption d'une démarche axée sur les soins de santé primaires.

2.2. Une organisation régionalisée et en réseau

L'organisation du système de santé est axée sur la régionalisation et la complémentarité d'établissements organisés en réseau.

2.2.1. Le système de santé et de services sociaux du Québec repose sur trois caractéristiques principales:

- **Les services sociaux et de santé sont intégrés au sein d'une même administration :** cette orientation permet notamment une approche globale en direction des catégories sociales du Québec qui connaissent des difficultés sociales, qui ont des mauvais indicateurs de santé et qui sont désormais une des priorités des politiques de prévention.
- **Le système de santé comporte trois niveaux :**
 - au niveau central, le ministère de la santé et des services sociaux établit les grandes orientations et définit le cadre budgétaire ;
 - au niveau régional, les régies régionales sont responsables de l'organisation et de la coordination des services ainsi que de l'allocation budgétaire aux établissements ;
 - au niveau local, les différents établissements (centres locaux -CLSC-centres d'hébergement, centres hospitalier), et les cliniques privées, sont chargés de la distribution des services locaux de base.

Les municipalités ne sont pas impliquées dans la fourniture des services sociaux ou de soins. Elles sont compétentes pour la pollution de l'eau ou la gestion des déchets. Les associations reçoivent des subventions pour des actions ciblées, comme l'information sur la prévention du VIH. Le réseau socio-sanitaire regroupe 480 établissements, publics et privés, 3400 organismes communautaires, et plus de 1000 cliniques médicales privées. Plus de 7% de la population active du Québec travaille dans ce secteur.

- **Le système québécois est un système public :** l'Etat définit le panier de services, en assure le financement par l'impôt et fixe les conditions d'accès. Il s'agit d'un accès universel, instauré en 1961 avec la création de l'assurance hospitalisation, avec un accès universel à l'hôpital public, élargi en 1971 aux soins et services médicaux en cabinet privé, et en 1997 à une assurance médicaments. Ce dernier volet est un système d'assurance mixte, Etat-assureurs privés, qui offre une assurance à toute la population, sans prendre en considération l'âge, le revenu ou l'état de santé. L'assurance médicaments est généralement souscrite auprès d'assureurs privés, souvent par le biais d'accords collectifs dans l'entreprise.

2.2.2. Le rôle du ministère de la santé et des services sociaux, et des services qui lui sont rattachés s'orientent vers un pilotage stratégique

La loi sur les services de santé et les services sociaux de 1998 définit la structure de l'organisation des services du ministère de la santé et des services sociaux. Créé par une loi en juin 1998, l'Institut national de santé publique du Québec, (INSPQ) a pour objet d'appuyer le ministère et les régies régionales dans leur mission de santé publique.

Réorganisation majeure dans la coordination de l'expertise publique au Québec, l'INSPQ coordonne les expertises, le développement de la recherche, la transmission des connaissances. Il est doté d'un budget de 21M\$, dispose de 296 ETP, auxquels s'ajoutent 37 ETP médecins rémunérés par la régie régionale de Montréal. Il offre des services d'assistance et de conseil, soutient et met en œuvre des activités de recherche

ou de développement des connaissances nouvelles, des actions d'information et de formation, des services de laboratoire spécialisés. Il travaille particulièrement à la transmission et à la diffusion des connaissances sur les déterminants de la santé.

En avril 2000, la responsabilité du laboratoire de santé publique du Québec a été transférée de l'Université de Montréal à l'INSPQ.

Destiné à fonctionner en réseau, l'INSPQ rencontre encore des difficultés à trouver sa place à l'intérieur du système, des activités continuant à être menées en parallèle de l'institut dans différents services, un certain nombre d'organismes continuant à fonctionner en parallèle ou en partenariat: université de Montréal, régie régionale de Montréal.

Il joue néanmoins d'ores et déjà un rôle important en matière d'évaluation et de recherche.

On peut notamment citer l'expertise du programme québécois d'accessibilité élargie de la contraception orale d'urgence, destiné à pallier le nombre croissant d'IVG (en 1998, le taux d'IVG chez les 18-24 ans est 2,5 fois plus élevées qu'en 1980).

Parmi les autres travaux en cours au sein de l'INSPQ, on trouve l'identification d'actions préventives pour réduire l'usage du tabac chez les jeunes, l'excès de poids et obésité dans la population en général, l'appui aux autorités locales de santé publique sur la qualité de l'eau potable, la mise en place d'un groupe *Santé et Qualité de l'air*, en collaboration avec le ministère de la santé, pour des expertises notamment sur le monoxyde de carbone, la qualité de l'air dans les logements, l'apparition de problèmes de santé liés à la qualité de l'air.

L'INSPQ travaille aussi sur l'évaluation des risques sur les pesticides, et l'évaluation des risques toxicologiques dans le sol, l'air ambiant et l'eau.

Il anime aussi des projets de recherche (« prévention de la marginalisation sociale », et programme « naître égaux et grandir en santé »), et tente de travailler en coopération avec l'université de Montréal, ce qui semble soulever des difficultés dans la mesure où l'institut ne dispose d'aucun budget de recherche propre.

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi de mai 1992. Il a pour fonction de conseiller le ministre de la santé et des affaires sociales sur toutes les questions qui concernent ses sujets. Composé de 23 membres, représentants des usagers des services communautaires, des associations, des professionnels de santé, des universitaires et l'administration, le conseil a notamment fait des recommandations qui ont servi à l'élaboration du plan d'action du ministère de la santé⁷.

En matière de prévention, le conseil a particulièrement insisté sur la nécessité d'axer la future politique de santé et du bien être sur la prévention de la maladie et des problèmes sociaux, et d'agir sur les déterminants de la santé, en décloisonnant l'action de prévention par une approche intégrée et du social, et en sensibilisant les professionnels de la santé et du social à ces questions.

⁷Conseil de la santé et du bien-être au Québec, avis pour une stratégie du Québec en santé, « décider et agir », mai 2002

La régie d'assurance maladie du Québec a pour mandat de gérer le régime d'assurance maladie, de rémunérer les professionnels de santé et de rembourser, (le cas échéant car la pratique du tiers payant est généralisée), le coût de ces services aux bénéficiaires. Elle joue aussi le rôle de conseiller, dans le cadre des responsabilités qui sont les siennes, auprès du ministre de la santé et des services sociaux.

Le comité permanent de lutte contre la toxicomanie conseille le ministre de la santé pour les questions de toxicomanie, le comité travaille à la fois sur les orientations et les priorités d'intervention. Il est compétent à la fois sur les questions d'évaluation, de recherche, conseille le ministre sur les modalités d'intervention. Il travaille en concertation avec le centre québécois de coordination sur le SIDA.

Créé en 1989, **le centre québécois de coordination sur le SIDA (CQCS)** est traité toutes les actions en matière de prévention, de soins et de services, pour le VIH, les MST et l'hépatite C. Il donne des orientations aux régies régionales, qui organisent les services, et attribue des subventions aux associations. Le CQCS pilote et finance les campagnes nationales d'information et de prévention sur ces sujets.

Le Conseil québécois de lutte contre le cancer assure le transfert des connaissances nécessaires à la qualité des interventions et à l'organisation des services. Formé d'intervenants professionnels, de chercheurs et d'administrateurs, le conseil donne des avis au ministre de la santé et des services sociaux. Néanmoins, les questions de dépistage, et notamment pour le cancer du sein, une partie de ces fonctions est assurée par l'INSPQ.

La santé au travail relève d'une compagnie d'assurance publique, **la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)**. **Deux lois traitent de la santé au travail, la loi de 1979 sur la santé et la sécurité au travail, et la loi de 2001 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.**

Le ministère de la santé et des services sociaux assure un rôle de coordination pour la santé au travail, mais avec une équipe réduite (2,5 ETP). Des réunions de concertation ont lieu au niveau régional et national entre d'une part le ministère et les régies et d'autre part la CSST et les associations sectorielles paritaires ; elles permettent de définir et de suivre des programmes concertés au niveau régional et national qui sont essentiellement des dépistages ciblés.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail couvre environ 180 000 entreprises et 2,8 M de travailleurs ; elle dispose de près de 4 000 employés. Son conseil d'administration est composé de 15 membres nommés par le gouvernement avec sept représentants des employeurs et sept représentants des travailleurs. La CSST dispose de 250 inspecteurs et d'une centaine de professionnels chargés d'accompagner les programmes de prévention : environ 400 personnes sont ainsi engagées dans la prévention des accidents et maladies professionnelles. Même si les inspecteurs de la CSST dispose de pouvoirs juridiques de contrainte (amendes, suspension, fermeture), ils sont davantage recentrés sur une mission de conseil de l'employeur depuis 1995.

Douze associations sectorielles paritaires regroupent les employeurs et salariés d'un même secteur et sont chargées d'organiser des formations, diffuser de l'information.

Sur un budget global de 1,6 Mds €(2,5 Mds \$), le budget de prévention de la CSST est estimé à 65,7 M€(102,9 M\$)⁸ en 2002.

Le Québec dispose d'un institut de recherche sur la santé et la sécurité au travail, l'institut Robert Sauvé, similaire sur beaucoup de points à l'INRS français.

2.2.3. Le réseau de la santé et des services sociaux est très axé sur la santé publique

Les établissements qui composent le réseau de la santé et des services sociaux ont chacun des responsabilités particulières et sont coordonnés entre eux par les régies régionales, le centre régional de la Baie James et le conseil régional CRI.

Les régies régionales de la santé et des services sociaux, instituées par la loi, existent dans chaque région du Québec. Chaque régie régionale a ainsi la possibilité d'adapter les services socio-sanitaires aux besoins locaux. Elles répartissent entre les établissements hospitaliers et les organismes communautaires les enveloppes budgétaires, établissent le plan d'effectifs médicaux et organise les services. La population est associée à la gestion publique du réseau en participant aux conseils d'administration.

Toutes les régies disposent d'une **direction de la santé publique, avec à sa tête un médecin formé en santé publique.**

Un projet récent contenu dans le programme de santé publique 2003/2012 prévoit d'organiser des **forums de la population** pour contribuer à la prise en compte du point de vue de la population dans le développement des dossiers prioritaires d'organisation des services de la régie régionale, et devant lequel la régie rend compte de son fonctionnement. Composé de 15 à 20 membres désignés par le conseil d'administration, il reflète la représentation des communautés linguistiques, culturelles et ethniques, les particularités socio-économiques de la région, la représentation de chaque classe d'âge et respecte bien sûr à la parité entre les femmes et les hommes.

Afin de connaître les attentes et les réactions de la population du ressort de la régie, le forum pourra procéder à des consultations sous la forme de sondages, d'auditions, de jurys ou panels de citoyens, de référendums, de conférences de consensus.

L'intérêt de ce mode d'organisation au niveau régional est que chaque région peut ainsi développer un mode d'organisation qui lui soit propre, en tenant compte des caractéristiques de sa population, de sa géographie, de ses caractéristiques socio-économiques et culturelles et des établissements existant sur son territoire.

La médecine de premier recours est assuré à la fois par les cabinets privés de médecins, par les centres locaux de services communautaires (CLSC), dont le financement est public, par les cliniques externes et les services d'urgence. Les médecins peuvent exercer à temps complet dans leur cabinet, ou exercent en partie aussi à l'hôpital.

⁸ Taux de change retenu : 1\$ = 0,638 €

Les médecins sont rémunérés à l'acte, et rémunérés par la régie d'assurance maladie (les infirmières par le CLSC).

Le patient a la liberté de consulter le médecin de son choix (ou plusieurs) et en général, sans que ce soit une règle obligatoire, il passe par le médecin généraliste pour accéder au médecin spécialiste. Le système fonctionne en tiers payant, le médecin étant remboursé par la régie régionale.

Densité médicale 1999

	France	Québec
Densité médicale pour 1000 habitants		
Totale	3,2	1,94
Généralistes	1,57	0,97
Spécialistes	1,63	0,97

Les CLSC regroupent la médecine de première ligne et les services sociaux. Ils ont pour mission d'offrir des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive et curative : la prévention est en fait intégrée dans toutes les actions du CLSC.

Ils proposent aussi en général des services de clinique médicale, des cours prénataux et postnataux, et offrent des services pour le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées. L'INSPQ participe à des expérimentations pour l'amélioration des pratiques en santé du cœur et pour les soins aux patients diabétiques dans les CLSC.

La fréquentation des CLSC est variable. Plutôt réservés à une clientèle défavorisée dans les grandes villes, ils couvrent toutes les catégories de population dans le reste du Québec pour des raisons de proximité. L'articulation des services sociaux et des services de soins rend ces derniers particulièrement attractifs pour les personnes âgées, quel que soit leur niveau de revenu.

Le Centre local de santé communautaire Haute-Ville-Des-Rivières

Ce CLSC couvre une population de 80 000 personnes de la ville de Québec, avec un budget de 60 M\$. Il emploie 1507 ETP, dont 2/3 de personnel de santé et 1/3 de travailleurs sociaux.

Le CLSC de Haute Ville des Rivières n'a pas d'actions de prévention en tant que telles, mais leur implantation locale et la spécificité des services offerts intègrent inévitablement la prévention.

On peut citer notamment les services « **Famille, Enfance, Jeunesse** », qui interviennent collectivement ou dans la communauté auprès des enfants, des adolescents et de leur famille afin de prévenir **à la fois les problèmes sociaux et de santé**. Les services s'occupent de la santé scolaire, font des vaccinations ou de l'information, en particulier sur le tabagisme. Ils gèrent une clinique jeunesse, et accompagnent les jeunes filles mineures enceintes au titre des grossesses précoces dans des classes spéciales afin qu'elles puissent suivre le cursus scolaire, compte tenu du taux élevé de grossesses précoces dans ce quartier.

Le CLSC, mais le Québec en général, agit davantage sur l'accompagnement des jeunes parents

avec grossesses précoces, que dans le cadre d'actions d'informations sur la contraception ou l'éducation sexuelle. Le taux important d'IVG (2,5 fois plus élevées en 1997 qu'en 1980 chez les 15-24 ans) est à ce titre révélateur de ce déficit d'information.

Le secteur a une grosse activité de travail social et de santé dans la rue, en particulier l'été, avec une clinique mobile pour le dépistage VIH et vaccination hépatite C, et du travail social de rue. Le service a suivi en 2001-2002 près de 4000 personnes de manière régulière, a fait plus de 12 500 interventions individuelles.

On peut considérer que 15% du budget de ce service est directement affecté à des dépenses de prévention.

Le service fait aussi beaucoup de soutien aux jeunes parents, et anime 6 groupes communautaires de soutien à l'allaitement maternel. Dans le cadre du programme « naître égaux, grandir en santé », il a mis en œuvre une action sur l'alimentation (OLO) pour lutter contre les petits poids à la naissance.

Ce service agit en coordination avec le service « **Adulte santé mentale** », qui suit près de 1000 usagers et a effectué plus de 8000 interventions. Ce service offre des services de base en santé mentale, à travers des services d'évaluation, d'orientation, d'interventions et de suivi de personnes dont la santé mentale est perturbée ou qui vivent des difficultés significatives d'adaptation à caractère transitoire ou de longue durée. Ce service s'occupe de l'implantation de programmes spécifiques de prévention et de dépistage, de suivi ou d'orientation de clientèles à risque, de même que de soutien et de formation de groupes d'entraide et communautaire en santé mentale sur le territoire couvert par ce CLSC.

Le CLSC travaille en coordination étroite avec la régie régionale du Québec et il est chargé de mettre en œuvre certains programmes régionaux qui sont plus étroitement encadrés, financièrement fléchés et évalués : on peut ainsi citer le programme **INFO-SANTE**, service infirmier de réponses téléphonique qui fonctionne 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. **Jouant un rôle d'orientation et d'écoute, on peut considérer que ce service participe, même de manière indirecte, à l'action globale de prévention.** Il joue un rôle important pour le suivi des naissances, c'est ainsi qu'il a reçu sur une année, pour 6000 naissances, 4000 appels.

Les infirmières disposent d'un protocole de réponses, validé par le forum des médecins. Elles sont dans la majorité des cas bachelières avec une formation universitaire adaptée. Elles reçoivent une formation spécifique de deux semaines.

Le service a mis en route des services plus ciblés, (personnes âgées, santé mentale...) fonctionnant sur inscription, qui permet à l'infirmière de disposer du dossier médical de la personne qui appelle. La réponse peut obtenir la réponse d'une infirmière spécialisée, soit de son propre CLSC en fonction de l'heure de l'appel, soit au service central. Le service peut diligenter l'envoi d'une infirmière à domicile, orienter la personne vers un médecin ou aux urgences.

Le service INFO-SANTE, avec 28,5 ETC infirmières, dispose d'un budget de 3,2 M\$, pour les 650 000 habitants de la région de Québec, il reçoit en moyenne 180 000 appels par an. L'appel est gratuit. Le CLSC, compétent au niveau régional, regroupe les services pour les 160 CLSC de la région. Le service est évalué tous les ans (enquête qualité, recherches évaluatives).

A la suite de ces évaluations, qui montrent qu'une partie des appels relèvent plus de l'appui psycho-social que de problèmes de santé, et selon les recommandations du rapport Clair, un service similaire, INFO-SOCIAL, va être créé en 2003.

La compétence du CLSC s'étend aussi à la santé au travail. Selon la loi sur la santé et la

sécurité au travail, un programme santé au travail doit être élaboré par le CLSC, pour prévenir l'apparition et l'aggravation des problèmes de santé au travail. Il a dans son champ d'action 400 établissements, sur 25 groupes d'activités économiques, et reçoit une partie du budget de la CSSST.

Ce CLSC est responsable, avec notamment un programme spécifique « *pour une maternité sans danger* », de l'identification et de l'évaluation des risques pour la santé, de la surveillance de la santé des travailleurs, de l'information sur les risques pour la santé et les moyens préventifs qui s'imposent. 46 salariés du CLSC, auxquels peuvent s'ajouter des équipes de médecins spécialistes, s'occupent de ces programmes. Ils peuvent aussi se charger de l'évaluation des risques dans l'entreprise.

Il faut enfin noter que ce CLSC est très impliqué dans les actions d'enseignement, d'évaluation et de recherche, ce qui permet de suivre la chaîne entre la recherche, les actions menées, et leur évaluation. Seul CLSC à travailler en liaison avec l'université Laval, centre de recherche, il suit notamment des recherches sur la santé au travail, le stress et le harcèlement moral au travail, ainsi que de nombreuses recherches sur la santé mentale.

Certains programmes comme le programme « naître égaux, grandir en santé » décrit supra, ont fait l'objet d'un travail de recherche de l'université de Montréal⁹.

Par son site internet, ses publications, l'attribution de bourses aux chercheurs, ses conférences et ses activités d'enseignement, le CLSC Haute-Ville-des-Rivières est un bon exemple d'une articulation réussie entre la recherche, l'évaluation et l'action.

⁹ Ce programme, qui vise à lutter contre le petit poids à la naissance par une éducation spécifique des familles pour une alimentation saine a d'ailleurs donné des résultats paradoxaux : les bébés ont le même poids à la naissance, mais les mères concernées sont dans un meilleur environnement psychologique : les responsables du programme ont donc décidé de poursuivre le programme, en réorientant les objectifs...

3. Les objectifs et les actions de prévention

Part des dépenses de santé dans le PIB 1999

	France	Canada	Québec
PIB /per capita PPA US	22 465		23 732
Dépenses de prévention/santé publique/per capita PPA US	57	159	
Dépenses/PIB	0,2	0,6	
Dépenses de santé/PIB	9,4 %	9,2%	9,6 %

Sources : OCDE, Le portrait de santé au Québec, 2001.

Dépenses de prévention et santé publique

Per capita en \$PPA	1990	1998	2000
Etats-Unis	98	166	177
France	35	53	57
Canada	80	147	159

Source : OCDE 2002.

Au Québec, les dépenses de prévention sont évaluées à 169 millions d'euros en 2001 soit 2,3% des dépenses en services sociaux et santé. L'objectif du gouvernement québécois est d'investir 154 millions d'euros supplémentaires notamment pour développer l'information (environ 30% de l'investissement supplémentaire), augmenter la pratique clinique préventive dans les services sociaux et sanitaires, notamment avec les groupes de médecine de famille (49%) et développer les partenariats avec d'autres secteurs par exemple pour la lutte contre le tabagisme et la promotion de l'activité physique (21%). Ce budget de 169 millions d'euros correspond au budget du ministère de la santé et des services sociaux mais n'inclut pas forcément les dépenses de prévention en matière de santé au travail, gérées par la commission de la santé et de la sécurité du travail : sur un budget global de 1,6 Mds € (2,5 Mds \$), le budget de prévention de la CSST est estimé à 65,7 M€ (102,9 M\$) en 2002.

3.1. Un cadre général pour une stratégie de prévention

En 1992, le Québec a décidé la mise en place d'une politique de santé et du bien-être, qui a eu pour objectif, en 1992, de fixer un cadre général pour une stratégie en matière de santé afin de réduire les problèmes de santé et sociaux sur dix ans. Ce programme a été évalué par le conseil de la santé et du bien-être, qui a fait un certain nombre de recommandations.

Le ministère de la santé et des affaires sociales a procédé aussi à une évaluation en 2002 et a notamment interrogé les différentes régions du Québec. Cette évaluation est accessible sur internet.

La politique fixée en 1992 avait déterminé 19 objectifs, répartis selon les 5 champs d'activité suivants :

- adaptation sociale
- santé physique
- santé publique
- santé mentale
- intégration sociale.

Ces objectifs sont assortis, dans certains cas seulement, d'objectifs chiffrés.

Cette politique avait comme orientation générale de considérer que les améliorations de l'état de bien-être d'une population sont largement associées aux conditions de vie, à la qualité de l'environnement, au dynamisme des communautés et à la prospérité.

Les objectifs ont été ou seront atteints sous peu dans le domaine de la santé sur la période considérée :

- lutte contre le cancer : réduire de 15% le taux de mortalité, l'objectif devrait être atteint sous peu ;
- réduction de la mortalité et de la morbidité des traumatismes (route, domicile, activité récréatives ou sportives) de 20% : objectif en partie atteint ;
- SIDA/MST : réduire l'incidence : objectif atteint ;
- santé mentale : amélioration sans objectifs chiffrés.

Les objectifs où des gains ont été réalisés :

- maladies cardiovasculaires : objectif -30%, taux ajusté de mortalité atteint en 1998 : -13% ;
- maladies infectieuses : moins de 100 cas par an, progrès net pour le SIDA et les MST ;
- santé dentaire : réduire de 50% les problèmes dentaires.

Les objectifs difficiles à atteindre

- abus sexuels et violences faites à enfants ;
- troubles du comportement chez les adolescents ;
- consommation d'alcool et de médicaments ;
- maux de dos ;
- maladies respiratoires : réduire de 10% ;
- suicide : réduire de 15%.

L'évaluation montre une grande participation des acteurs de la santé. La politique proposée sur 10 ans a permis d'améliorer la coordination et la programmation, notamment pour le réseau des CLSC et en santé publique, en mettant davantage l'accent sur la promotion de la santé et la prévention. La multiplicité des objectifs a en revanche amenée une certaine confusion. Le facteur temps et la nécessité de continuité ont été largement soulignés.

Ces objectifs sont repris dans le programme d'action 2003/2012.

3.2. Des actions de prévention très déconcentrées

3.3.1. Parmi les principales actions de prévention, on peut citer les actions de dépistage

L'INSPQ dispose d'un centre d'expertise en dépistage qui met à la disposition du réseau de santé des populations et des entreprises du Québec des ressources d'expertise pour le dépistage et l'épidémiologie de la surdité professionnelle, des maladies pulmonaires professionnelles, de la tuberculose, du cancer du sein et de l'ostéoporose.

Un des objectifs des « *Priorités nationales de santé publique de 1997 à 2002* » consiste à recommander que les femmes de 50 à 69 ans subissent tous les deux ans une mammographie, pour atteindre un taux de 70% en 2003.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, le rôle de l'INSPQ est essentiel pour le suivi de la qualité du dépistage, la qualité du matériel et des procédures et le niveau de formation des professionnels.

L'objectif est d'atteindre toutes les femmes de 49 à 70 ans, avec un dépistage tous les deux ans.

L'évaluation qui a été faite de la mise en place du programme de dépistage du cancer du sein en 1997 par l'INSPQ montre que 64% des Québécoises des groupes d'âge ciblés ont eu recours à une mammographie une période de deux ans.

Le recours au dépistage se fait par l'envoi d'une lettre à toutes les femmes âgées de 49 ans et plus. Les délais de mise en place du programme de dépistage du cancer du sein ont été longs, car tous les dépistages sont mis en œuvre à l'intérieur des établissements publics, ce qui pose un problème d'engorgement du système. La difficile négociation des tarifs avec les radiologues a, de plus, retardé de deux ans la mise en œuvre du programme.

En 1999, 9 régions sur 18 avaient mis en œuvre ce programme, et le taux de participation des femmes était de 42,4 %, sur la base d'un questionnaire auto-administré, sans qu'il soit possible de distinguer entre un test de diagnostic et un test de dépistage.

Le dépistage du cancer du col chez les femmes : un programme recommande un dépistage tous les trois ans pour les femmes de 18 à 69 ans. Le taux de femmes ayant recours à ce dépistage au cours d'une période de deux ans a peu varié, passant de 63,1 en 1987 à 63,4 en 1998, avec un taux plus élevé chez les femmes de 25 à 44 ans, mais qui a tendance à décroître.

3.3.2. La vaccination n'est pas obligatoire au Québec, mais le taux de couverture est équivalent à celui de la France

- **antigrippale** : la vaccination antigrippale pour les plus de 65 ans s'est donné comme objectif un taux de 60% en 2002. Il n'était que de 38,2 % en 1998 ;
- **varicelle et infections à méningocoque** : les autorités sanitaires ((INSPQ) s'interrogent sur l'opportunité de mettre en place un vaccin.

3.3.3. Une approche intégrée de la prévention des dépendances: alcool, drogue, médicaments

Un plan stratégique « pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie » a été défini en novembre 2001 : il vise l'abus d'alcool, de drogue, de médicaments psychotropes et stéroïdes ; le tabac bénéficie d'une stratégie spécifique. L'usage abusif des substances représente un coût estimé à 1,3 Mds € par an. L'approche, pragmatique, consiste à réduire les méfaits et notamment l'usage inapproprié de ces substances. Elle est ciblée sur des groupes à risques :

- les jeunes de 15-24 ans (drogues, alcool)
- les femmes et les personnes âgées (médicaments)
- Les personnes incarcérées.

La consommation de drogues et la consommation excessive d'alcool concernent quoiqu'il soit difficile de la qualifier de programme de prévention, le programme « nez rouge » : un abstinent dans un groupe de buveurs pour servir de chauffeur ; ce programme aurait eu un effet sur la baisse, constatée, des accidents de la route.

3.3.4. La lutte contre le tabagisme est difficile à mener

Parmi les priorités de santé publiques du plan 1997-2002, la lutte contre le cancer, en particulier le cancer du poumon, figure en bonne place. Pour lutter contre le tabagisme, le Québec avait choisi plusieurs orientations :

- la réglementation, avec une loi sur le tabac du 17 juin 1998 : elle est moins restrictive que la loi française, prévoit le contrôle de la vente et de la publicité, restreint l'usage, de manière assez stricte dans les lieux de travail, de manière moins ferme dans les espaces publics où il n'est pas prévu « d'espaces sans tabac » à l'exception des lieux destinés aux mineurs ;
- la taxation des produits du tabac ;
- la prise en charge de trois produits d'aide à la cessation du tabac par les régimes d'assurance maladie.

En dépit d'actions orientées notamment dans le milieu scolaires, le nombre de fumeurs, et surtout de jeunes fumeurs, n'avait pas régressé. Le Québec vient de décider de lancer une politique de prévention globale en utilisant tous les leviers à sa disposition : un plan de lutte contre le tabagisme a été lancé pour 2001-2005, avec, au-delà de l'objectif général de réduction de 28% du taux de tabagisme chez les plus de 15 ans, une orientation forte en direction des jeunes : se donner comme objectif chiffré de réduire le taux de tabagisme chez les jeunes du secondaire (13% pour les garçons, 20% pour les filles).

La stratégie québécoise vise à « dénormaliser » les produits du tabac avec trois objectifs fondamentaux :

- prévenir l'adoption des habitudes tabagiques chez les jeunes ;
- soutenir la cessation des habitudes tabagiques ;
- protéger la population contre la fumée du tabac dans l'environnement.

Des lignes téléphoniques d'information sont utilisées : une ligne sur le tabac répond à 3 000 appels par an et deux lignes non spécifiques au tabac répondent à des appels sur le tabagisme (Info-Santé CLSC, ligne « drogues, aide et référence »).

Un plan d'action annuel décline les objectifs du plan stratégique : 9,6 M€ sont prévus en 2001-2002 dont 2,6 M€ pour la prévention (50% pour la campagne de sensibilisation et 50% pour les programmes éducatifs et sociaux en direction des jeunes) et 2 M€ pour la surveillance, recherche et évaluation¹⁰.

3.3.5. La prévention, le contrôle et la surveillance des maladies infectieuses sont bien organisés

Le Québec a créé dans les années 1980 une agence spécifique rattachée au ministère de la santé et des services sociaux, le **Centre Québécois de coordination sur le Sida**.

Doté d'un budget de 20M\$ par an, le centre est compétent pour mener des actions de prévention, d'information, de promotion de la santé et de soins. Le budget est garanti sur une période de 5 ans.

Constatant que l'ampleur de l'épidémie restait préoccupante, même si un palier dans la progression est réel, avec parallèlement une recrudescence importante des MST, le CQCS a décidé, après un travail de concertation avec les régies régionales, de réorienter sa stratégie. La principale réorientation du CQCS consiste à élargir la stratégie vers la promotion de la santé et les déterminants de la santé : agir sur l'environnement social, les conditions de vie, l'expression de la sexualité, intervenir plus en amont et en liaison étroite avec les associations. Cette politique, récemment renouvelée, consiste notamment à mener une action plus globale en direction des personnes, principalement les jeunes, les plus vulnérables. Il a été décidé également d'inclure dans la stratégie la prise en compte des MST et des hépatites dans les actions tant pour le dépistage que pour l'information.

La stratégie de promotion de la santé inclut la surveillance épidémiologique (la déclaration du VIH vient d'être rendue obligatoire), le renforcement des actions de recherche et d'évaluation. Des actions spécifiques particulièrement intéressantes sont menées en milieu carcéral.

L'organisation de la santé en prison relève du ministère de la sécurité publique, le Québec n'ayant que la responsabilité des détenus condamnés à une peine inférieure à deux ans, les autres détenus relevant des autorités fédérales.

¹⁰ S'y ajoutent 3,1 M€ pour les services de cessation du tabac et 1,9 M€ pour le contrôle du respect de la loi sur le tabac.

Un rapport sur la santé des détenus a été récemment remis au ministère de la santé publique. Réalisé notamment à partir de questionnaires remplis par les détenus, il a permis de confirmer que les principaux problèmes de santé dont souffraient les détenus étaient la santé mentale, le SIDA, les hépatites et la drogue.

Même si le ministère de la sécurité publique se préoccupe de ces questions, et travaille en collaboration avec le CQCS, il n'a pas intégré une réelle approche de santé publique.

La politique de réduction des risques n'est pas reprise en tant que telle dans l'approche de la prévention sanitaire en prison que suit le ministère de la sécurité publique. Un certain nombre d'actions de prévention sont néanmoins menées en prison : préservatifs, eau de javel, et suivi des traitements méthadones. En revanche, il n'est pas possible, contrairement au Royaume-Uni, de commencer une cure de désintoxication en engageant un traitement méthadone après l'incarcération.

En revanche, comme au Royaume-Uni, les détenus sont disponibles et réceptifs pour des actions de vaccination et de promotion de la santé non spécifiques, ce qui a permis d'engager une campagne de vaccination systématique pour l'hépatite B. Une campagne d'information utilisant des supports simples et largement utilisés en prison (cartes à jouer), est, après quelques vicissitudes, en cours de réalisation sur l'initiative du CQCS.

4. La formation des professionnels

4.1. Les infirmières formées en santé publique occupent une place croissante dans le système de santé

Le Québec connaît, comme la France et la plupart des pays développés, un grave problème de démographie médicale. Ce problème est accentué pour les infirmières par une proposition récente de mise à la retraite anticipée, qui a considérablement diminué les effectifs. Par ailleurs, dans la mesure où la rémunération des infirmières est comptabilisée sur le budget des CLSC (ce qui n'est pas le cas des médecins), les CLSC sont très attentifs au développement des effectifs d'infirmières. En ce sens, la politique des aides à domicile a contribué à prendre sur les effectifs d'infirmières de santé publique, qui sont moins disponibles pour la prévention.

La place des 60 000 infirmières dans le système de santé est variable : une grande partie travaille dans les CLSC, une partie en santé scolaire car il n'existe pas de médecins de santé scolaire au Québec, une partie dans les directions de santé publique des régies régionales. Même avec une formation en santé publique, les infirmières ne sont pas qualifiées d' »infirmières de santé publique.

Elles reçoivent deux types de formations : une formation universitaire (la moitié des bachelières en sciences infirmières sont diplômées de la faculté des sciences infirmières de Montréal) ou une formation post scolaire de trois ans après le lycée. Dans ce cas, les infirmières sont des infirmières techniciennes.

Les infirmières bachelières peuvent ensuite choisir une formation complémentaire en maîtrise sur deux ans, soit maîtrise de santé publique, ce qui les conduira à exercer dans les CLSC en priorité, soit maîtrise en sciences infirmières, pour devenir infirmières cliniciennes. Il existe aussi un doctorat de soins infirmiers. La faculté de soins infirmiers de Montréal a le projet de porter la formation des infirmières bachelières à cinq ans.

La faculté de médecine offre aussi une maîtrise de santé publique, ouverte aussi aux non-médecins. Il est intéressant de noter que la formation en santé publique attire les jeunes infirmières car elle est très axée sur la prévention. Sur une promotion de 400 bachelières à la faculté de soins infirmiers, 1/3 suit une formation en santé publique.

Dans le projet de développement des Groupes de médecins de famille, il est prévu de renforcer la place des infirmières, notamment pour leur permettre, comme dans les PCT anglais, d'intervenir davantage dans les actions de prévention. Elles seraient rémunérées par le CLSC et mises à disposition du médecin.

4.2. La formation des médecins en santé publique est très importante

Toutes les universités du Québec ont créé des pôles à composante sociale dans les facultés de médecine et travaillent moins sur la prévention que sur la promotion de la santé et les déterminants de la santé. L'université de Montréal a créé un département de santé publique, qui comprend trois départements, un département de l'administration de la santé, un département de médecine sociale et préventive, un département d'hygiène du milieu.

Cette base commune de formation des médecins de santé publique concerne environ 20% d'une promotion, et permet une bonne articulation entre la formation et la recherche. Mais si la dimension sociale du métier de médecin est abordée, cela reste marginal.

La santé publique est une spécialité de médecine, d'une durée de 4 ans, plus un an de pratique. La majorité de ces médecins travaillent dans les régions régionales et notamment sur les programmes de prévention et de promotion de la santé.

4.3. La formation des autres acteurs de santé publique se développe

L'université de Montréal a le projet de créer un institut pour former à la santé publique des professionnels, médecins ou non-médecins.

La faculté des arts et sciences de Montréal a également intégré, dans la formation des travailleurs sociaux, des éléments de santé publique, mais de manière insuffisante semble-t-il, et la même faculté a développé un département d'anthropologie qui travaille sur les déterminants de la santé.

Une loi sur les professions de santé adoptée en juin 2002 élargit les compétences des infirmières et des autres professionnels de santé non-médecins, pour leur permettre de jouer notamment un rôle accru dans le suivi des patients qui présentent des problèmes de santé complexes, les auxiliaires médicaux recevant la possibilité d'administrer les vaccins et de procéder à certains soins en application des ordonnances des médecins.

Si le terme de prévention n'est pas utilisé en tant que tel, on peut néanmoins penser que l'extension des compétences de ces professionnels de santé non-médecins pourra contribuer de manière croissante à l'ensemble de l'acte de soins et donc à une approche globale du patient.

4.4. Les actions de recherche sont complémentaires à la formation

Outre les actions de recherche auxquelles participe l'INSPQ, celles menées par des CLSC et surtout le CLSC de Québec Haute-Ville-des Rivières avec l'université Laval, on peut aussi citer celles qui sont menées en matière de santé/environnement par

le *centre hospitalier universitaire du Québec* (CHUQ) qui a créé un groupe *santé/environnement*, avec des professionnels et des chercheurs (125 personnes). Il contribue à l'information de la population sur son état de santé, et à mettre en œuvre des activités de traitement clinique, de prévention et de promotion de la santé, en liaison notamment avec le *centre de toxicologie du Québec*, le *centre anti-poison* et le *comité santé environnementale du Québec*.

L'Université de Montréal a développé depuis 1977 des axes de recherche sur les politiques de santé, sur les relations entre les milieux de vie et la promotion de la santé, et sur les relations entre l'environnement, la pollution, le travail et la santé.

Ces recherches sont couplées avec des travaux d'évaluation des politiques publiques, comme par exemple l'évaluation du programme « naître égaux et grandir en santé ».

5. Une approche qui peut inspirer les politiques nationales

5.1. L'approche intégrée et globale qui consiste à ne pas séparer la santé du social constitue un atout pour mettre en œuvre une politique de prévention, et surtout de promotion de la santé

Cette approche permet à la fois au ministère de la santé et des services sociaux d'élaborer une stratégie de prévention sanitaire qui tient compte des déterminants de la santé. Les régies régionales et les CLSC ont ensuite la possibilité d'élaborer, dans ce cadre global, leur propre politique, et de l'adapter aux caractéristiques de la population qu'elles couvrent. C'est particulièrement vrai pour la régie régionale de Montréal.

Dans ce cadre, les programmes mis en œuvre par les CLSC intègrent à la fois des actions de prévention au profit de la population générale (c'est le cas du service téléphonique Info-santé), et préconisent des actions ciblées, comme celles qui concernent les familles ou celles qui sont menées en direction des jeunes des rues.

Cette approche intégrée est élaborée, déterminée, mise en œuvre, au sein d'une organisation générale qui associe la recherche, l'action et l'évaluation.

La création de l'INSPQ, même si cet organisme, de création récente, a des difficultés pour trouver sa place, permet de renforcer cette approche. Coordonnant le regroupement des expertises, le développement de la recherche, la diffusion des connaissances, l'institut fonctionne en réseau, ce qui permettra d'irriguer l'ensemble des institutions qui mettent en œuvre la politique de prévention.

La forte implication de la régie régionale de Montréal dans l'évaluation et la recherche, son articulation forte avec les CLSC dont celui de Québec, qui est aussi centre universitaire, donnent à la politique de promotion de la santé un ancrage scientifique qui renforce leur pertinence. En ce sens, les directions de santé publique de ces régies jouent un rôle majeur. La formation des personnels qui est majoritairement une formation de santé publique permet d'assurer le lien entre le ministère, l'INSPQ, les CLSC et les universités, et de renforcer la cohérence des actions.

5.2. La formation en santé publique est plus développée qu'en France

Les formations dispensées par la faculté de soins infirmiers, par les universités comme celle de Montréal, les activités d'enseignement du CLSC de Québec sont fortement orientées vers la formation de santé publique, pour les médecins, mais aussi les infirmières et les travailleurs sociaux. Cette orientation contribue largement à la diffusion de cette culture de santé publique à tous les niveaux de la hiérarchie et des services de santé. Elle permet aussi de mieux appréhender le lien entre la recherche, l'action et la prévention.

5.3. L'ensemble de la classe politique se préoccupe de la promotion de la santé

De nombreux rapports, au Québec comme au Canada, se préoccupent de la réforme du système de santé. Des lois récentes comme la loi de décembre 2001 intègrent la promotion de la santé comme une démarche globale que doivent retenir toutes les politiques publiques qui ont des répercussions sur la santé. Le « virage de la prévention » est assumé comme une nécessité par tous les rapports. Mais les auteurs de ces rapports sont amenés à reconnaître que les politiques de promotion de la santé doivent disposer de budgets importants, et de budgets ciblés.

QUEBEC : LES INDICATEURS DE SANTE

Taux brut d'années potentielles de vie perdues (APVP) pour 100 000 personnes selon la cause et le sexe, 1990 et 1999

Causes	Hommes		Femmes		Variations de 1991 à 1999	
	1990 Taux	1999 Taux	1990 Taux	1999 Taux	hommes %	Femmes %
blessures accidentelles	1441,6	985,6	466,2	360,0	-31,6	-22,8
suicide	972,8	1218,3	194,7	290,5	25,2	49,2
infarctus aigu du myocarde	909,0	671,9	307,5	211,2	-26,1	-31,3
accident vasculaire cérébral	208,3	135,8	138,4	124,4	-34,8	-10,1
cancer du poumon	773,6	701,1	312,7	457,1	-9,4	46,2
cancer côlon-rectum	224,3	202,0	162,2	142,9	-9,9	-11,9
cancer prostate	71,8	56,4			-21,4	
cancer sein			434,0	364,1		-16,1

sources : rapport comparatif sur la santé de la population Québécoise et sur la performance du système de santé Québécois, MSSS, juin 2002

Espérance de vie

	1989		1998		1999	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Espérance de vie à la naissance	69	79	75,3	81,3	75,4	81,5
à 65 ans	15	19	15,6	20	15,9	20,2

sources : rapport comparatif sur la santé de la population Québécoise et sur la performance du système de santé Québécois, MSSS, juin 2002

Taux de mortalité

En ‰	1976	1989	1998
Taux de mortalité (ajusté) ¹¹	12,8	11	9,8
Taux de mortalité infantile (‰naissances vivantes)	11,5	6,9	5,5
Taux de mortalité périnatale	14	8,9	7,2

sources : rapport comparatif sur la santé de la population Québécoise et sur la performance du système de santé Québécois, MSSS, juin 2002

Taux ajusté de mortalité selon la cause et selon le sexe depuis 1976 à 1998

Cause de mortalité	1976	1990	1998
Appareil circulatoire	516,2	302,5	242,3
Tumeurs	216,3	223,9	215,4
Dont trachée, poumons	41,5	63,9	66,0
Prostate	26,7	32,4	27,3
Sein	37,2	36	30,4
Appareil respiratoire	67,5	64,6	70,1
Traumatismes et empoisonnements	68,8	51,9	54,1
Dont accidents de véhicule à moteur	22,3	14,5	11
Appareil digestif	38,5	27,4	25,6
Suicide	12,9	15,7	21,4
Diabète sucré	23,7	19,3	17,7
Alcoolisme et cirrhose		9,7	8,7
Sida		5	2
Femmes	777,3	577,5	554,3
Hommes	1316,9	1044,2	955,4
Ensembles	1017,1	771,5	719,4

MSSS, SDI, novembre 2002

¹¹ Pour tenir compte du vieillissement le taux de mortalité est ajusté en fonction de la population de référence (base population du Québec en juillet 1996).