

Juillet 2025

- LÉGISLATION COMPARÉE -

NOTE

sur

LES POLITIQUES DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Allemagne – Royaume-Uni (Angleterre) – Canada (Québec)

Cette note a été réalisée en juillet 2025 à la demande
de la commission des affaires sociales

**DIRECTION DE L'INITIATIVE PARLEMENTAIRE
ET DES DÉLÉGATIONS**



AVERTISSEMENT

Ce document constitue un instrument de travail élaboré à la demande des sénateurs, à partir de documents en langue originale, par la division de la Législation comparée de la direction de l'initiative parlementaire et des délégations. Il a un caractère informatif et ne contient aucune prise de position susceptible d'engager le Sénat.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Introduction	5
2. Tableau de synthèse	6
3. Allemagne	7
a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé	7
(1) Les fondements législatifs.....	7
(2) L'intégration des politiques de prévention en santé	8
(3) Les autorités compétentes en matière de prévention en santé.....	8
b) Le cadre financier de la prévention en santé	11
(1) Le budget des politiques de prévention.....	11
(2) Le financement des politiques de prévention	12
c) Les politiques de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre	13
(1) Les politiques de prévention en pratique.....	13
(2) L'intervention des acteurs de la prévention.....	15
(3) Le ciblage de certaines populations.....	16
(4) L'évaluation de l'impact des politiques de prévention	17
4. Royaume-Uni (Angleterre)	18
a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé	18
(1) Les fondements législatifs.....	18
(2) L'intégration de la politique de prévention en santé.....	18
(3) Les autorités compétentes en matière de prévention en santé.....	21
b) Le cadre financier de la prévention en santé	23
(1) Le financement des politiques de prévention.....	23
(2) Le budget des politiques de prévention.....	24
c) Les différentes politiques de prévention et de promotion de la santé et leur mise en œuvre	26
(1) Les politiques de prévention en pratique.....	26
(2) L'évaluation de l'impact des politiques de prévention	29
5. Canada (Québec)	30
a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé	30
(1) Les fondements législatifs.....	30
(2) Intégration des politiques de prévention en santé.....	30
(3) Autorités compétentes en matière de prévention en santé	31
b) Le cadre financier de la prévention en santé	34
(1) Budget des politiques de prévention.....	34
(2) Financement des politiques de prévention	35
c) Les politiques de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre	36
(1) Les politiques de prévention en pratique.....	36
(2) Les acteurs de la prévention	37
(3) Existence de politiques ciblées.....	39
(4) Méthode d'évaluation de l'impact des politiques de prévention	40

1. Introduction

À la demande de la commission des affaires sociales, la division de la législation comparée a réalisé une étude sur les politiques de prévention en santé en Allemagne, au Royaume-Uni (Angleterre) et au Canada (Québec). L'étude explore les politiques de prévention en santé mises en œuvre dans les trois pays, en analysant leur cadre juridique, leur financement et leurs dispositifs opérationnels.

Les trois pays partagent une volonté commune de structurer la prévention en santé autour d'un cadre juridique stable et d'une gouvernance interinstitutionnelle. Tous ont consacré un socle législatif spécifique à la prévention, parfois intégré dans un *corpus* plus large de santé publique, parfois porté par une loi *ad hoc*. Si la coordination interministérielle, la mobilisation d'acteurs multiples et l'ancrage territorial des actions apparaissent comme des constantes, en revanche, des divergences notables subsistent quant au degré de centralisation du pilotage, à l'autonomie des structures locales et à la place conférée à la société civile dans l'élaboration des stratégies.

Les trois systèmes de santé étudiés se caractérisent par un financement majoritairement public de la prévention en santé, mais selon des modalités contrastées. L'effort budgétaire consacré reste globalement modeste au regard des dépenses de santé totales, malgré des écarts importants. Tandis que certains dispositifs bénéficient de crédits pluriannuels fléchés, d'autres reposent sur des enveloppes plus instables, soumises aux arbitrages politiques. Le poids des financeurs varie également : centralisé au Québec, réparti entre assureurs publics et privés en Allemagne, et piloté par le NHS en Angleterre.

Enfin, dans les trois pays, les politiques de prévention suivent une approche de plus en plus ciblée et intersectorielle. Toutes visent à intervenir sur les déterminants sociaux de la santé, à travers des actions en milieu de vie, des campagnes de sensibilisation et des programmes de dépistage. La logique de cycle de vie – enfants, actifs, aînés – structure les interventions. Toutefois, l'intensité des efforts, la nature des priorités sanitaires et le degré de territorialisation varient sensiblement. L'évaluation des politiques reste inégalement développée.

2. Tableau de synthèse

	Allemagne	RU (Angleterre)	Canada (Québec)
Fondement juridique	Loi sur la prévention de 2015 intégrée au code de la sécurité sociale	<i>NHS Acts</i> 2006, 2012 et 2022 encadrant la prévention dans le système de santé public	Loi sur la santé publique de 2002 et Politique gouvernementale de prévention en santé (2016)
Mode de gouvernance	Gouvernance partagée entre État fédéral et <i>Länder</i>	Gouvernance centralisée <i>via</i> le NHS et l'UKHSA ¹	Gouvernance centralisée coordonnée par le ministère de la Santé, avec une forte concertation interministérielle
Principaux acteurs impliqués	Ministère fédéral, <i>Länder</i> , caisses d'assurance maladie, prestataires, employeurs, secteur associatif	<i>NHS England</i> , agences locales (ICS), autorités locales, UKHSA, secteur associatif	MSSS, Santé Québec, BCS, ministères sectoriels, municipalités, associations, établissements scolaires
Part des dépenses de santé publique consacrée à la prévention	Environ 5 % (25 Mds € sur 501 Mds € en 2023)	Environ 5 % (13 Mds £ sur dépenses publiques de santé en 2023)	Environ 3 % (1 Md CAD sur 32,4 Mds CAD en 2022-2023)
Sources de financement	Assurance maladie obligatoire (56 %), État fédéral, employeurs, secteur privé	Budget du NHS financé par l'impôt ; subventions aux autorités locales	Financement public provincial, partiellement complété par transferts fédéraux
Ciblage des politiques	Par étapes de vie et facteurs de risque (enfants, actifs, aînés ; diabète, addictions, etc.)	Approche cycle de vie et inégalités socio-économiques (stratégie « Core20PLUS5 »)	Approche populationnelle, intersectorielle et territorialisée avec attention aux vulnérabilités
Dispositifs d'évaluation	Rapport quadriennal de la Conférence nationale sur la prévention ; projets expérimentaux évalués	Évaluations ponctuelles par les autorités locales et NHS ; indicateurs de performance	Indicateurs suivis par le BCS ; rapports d'analyse ; évaluations méthodologiques prévues par les plans d'action

¹ UK Health Security Agency (Agence britannique de sécurité sanitaire).

3. Allemagne

En Allemagne, la santé publique relève d'une compétence législative partagée entre l'État fédéral et les *Länder*, ces derniers disposant d'un rôle prépondérant dans sa mise en œuvre. Le système de prévention, historiquement centré sur la médecine individualisée, s'est progressivement structuré autour de politiques orientées vers des groupes de population.

Le pilotage fédéral incombe au ministère de la santé, assisté du *Robert-Koch-Institut* et du *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM), tandis que les *Länder* mobilisent des offices de santé ou des structures régionales dédiées. La mise en œuvre repose sur les prestataires de soins, les caisses d'assurance maladie et l'Institut fédéral pour la santé publique, tout en impliquant également le secteur privé. La coordination est assurée par un organisme collégial fédéral : la Conférence nationale sur la prévention en santé, créée par la loi de 2015, qui réunit les principaux acteurs de la sécurité sociale et des institutions publiques autour d'une stratégie nationale articulée par des objectifs communs, des conventions régionales et un rapport quadriennal.

La prévention en santé repose sur le code de la sécurité sociale, qui fixe deux priorités : la prévention primaire et la promotion de la santé. Huit objectifs sanitaires sont définis, parmi lesquels la lutte contre le diabète, le cancer, les addictions ou encore les troubles dépressifs. Des mesures ciblées sont mises en œuvre dans divers milieux (écoles, entreprises, communes), portées par différents réseaux. La stratégie nationale identifie des groupes prioritaires selon les étapes de la vie : jeunes, actifs, personnes âgées. Près de la moitié des actions menées s'adressent à des publics spécifiques. L'évaluation des politiques repose sur des projets expérimentaux encadrés par la loi et sur un rapport quadriennal publié par la conférence nationale sur la prévention.

En 2023, l'Allemagne a consacré 25 milliards d'euros à la prévention en santé, sur un total de 501 milliards de dépenses de santé (12 % du PIB). La moitié de ce montant a financé des mesures de sécurité sanitaire (vaccinations, santé au travail, environnement).

a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé

(1) Les fondements législatifs

En Allemagne, la santé publique est une compétence législative concurrente (*konkurrierende Gesetzgebung*), partagée entre l'État fédéral et les *Länder*¹. En pratique, la majorité des mesures liées à la santé publique sont encadrées par les législations des *Länder* ; l'État fédéral n'intervient qu'à la marge, notamment lorsqu'il s'agit de problématiques nationales, telles que la protection contre les maladies ou la réglementation sur l'eau potable².

¹ [Loi fondamentale](#) pour la République fédérale d'Allemagne (version traduite en français par le Bundestag), art. 74, al. 19 et 19a.

² [The Lancet](#), Vol. 10, April 2025 – Public Health in Germany: structures, dynamics, and ways forward.

(2) L'intégration des politiques de prévention en santé

Historiquement, la RFA a privilégié des soins individualisés centrés sur les médecins généralistes. Après la réunification en 1990, le système de santé publique unifié a adopté ce modèle, avec un rôle limité de l'État. L'autonomie individuelle (*Selbsthilfe*) et la médecine individualisée y ont été mises en avant. Le concept de santé publique a commencé à se développer dans le milieu académique. En parallèle, la Charte d'Ottawa a stimulé diverses initiatives, comme le réseau des villes en bonne santé (*Netzwerk für gesunde Städte*). Les caisses d'assurance maladie ont également commencé à financer des mesures de prévention primaire, tandis que de nombreux organismes publics ont lancé des projets locaux de santé publique avec la participation des citoyens.

(3) Les autorités compétentes en matière de prévention en santé

(a) Les autorités chargées du pilotage de la politique

À l'échelle fédérale, la politique de santé publique est principalement pilotée par le **ministère fédéral de la santé**, dont la mission centrale consiste à élaborer des projets de loi et des décrets, ainsi qu'à édicter des actes administratifs. Ces actions s'inscrivent dans le cadre de ses responsabilités en matière de protection des intérêts des citoyens, de sécurité sanitaire et de financement du système de santé.¹ En outre, en vertu des articles 1 et 2 de la loi du 24 juin 1994 relative aux établissements successeurs de l'Office fédéral de la santé², deux autorités supérieures fédérales (*Bundesoberbehörde*) soutiennent le ministère fédéral de la santé dans l'exercice de ses missions : d'une part, l'**Institut fédéral pour les médicaments et les dispositifs médicaux** (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM*)³, compétent pour l'octroi d'autorisations, la mise en circulation sur le marché et la surveillance des médicaments et, d'autre part, le **Robert-Koch-Institut** (RKI)⁴, institut de recherche pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

À l'échelle des *Länder*, d'autres institutions interviennent en faveur de la prévention et la promotion de la santé :

– dans treize des seize *Länder*, des **organismes de droit public sont chargés de la promotion de la santé** (*Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung*)⁵ et travaillent en collaboration avec l'organisme fédéral pour la prévention et la promotion de la santé (*Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung*)⁶ ;

¹ Ministère fédéral de la santé (Bundesministerium für Gesundheit), [Missions et organisation](#) : (consulté le 16 juin 2025).

² [Gesetz über Nachfolgeeinrichtungen des Bundesgesundheitsamtes](#).

³ [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte](#) (consulté le 16 juin 2025).

⁴ [Robert-Koch-Institut](#) (consulté le 16 juin 2025).

⁵ Le [site internet](#) institutionnel de l'organisme pour la promotion de la santé de Hambourg présente les organismes fédérés de chaque Land allemand (consulté le 16 juin 2025).

⁶ [Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.](#) (consulté le 16 juin 2025).

– dans les trois autres *Länder* (Bade-Wurtemberg, Bavière et Rhénanie du Nord-Westphalie), ce sont des **offices de santé** (*Landesgesundheitsämter*) ou des **centres de santé** (*Landeszentren für Gesundheit*) qui ont pour missions communes la coordination des politiques de prévention et de promotion de la santé, la mise en réseau des acteurs concernés, la conception de projets ou encore l’organisation d’événements et de formations.

(b) Les autorités chargées de la mise en œuvre de la politique

La politique de prévention en santé est mise en œuvre par différents acteurs à différentes échelles¹, notamment :

– les **prestataires de soins**, qui opèrent des vaccinations et mettent en œuvre les programmes de dépistage de maladies (y compris cancers, maladies cardiovasculaires et maladies infantiles) ;

– l’**Institut fédéral pour la santé publique** (*Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit*)², chargé d’élaborer des campagnes de prévention, des programmes de formation et d’éducation notamment à l’école, des numéros verts, etc. ;

– en application de l’article 20 alinéa 1 du livre V du code de la sécurité sociale³, les **caisses d’assurance maladie** (*gesetzliche Krankenkassen*) ont pour missions de proposer des prestations visant à empêcher et réduire les risques de maladie (principe de prévention primaire) et d’encourager les assurés à entretenir leur bonne santé par des cours de sport, des programmes d’éducation en santé, etc. (principe de promotion de la santé).

Prévention santé : les offres de l’Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)

L’AOK, principale caisse d’assurance maladie publique en Allemagne, propose des cours gratuits de prévention en santé autour de quatre thèmes : l’activité physique, la gestion du stress, la nutrition et les addictions⁴. Ces cours prennent la forme de séminaires en présentiel. Certaines branches régionales de la caisse proposent des offres complémentaires à leurs membres, à l’instar d’AOK Nordost et son programme *#CyberHealth*⁵ : cours de sport en ligne animés par des coaches (pilates, yoga, sophrologie, etc.). L’accès à ces cours est pris en charge financièrement par AOK Nordost.

¹ [The Lancet](#), Vol. 10, April 2025 – Public Health in Germany: structures, dynamics, and ways forward, p. 334-336 – Governance, financing, structures and actors.

² L’ancien Centre fédéral d’éducation pour la santé (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*) a été renommé Institut fédéral de la santé publique (*Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit*) en février 2025 ; ses missions demeurent inchangées.

³ Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung, [§ 20 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung](#) (consulté le 17 juin 2025).

⁴ [AOK](#), Präventions- und Gesundheitskurse (consulté le 17 juin 2025).

⁵ [AOK Nordost](#), CyberHealth, Gesund und fit leben – mit den Onlinekursen für Versicherte der AOK Nordost (consulté le 17 juin 2025).

(c) L'articulation entre les différents acteurs

La conduite et la mise en œuvre de la politique de prévention en santé mobilisent à la fois des institutions publiques et des acteurs privés, aux statuts juridiques variés, qui interviennent à différents niveaux et à toutes les étapes du processus. Les **acteurs publics** y occupent une place centrale :

– à l'échelle fédérale, le ministère fédéral de la santé est chargé de concevoir et de mettre en œuvre les programmes et mesures de prévention, tandis que l'Institut Robert-Koch est responsable de la recherche en santé et de la production de données, d'études et de rapports sur le sujet ;

– à l'échelon régional, ce sont les offices de santé et autres structures publiques de prévention qui assurent la déclinaison opérationnelle de la politique de santé publique sur le terrain.

S'agissant du **secteur privé**, une partie de la prévention en santé repose sur les employeurs, qui ont l'obligation de garantir aux salariés des conditions de travail saines : cette obligation résulte du concept du « management lié à la santé dans les entreprises » (*betriebliches Gesundheitsmanagement*). Ainsi, l'article 4 de la loi du 7 août 1996 relative à la sécurité au travail (*Arbeitsschutzgesetz*)¹ définit les obligations générales incombant aux employeurs, comme la conception d'un environnement de travail respectueux de la santé physique et mentale des employés². Certaines entreprises vont plus loin en proposant et prenant en charge partiellement ou totalement des cours de sport individuels et collectifs. C'est le cas, par exemple, de Bertelsmann BKK, acteur médiatique et culturel majeur en Allemagne. Depuis 1989, l'entreprise propose à ses salariés un programme baptisé « Sport et santé ». Le programme, pris en charge par l'entreprise, inclut une grande variété d'activités sportives, allant du fitness aux sports collectifs³.

La coordination entre les secteurs public et privé prend souvent la forme de partenariats dans le cadre de campagnes de prévention ou autres initiatives ayant pour objectif la sensibilisation du public. En outre, la loi du 17 juillet 2015 relative à la promotion de la santé et de la prévention⁴ a créé une **Conférence nationale sur la prévention en santé** (*nationale Präventionskonferenz*)⁵. Il s'agit d'un groupe de travail chargé de développer la stratégie nationale de prévention en santé. La conférence réunit en principe les organismes centraux des différentes branches de la sécurité sociale : l'assurance maladie (*gesetzliche Krankenversicherung*), l'assurance dépendance (*soziale Pflegeversicherung*), l'assurance accidents du travail (*gesetzliche Unfallversicherung*) et l'assurance retraite (*gesetzliche Rentenversicherung*).

¹ [Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit \(Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG\)](#).

² À ce sujet, des dispositions plus précises quant à l'étendue de cette obligation sont prévues par le règlement de 2004 sur les lieux de travail ([Arbeitsstättenverordnung](#) - ArbStättV), § 3a.

³ [Programme « Sport et santé » de l'entreprise Bertelsmann](#) (consulté le 26 juin 2025).

⁴ [Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention \(Präventionsgesetz - PrävoG\)](#).

⁵ [Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, § 20e – Nationale Präventionskonferenz](#).

Chacune d'elles bénéficie de deux voix pour les prises de décisions au sein du groupe de travail. En outre, depuis 2017, l'association des caisses privées d'assurance maladie (*Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.*) dispose aussi d'une voix au sein de la Conférence. D'autres acteurs publics sont associés à la Conférence avec une fonction consultative, notamment l'État fédéral (représenté par quatre ministères fédéraux), les *Länder* (représentés par quatre membres de ministères sociaux régionaux), l'Agence fédérale pour le travail (*Bundesagentur für Arbeit*) et les partenaires sociaux.

Outre la création de cette conférence, la loi a élargi les missions des caisses d'assurance maladie en matière de prévention dans les milieux de vie (*Lebenswelten*) et imposé la conclusion de conventions-cadres régionales (*Landesrahmenvereinbarungen*) entre les institutions de sécurité sociale et les autorités compétentes des *Länder*. Ces conventions visent à adapter la stratégie nationale aux réalités locales et à garantir la coordination des acteurs territoriaux.

Les membres de la Conférence développent une **stratégie nationale en matière de prévention de santé**, comprenant notamment des **recommandations-cadres pour la promotion de la santé**, des **objectifs communs et harmonisés**, une **hiérarchisation des priorités** et donnant lieu à la rédaction d'un rapport quadriennal sur l'évolution et les accomplissements de la politique de prévention en santé¹.

b) Le cadre financier de la prévention en santé

(1) Le budget des politiques de prévention

Le Robert-Koch-Institut et l'Office fédéral de la statistique (*Statistisches Bundesamt*) rendent compte annuellement des informations sur la situation sanitaire et les prestations de soins dans le cadre d'un rapport fédéral sur la santé en Allemagne (*Gesundheitsberichterstattung*)². Selon les dernières données disponibles, l'Allemagne a consacré, en 2023, 12 % de son PIB aux dépenses liées à la santé, soit environ 501 milliards d'euros, **dont 25 milliards d'euros pour la prévention et la sécurité sanitaire** (*Prävention/Gesundheitsschutz*)³. La moitié est consacrée aux mesures de prévention et de sécurité sanitaires en général (notamment les campagnes de vaccination, la santé au travail et la protection de l'environnement).

D'autres postes de dépenses significatifs en matière de prévention en santé visent la promotion de la santé (programmes de sensibilisation, sport, etc.) à hauteur de 7,7 milliards d'euros en 2023 et les dépistages précoces de maladies, représentant 2,7 milliards d'euros en 2023.

¹ Le dernier rapport de la Conférence nationale sur la prévention a été publié en 2023. Les rapports peuvent être consultés sur [le site internet](#) de la Conférence.

² [Rapport fédéral sur la santé en Allemagne](#) (consulté le 30 juin 2025).

³ [Statistisches Bundesamt](#), *Gesellschaft und Umwelt, Gesundheit – Gesundheitsaufgaben* (consulté le 18 juin 2023).

Dépenses liées à la prévention en santé (en millions d'euros)

	2020	2021	2022	2023	2024
Total des dépenses liées à la santé	438 917	476 088	501 176	500 780	538 221
Total Prévention et sécurité sanitaires	16 164	34 383	42 561	24 835	Données manquantes *
<i>Dont sécurité sanitaire</i>	7 131	23 713	31 215	12 770	
<i>Dont promotion de la santé</i>	5 222	6 604	7 206	7 722	
<i>Dont dépistage précoce de maladies</i>	2 332	2 578	2 604	2 691	
<i>Dont expertise et coordination</i>	1 478	1 484	1 536	1 652	

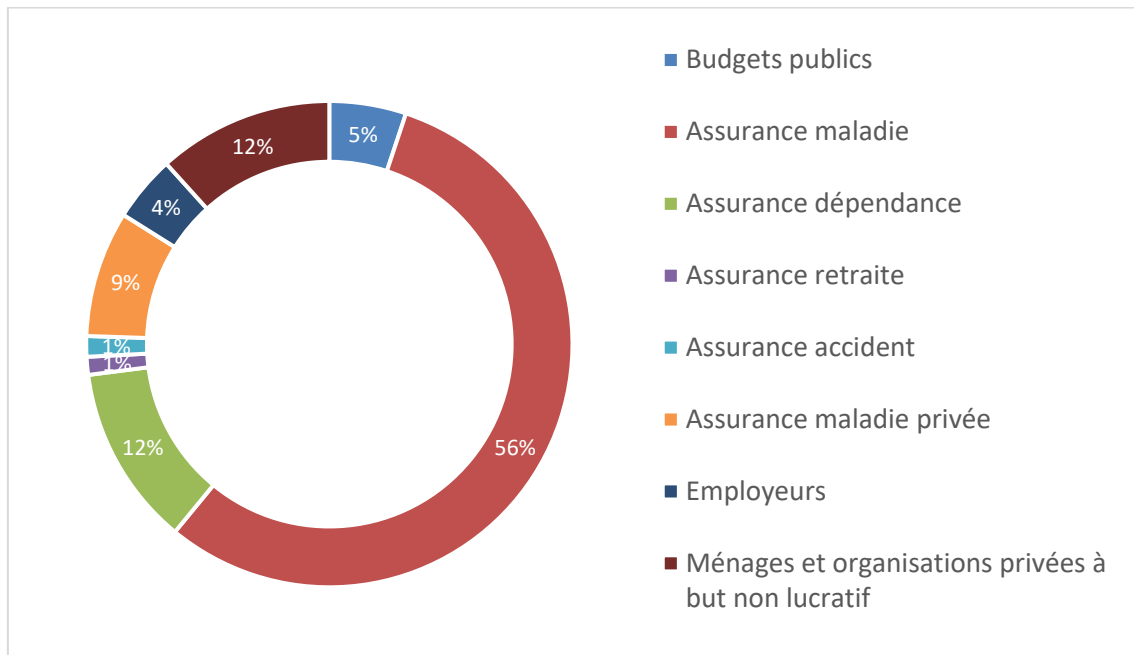
* Les chiffres disponibles concernant l'année 2024 sont une première estimation sur la base des valeurs déjà communiquées et mises à jour.

Source : Statistisches Bundesamt, Gesellschaft und Umwelt, Gesundheit, Gesundheitsausgaben – Tabelle „Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten“, 2024.

(2) Le financement des politiques de prévention

Pour 2024, les dépenses de santé, estimées à 538 milliards d'euros, ont été exécutées principalement par les assureurs publics, principalement l'assurance maladie (56 %). Le secteur privé (notamment les employeurs, ménages et organisations privées) représente 16 % des dépenses annuelles liées à la santé.

**Répartition des dépenses de santé par organisme payeur
(en % des dépenses totales)**



Source : Statistisches Bundesamt, Gesellschaft und Umwelt, Gesundheit, Gesundheitsausgaben – Tabelle „Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern“, 2024.

c) Les politiques de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre

(1) Les politiques de prévention en pratique

L'article 20 du livre V du code de la sécurité sociale fixe les priorités de l'assurance maladie en matière de prévention : « *La caisse d'assurance maladie prévoit [...] des prestations visant à prévenir ou réduire les risques de maladie (prévention primaire), ainsi qu'à encourager les assurés à prendre en main leur santé (promotion de la santé)* ». Par « *prévention primaire* » (*primäre Prävention*) et « *promotion de la santé* » (*Gesundheitsförderung*), la loi désigne l'objectif d'éviter les maladies en agissant sur les comportements individuels. Le maintien en bonne santé de façon autonome constitue la priorité première de la politique allemande de prévention.

L'alinéa 3 de l'article 20 énumère **huit priorités sanitaires** qui forment le socle de la politique allemande de prévention et de promotion de la santé :

- le diabète de type 2 : réduire le risque de contracter la maladie, dépister et traiter les malades à un stade précoce ;
- le cancer du sein : réduire la mortalité, améliorer la qualité de vie ;
- la réduction de la consommation de tabac ;
- la croissance en bonne santé : compétence de vie, activité physique, alimentation ;

- l'augmentation des compétences en matière de santé, une plus grande souveraineté des patients ;
- les troubles dépressifs : prévenir, détecter précocement, traiter durablement ;
- le fait de vieillir en bonne santé ;
- la réduction de la consommation d'alcool.

Le code prévoit également une série de **dispositifs de prévention** : des campagnes de vaccination contre les maladies transmissibles (art. 20i), des traitements préventifs contre l'infection du VIH (art. 20j), des consultations gratuites de contrôle dentaire dans les écoles pour les jeunes de moins de douze ans (art. 21), des consultations annuelles subventionnées de contrôle dentaire pour les adolescents de moins de 18 ans (art. 22), des mesures de médecine préventive (art. 23), des méthodes de contraception (art. 24a), un recours encadré à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et aux techniques de stérilisation (art. 24b), des prestations spéciales durant la grossesse et de la maternité (art. 24c à 24i), des bilans de santé pour mineurs (art. 26) et majeurs (art. 25) et des programmes de dépistage de cancers (art. 25a).

**Extrait du contrat de coalition entre le Parti chrétien-démocrate (CDU),
l'Union chrétienne-sociale (CSU) et le Parti social-démocrate (SPD)
pour la 21^e législature « Responsabilité pour l'Allemagne »**

« Prévention

« La prévention des maladies et la promotion de la santé jouent un rôle important pour nous. Nous nous adressons aux personnes, en particulier aux enfants, de manière ciblée, structurée et accessible. Les examens médicaux pédiatriques existants seront élargis et la procédure d'invitation systématique aux examens de prévention sera renforcée. Nous soutenons les offres volontaires au niveau communal, en portant une attention particulière aux groupes vulnérables. La solitude, ses effets et la manière d'y faire face seront placés au cœur de nos priorités. Nous supprimerons les obstacles pour permettre un meilleur échange de données dans le cadre de la loi sur l'utilisation des données de santé¹. Nous étudierons comment, après la fin du pacte pour le service de santé publique², nous pourrions continuer à soutenir ce dernier dans un effort commun entre la Fédération, les Länder et les communes³. »

Source : <https://www.cdu.de/app/uploads/2025/04/KoaV-2025-Gesamt-final-0424.pdf>, lignes 3364 à 3372.

¹ [Gesundheitsdatennutzungsgesetz](#) (GNDG).

² [Öffentlicher Gesundheitsdienst](#) - ÖGD

³ La crise du Covid-19 a révélé les faiblesses du service public de la santé en Allemagne. En réponse, le Pacte pour le service public de la santé, adopté en septembre 2020, prévoit une augmentation des effectifs et une modernisation des services, notamment par une meilleure interconnexion. Un budget de 4 milliards d'euros est prévu pour sa mise en œuvre entre 2021 et 2026.

(2) L'intervention des acteurs de la prévention

Les acteurs de la prévention en santé interviennent surtout à l'échelle locale, au sein de structures diverses comme les crèches, les établissements scolaires, les universités ou les entreprises.

L'**Association de coopération pour l'égalité des chances en matière de santé** (*Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit*) regroupe 75 partenaires issus des domaines de la santé, des services sociaux, de l'environnement, du développement urbain, de l'éducation et de l'aide aux enfants et aux jeunes¹. Elle communique les offres de promotion de la santé en fonction des situations sociales grâce à sa base de données, met en réseau des institutions de différents domaines au niveau des *Länder* et des communes, encourage l'échange entre la science et la pratique et relie les structures existantes. L'association de coopération gère 16 centres de coordination pour l'égalité des chances en matière de santé. Depuis 2011, elle pilote le programme de partenariat local « La santé pour tous ! » (*Gesundheit für alle!*), établissant des stratégies de santé couvrant toutes les phases de la vie (*Präventionsketten*) afin d'améliorer les conditions de vie de tous, indépendamment de leur situation sociale respective. Les centres de coordination pour l'égalité des chances en matière de santé accompagnent et conseillent les territoires dans ce domaine, notamment par le biais d'ateliers d'apprentissage pratique.

Le **réseau des villes en bonne santé** (*Netzwerk für gesunde Städte*)² est un réseau de municipalités allemandes participant à une initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il regroupe des villes qui intègrent la santé comme objectif transversal dans leurs politiques publiques, conformément aux principes d'une approche globale de promotion de la santé :

- établissement d'un rapport régulier sur la santé, pris en compte dans les décisions politiques ;
- définition de problématiques spécifiques liées à la santé ;
- mise en œuvre de conférences locales sur la santé qui servent à convenir d'objectifs territoriaux en matière de santé ;
- développement, mise en œuvre et évaluation en commun d'un programme d'action sanitaire ;
- travail intensif de relations publiques.

Enfin, le **programme conjoint de l'État fédéral et des Länder** sur la cohésion sociale (*Bund-Länder-Programm sozialer Zusammenhalt*)³ a pour objectif de remédier à des dysfonctionnements urbains, fonctionnels et socio-économiques complexes en intégrant les administrés au processus

¹ [GKV-Spitzenverband](#), *Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V*, p. 34.

² *Ibid.*, p. 35.

³ [Sozialer Zusammenhalt](#) (consulté le 27 juin 2025).

décisionnel. Ce programme réunit les différents acteurs issus de la politique, de l'administration, des écoles, des organismes indépendants, des habitants et des entreprises, en créant et en animant des initiatives et des groupes de travail interdisciplinaires. L'accent est mis sur l'augmentation des chances en matière de santé et de formation, l'intégration, la justice environnementale, la protection du climat et la sécurité. L'amélioration des conditions de vie de la population des quartiers défavorisés est au cœur de ce programme.

(3) Le ciblage de certaines populations

La **stratégie nationale de prévention** en Allemagne identifie des **groupes cibles prioritaires** (*Zielgruppe*) selon les étapes de la vie afin d'adapter les interventions aux besoins spécifiques de chacun. Trois grands objectifs structurent cette approche : bien grandir, bien vivre et travailler, et bien vieillir¹.

Pour l'enfance et la jeunesse, les publics visés sont les familles en attente d'un enfant, les jeunes parents, les enfants, les adolescents, les apprentis et les étudiants. Ils sont considérés comme particulièrement réceptifs aux messages de santé et susceptibles de bénéficier durablement d'un accompagnement précoce.

Dans la population active, la stratégie cible les salariés, les demandeurs d'emploi et les personnes engagées dans le bénévolat. Pour ces publics, la prévention vise notamment à renforcer la santé mentale et à prévenir les troubles musculo-squelettiques, en lien avec les conditions de travail.

Enfin, chez les personnes âgées, les efforts portent sur celles vivant à domicile comme en établissement, avec une attention particulière à la préservation de l'autonomie. La stratégie accorde une importance centrale à l'égalité des chances en santé, en adaptant les mesures aux besoins sociaux et genrés des différents groupes. Elle souligne aussi le **rôle clé des communes** dans la coordination des actions à destination de ces populations, à travers des structures locales de gouvernance en santé.

Selon le rapport annuel de 2024 sur la prévention en santé (*Präventionsbericht*)², publié par l'assurance maladie, **48 % des mesures de prévention en 2023** s'adressaient à des groupes de personnes spécifiques dans le milieu de vie concerné. Sur l'ensemble des activités axées sur ces groupes cibles, 88 % étaient ciblées sur des groupes d'âge. Environ 37 % d'entre elles concernaient des enfants en âge préscolaire, suivis par les enfants âgés de 7 à 11 ans (34 %). Environ 30 % des activités étaient destinées aux adolescents, 32 % aux jeunes adultes et 31 % aux adultes en début de carrière.

¹ [GKV-Spitzenverband](#), *Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V*, p. 18.

² [Präventionsbericht](#) 2024, p. 45.

(4) L'évaluation de l'impact des politiques de prévention

La Conférence nationale sur la prévention publie **tous les quatre ans un rapport de prévention** (*Präventionsbericht*)¹ qui dresse un état des lieux des actions menées, évalue les progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés et propose des ajustements. Ce rapport constitue l'outil principal de suivi de la stratégie nationale.

**Berlin et Brandebourg : région du futur de la santé numérique²
(projets expérimentaux)**

Le ministère fédéral de la santé a élaboré en 2022 une série de projets expérimentaux (limités aux *Länder* de Berlin et du Brandebourg) afin d'évaluer l'efficacité et l'impact d'un service public de la santé numérique (*Digitalisierung des Gesundheitswesens*)³. À titre d'exemple, il existe un projet expérimental pour la mise en œuvre de la télémédecine pour les personnes nécessitant des soins dans les zones rurales, un projet expérimental d'applications détectrices de symptômes (*Symptom Checker Apps*), ou encore un projet expérimental de diagnostics dentaires préventifs améliorés grâce à l'intelligence artificielle (IA)⁴.

Ces projets s'inscrivent dans une stratégie plus large de numérisation du système de santé, qui vise à améliorer l'accès aux soins, personnaliser les messages de prévention et faciliter l'évaluation des interventions par la collecte de données en temps réel.

¹ Voir *supra*.

² Ministère fédéral de la santé, [Was ist die Zukunftsregion Digitale Gesundheit?](#) (consulté le 20 juin 2025).

³ L'ensemble de ces projets expérimentaux liés à la prévention en santé en ligne sont listés sur le [site internet](#) du ministère fédéral de la Santé (consulté le 20 juin 2025).

⁴ À l'issue de l'initiative « Région du futur de la santé numérique », un [rapport](#) a été publié en mars 2023 qui rend compte des résultats des projets expérimentaux mis en œuvre (consulté le 20 juin 2025).

4. Royaume-Uni (Angleterre)

Au Royaume-Uni, les soins de santé sont largement décentralisés, de telle sorte que l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord sont responsables de la santé publique et des services de santé. Le gouvernement du Royaume-Uni alloue ainsi un budget pour les soins de santé en Angleterre et des subventions globales à l'Écosse, au Pays de Galles et à l'Irlande du Nord, qui, à leur tour, décident de leurs propres politiques en la matière¹. La présente note se concentre sur la politique de prévention en santé en Angleterre.

a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé

(1) Les fondements législatifs

En Angleterre, la politique de prévention en matière de santé est encadrée par trois textes principaux : la loi sur le service national de santé de 2006 (*National Health Service Act 2006*)², la loi sur la santé et la protection sociale de 2012 (*Health and Social Care Act 2012*)³ et la loi sur la santé et les soins de 2022 (*Health and Care Act 2022*)^{4 5}.

Les dispositions contenues dans ces textes sont de nature très large et la politique de prévention en santé repose essentiellement sur le **programme de prévention du service national de santé** (*NHS Prevention Programme*)⁶. Il s'agit du vecteur principal qui réunit et coordonne les différentes politiques de prévention.

(2) L'intégration de la politique de prévention en santé

La prévention est identifiée comme un objectif de politique de santé publique. Elle intègre généralement des **objectifs transversaux, notamment sociaux et économiques**.

Le NHS a reconnu dans son **Plan de santé sur le long terme** (*NHS Long Term Plan*)⁷ la prévention comme un volet spécifique de ce plan, indissociable des politiques sociales et économiques⁸. En effet, le coût des admissions à l'hôpital dues aux inégalités socio-économiques est estimé à 4,8 milliards de livres sterling (5,6 milliards d'euros) en 2012⁹. Par ailleurs, la

¹ [Le système de santé au Royaume-Uni](#) (consulté le 24 juin 2025).

² [National Health Service Act 2006](#).

³ [Health and Social Care Act 2012](#).

⁴ [Health and Care Act 2022](#).

⁵ En Écosse, la loi sur la santé publique de 2008 (*Public Health etc. (Scotland) Act 2008*) contient également des dispositions sur la prévention.

⁶ [NHS Prevention Programme](#) (consulté le 17 juin 2025).

⁷ Site dédié au programme : <https://www.longtermplan.nhs.uk/> (consulté le 18 juin 2025).

⁸ *NHS Long Term Plan* p. 33.

⁹ [M. Asaria, T. Doran, R. Cookson, The costs of inequality: whole-population modelling study of lifetime inpatient hospital costs in the English National Health Service by level of neighbourhood deprivation, 2016](#), p. 1.

politique de prévention en santé est elle-même intégrée dans la politique plus vaste du NHS qui a également des responsabilités en matière d'éducation et de logement¹.

En 2023, la fonction de « **champion du gouvernement pour la prévention personnalisée** » a été créée spécialement pour traiter la question de la prévention en santé². La première personne à avoir été nommée à cette fonction est le professeur John Deanfield, qui a présenté en 2024 dans un rapport indépendant sa vision pour un service moderne et personnalisé de prévention en matière de santé cardiaque³. Le professeur insiste sur le caractère non durable de l'approche curative actuelle et affirme qu'une « *réorientation vers la prévention* » constitue la meilleure réponse à la crise sanitaire et économique⁴. Il estime qu'en appliquant plus tôt et plus largement les mesures de prévention connues et fondées sur des données probantes, il serait possible de gagner 20 jours en bonne santé par personne et par an au Royaume-Uni, soit une réduction de 33 % des problèmes de santé, ce qui permettrait d'augmenter le PIB de 320 milliards de livres sterling (377 milliards d'euros) sur une période de 20 ans⁵.

(a) Le plan de santé à long terme du NHS

En 2019, NHS a présenté un plan sur le long terme (*NHS Long Term Plan*)⁶, issu d'une vaste consultation publique présentant une stratégie sur dix ans en matière d'organisation et de gouvernance de l'offre de soins⁷.

Ce plan comporte un **chapitre 2 dédié à la prévention**, qui se décline en **six volets thématiques** correspondant aux principaux facteurs de risque à l'origine de décès prématurés en Angleterre⁸, selon l'étude sur « la charge mondiale de la morbidité » (*Global Burden of Disease, GBD*)⁹. Ces six volets sont¹⁰ :

– le **tabagisme**. Malgré une baisse significative, l'Angleterre compte encore 6,1 millions de fumeurs et il est estimé que près d'un quart des femmes enceintes fument pendant leur grossesse. Les fumeurs consultent leur médecin généraliste 35 % plus souvent que les non-fumeurs et le tabagisme est lié à près d'un demi-million d'admissions à l'hôpital chaque année. Sur la base d'un modèle mis en œuvre au Canada et à Manchester, le plan prévoit que toutes les personnes admises à l'hôpital se voient systématiquement proposer des services de traitement du tabagisme financés par le NHS à partir de 2023. Un nouveau suivi de grossesse sans tabac, comprenant des séances et des

¹ [NHS, The NHS Long Term Plan, 2019](#), para. 2.4, p. 34.

² [Mesures de prévention en santé](#) (consulté le 10 juin 2025).

³ [Recommandations dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires](#) (consulté le 10 juin 2025).

⁴ [Making prevention everyone's business](#) (consulté le 10 juin 2025).

⁵ *Ibid.* (consulté le 19 juin 2025).

⁶ [Site dédié au programme](#) (consulté le 5 juin 2025).

⁷ *Ibid.* (consulté le 18 juin 2025).

⁸ [NHS, The NHS Long Term Plan, 2019](#), p. 33 et suivantes

⁹ [Global Burden of Disease](#) (consulté le 18 juin 2025).

¹⁰ [NHS, The NHS Long Term Plan, 2019](#), p. 33 et suivantes

traitements ciblés, est également prévu, ainsi qu'une nouvelle offre universelle de sevrage tabagique dans le cadre des établissements psychiatriques spécialisés ;

– l'**obésité**. Près de deux tiers des adultes et un tiers des enfants quittant l'école primaire en Angleterre sont en surpoids ou obèses et ce phénomène touche particulièrement les catégories sociales les plus pauvres. Le plan de santé à long terme s'engage notamment à proposer une offre de soins ciblée et un accès à des services de gestion du poids dans les centres de soins primaires aux personnes ayant reçu un diagnostic de diabète de type 2 ou d'hypertension et dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 ; de même, il s'engage à financer un doublement du programme de prévention du diabète du NHS au cours des cinq prochaines années ;

– l'**alcool**. À l'instar des équipes spécialisées dans les soins liés à l'alcool mises en place dans plusieurs hôpitaux (Bolton, Salford, Nottingham, Liverpool, Londres et Portsmouth) – qui ont permis de réduire sensiblement les passages aux urgences, les durées d'hospitalisation, les réadmissions et les appels aux services d'ambulance –, les établissements enregistrant le plus grand nombre d'admissions liées à l'alcoolisme doivent être soutenus dans la création de structures similaires, en partenariat avec les autorités locales responsables des services de traitement des addictions. S'il était mis en œuvre dans les 25 % d'hôpitaux les plus touchés, ce programme permettrait d'éviter environ 50 000 admissions sur cinq ans ;

– la **pollution de l'air**. Sur ce point, le plan prévoit que le NHS s'engage à réduire les déplacements du personnel et des patients en développant les consultations à distance, ainsi qu'à diminuer de 20 % d'ici 2023-2024 les émissions de polluants atmosphériques liées à son parc automobile ;

– la **résistance antimicrobienne**. En dépit de la baisse du nombre de prescriptions d'antibiotiques en soins primaires de 13 % entre 2013 et 2017, le plan de santé estime que des progrès supplémentaires sont nécessaires et prévoit la mise en œuvre du plan d'action quinquennal du gouvernement sur la résistance aux antimicrobiens¹ ;

– et les **inégalités sanitaires**. En Angleterre, le NHS cible une plus grande part de financement vers les zones présentant de fortes inégalités de santé (1 milliard de livres sterling supplémentaire annoncé d'ici 2023-24, soit environ 1,18 milliard d'euros). Le plan prévoit également la définition d'objectifs mesurables pour réduire les inégalités.

Les systèmes de soins intégrés (*Integrated Care Systems*, ICS – cf. *infra*) étaient chargés de décliner et de mettre en œuvre cette stratégie au niveau local pour les cinq prochaines années².

¹ [UK 5-year action plan for antimicrobial resistance 2024 to 2029](#) (consulté le 25 juin 2025).

² [NHS, The NHS Long Term Plan, 2019](#), p. 3.

Cependant, la pandémie de Covid-19 et les difficultés à pallier les dysfonctionnements du NHS ont poussé le nouveau gouvernement issu des élections législatives de juillet 2024 à élaborer un nouveau plan, baptisé le « *Ten Year Health Plan* »¹.

(b) Le plan de santé décennal du NHS

Le secrétaire d'État pour la santé et la protection sociale, M. Wes Streeting, a annoncé à l'automne 2025 l'intention du gouvernement de présenter une **nouvelle stratégie sanitaire sur dix ans, dénommée « plan de santé décennal du NHS »** (*NHS' 10 Year Health Plan*)². Cette décision fait suite au rapport indépendant de Lord Darzi sur l'état du NHS en Angleterre³ – qui soulignait ses mauvais résultats – et s'inscrit dans le contexte du projet du gouvernement britannique de supprimer le NHS en tant qu'agence en le réintégrant au sein du ministère de la santé et de la protection sociale (*Department of health and Social care*)⁴.

Annoncé pour le printemps 2025 mais non publié à ce jour, ce plan applicable à l'Angleterre permettrait de réaliser trois grands « changements » pour passer « *de l'hôpital à la communauté* », « *de l'analogique au numérique* » et « *de la maladie à la prévention* »⁵. Concernant la prévention, il s'agira de « *raccourcir le temps passé en mauvaise santé en prévenant les maladies avant qu'elles ne surviennent, ainsi que d'identifier plus rapidement et gérer les maladies chroniques* »⁶. Il est également indiqué que le modèle de soin devra être plus durable, en mettant l'accent sur la **prévention tout au long du parcours** de soin du patient.⁷

Ce plan s'appuie, comme le précédent, sur la participation citoyenne. Selon le NHS, 220 000 contributions ont été reçues dans le cadre de la consultation publique⁸.

(3) Les autorités compétentes en matière de prévention en santé

(a) Les autorités chargées du pilotage

Le pilotage de la politique de prévention et de promotion de la santé en Angleterre relève de la **responsabilité du secrétaire d'État pour la santé**. L'article 2A de la loi sur le service national de santé de 2006 dispose notamment que le secrétaire d'État pour la santé doit prendre les mesures nécessaires pour fournir des services ou des établissements pour la prévention des maladies⁹. La loi sur la santé et la protection sociale de 2012 dispose en outre, en son article

¹ [Ten Year Health Plan](#) (consulté le 18 juin 2025).

² [Road to recovery - the government's 2025 mandate to NHS England](#) (consulté le 12 juin 2025).

³ [Independent Investigation of the National health Service in England, Lord Darzi, 2024](#).

⁴ [Remark on the fundamental reform of the British state](#) (consulté le 12 juin 2025).

⁵ [Road to recovery - the government's 2025 mandate to NHS England](#) (consulté le 12 juin 2025).

⁶ [NHS, The NHS missions](#), (consulté le 12 juin 2025).

⁷ *Ibid.* (consulté le 12 juin 2025).

⁸ [NHS, The NHS Long Term Plan](#), (consulté le 18 juin 2025).

⁹ [National Health Service Act 2006, s. 2A](#).

premier, que le secrétaire d'État pour la santé doit promouvoir un « *service de santé complet conçu pour garantir l'amélioration [...] de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies physiques et mentales* »¹.

En pratique, le NHS assure cette fonction de pilotage de la politique de prévention : en vertu de l'article 13 de la loi sur le service national de santé de 2006², il est chargé de l'amélioration constante de la qualité des services rendus aux individus ou en lien avec la prévention.

L'agence de sécurité sanitaire du Royaume-Uni (*UK Health Security Agency, UKSA*) – agence exécutive rattachée au ministère de la santé et de la protection sociale³ – joue également un rôle en matière de pilotage de la prévention en santé, plus particulièrement en matière de prévention des maladies infectieuses et des risques environnementaux⁴.

(b) Les autorités chargées de la mise en œuvre de la politique

Selon l'article 14 de la loi sur la santé et la protection sociale de 2012, les « **groupements de mise en œuvre des soins** » (*clinical commissioning groups*) – les agences locales du NHS – organisaient la fourniture de services en lien avec la prévention⁵.

Cependant, ces organismes ont été récemment remplacés par les « **systèmes de soins intégrés** » (*Integrated Care Systems, ICS*), en application de la loi sur la santé et les soins de 2022. Les 42 ICS en Angleterre sont des partenariats locaux qui rassemblent les services du NHS, les représentants des collectivités locales, les travailleurs sociaux et le secteur associatif afin de développer des services communs⁶. Chaque ICS comporte un partenariat et un conseil de soins. Ainsi, l'article 21 de cette loi modifie la loi sur le NHS en son article 3A⁷ afin de préciser que les **conseils de soins intégrés doivent organiser la fourniture de services de prévention**⁸.

(c) L'articulation entre les différents autorités et acteurs

Le NHS et l'Agence de sécurité sanitaire du Royaume-Uni collaborent dans le cadre de leur action en Angleterre, notamment en matière de vaccination ainsi que pour la conception de plans d'intervention d'urgence. Ils mènent également un travail de surveillance conjoint des infections liées aux soins. Le plan d'action de l'Agence de sécurité sanitaire souligne que cette coopération permet de sauver des vies et des ressources par l'action de la prévention⁹.

¹ [Health and Social Care Act 2012, s. 1.](#)

² [National Health Service 2006, s. 13E.](#)

³ [UK Health security agency](#) (consulté le 11 juin 2025).

⁴ [About the UK Health security agency](#) (consulté le 11 juin 2025).

⁵ [Health and Social Care Act 2012, s. 14.](#)

⁶ [NHS, Integrated Care Systems](#) (consulté le 20 juin 2025).

⁷ [National Health Service Act 2006, s. 3.](#)

⁸ [Health and Care Act 2022, s. 21.](#)

⁹ [UK Health Security Agency, Strategic Plan, 2023 to 2026, p. 17.](#)

Bien que le NHS domine le système de santé au Royaume-Uni¹, il existe parallèlement une **offre de soins de santé privée**. Il arrive que NHS contractualise avec ces acteurs privés pour fournir certains services à ses usagers, notamment dans le but de tirer profit de la disponibilité du secteur indépendant pour faire face au problème des listes d'attente de patients². Par ailleurs, certains usagers souscrivent des assurances privées pour prendre en charge les frais de santé qui ne sont pas couverts par NHS. Selon la Fondation pour la santé, 24 % de la population serait encline à payer une telle assurance et 14 % en bénéficient déjà³.

Enfin, au niveau local, la coordination entre les différents acteurs s'effectue au sein des **systèmes de soins intégrés** (ICS – cf. *supra*).

b) Le cadre financier de la prévention en santé

(1) Le financement des politiques de prévention

En Angleterre, les dépenses de prévention en santé sont quasi exclusivement financées par **l'impôt**, à partir du **budget alloué au ministère de la santé et de la protection sociale** (*Department of Health and Social Care*, DHSC)⁴. Le DHSC alloue ensuite des financements à deux types d'entités afin de mettre en œuvre des actions de prévention :

- d'une part, les autorités locales reçoivent une subvention de santé publique (*public health grant*) ;

- et, d'autre part, le NHS reverse ensuite la majorité de son budget aux ICS, qui financent au niveau local une large gamme de services de santé (soins hospitaliers, soins primaires de médecine générale, psychiatrie etc.), dont des actions de prévention⁵.

¹ [C. Courbage, A. de Coulon, *Prevention and Private Health Insurance in the U.K.*, 2004, p. 3.](#)

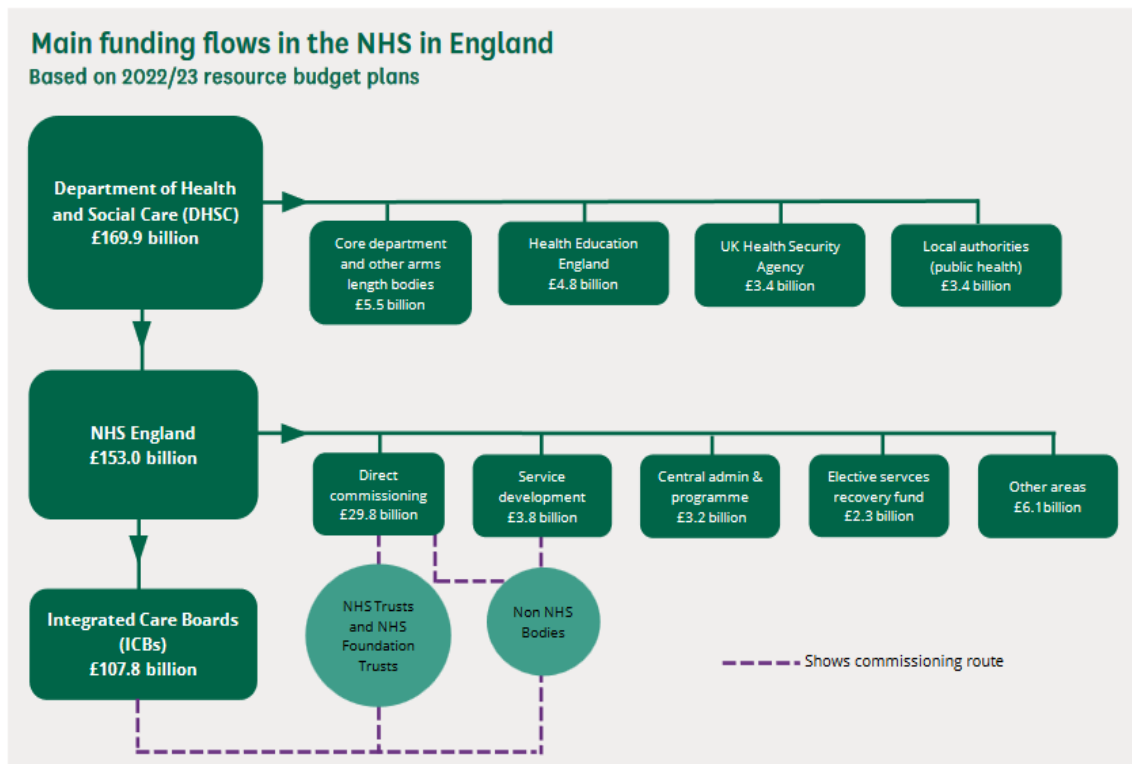
² [The Health Foundation, *Is the Use of Privately Funded Health Care on the Rise ? 2024*](#)

³ *Ibid.*

⁴ *House of Commons Library, Research Briefing, [NHS Funding and expenditure](#), 2024, p. 12.*

⁵ *Ibid.*

Les principaux flux financiers au sein du NHS (exercice 2022-2023)



Source : House of Commons Library

Une part résiduelle de financement provient **des frais payés par les patients pour la prescription de certains médicaments** (environ 10 % des ordonnances exigent des frais de prescription de 9,90 livres sterling par unité – représentant un montant total de 670 millions de livres sterling en 2022-2023, soit environ 791 millions d’euros) et pour les **soins dentaires** (entre 27 et 319 livres sterling par patient selon la complexité de l’acte, soit 807 millions de livres sterling en 2022-2023, environ 952 millions d’euros)¹.

Les financements publics couvrent généralement la totalité du coût des actes de prévention et il n’y a pas de reste à charge pour le patient. Par exemple, une visite chez le médecin généraliste est gratuite². De même, le bilan de santé du NHS (*cf. infra*) est gratuit et permet d’effectuer un ensemble de tests pour dépister le diabète, les maladies cardiovasculaires ou encore l’hypertension pour les personnes âgées de 40 à 74 ans³.

(2) Le budget des politiques de prévention

En **Angleterre**, au titre de l’exercice budgétaire 2024-2025, la **subvention de santé publique** (*public health grant*) allouée aux autorités locales s’élevait à **3,6 milliards de livres sterling** (4,2 milliards d’euros).

¹ Ibid.

² [How much does it cost for a GP appointment](#), (consulté le 23 juin 2025).

³ NHS UK, [Diabetes prevention](#), (consulté le 23 juin 2025).

Ceci représente 2,2 % du budget total du NHS *England*¹. Cette subvention sert principalement à financer des services de prévention en faveur des jeunes enfants (entre 0 et 5 ans), des services de santé sexuelle, des programmes de sevrage tabagique ou encore et des services liés à la drogue et à l'alcool². Pour l'exercice 2025-2026, la subvention de santé publique s'élèvera à **3,9 milliards de livres sterling** (4,6 milliards d'euros).

Pour **l'ensemble du Royaume-Uni**, les statistiques officielles en matière de dépenses de santé indiquent que les dépenses de « soins préventifs » (*preventive care*) ont atteint **13 milliards de livres sterling** (15,2 milliards d'euros), soit environ **5,2 % des dépenses publiques de santé** en 2023³. Ceci correspond à une réduction de près de 38 % par rapport à 2022, ce qui s'explique principalement par la fin de la pandémie de Covid-19. La part des dépenses dévolues à la prévention a ainsi été ramenée à des niveaux proches de ceux observés avant la pandémie, même si elle reste supérieure à la période pré-Covid-19. On peut noter que 11,8 % de ces dépenses de prévention concernent les services de vaccination contre le Covid-19, toujours disponibles en 2023 pour les personnes à risque⁴.

Par ailleurs, dans le cadre de la **revue de dépenses pour 2025** (*spending review*), le gouvernement britannique a annoncé investir 10 milliards de livres sterling (11,7 milliards d'euros) dans la transformation numérique du NHS d'ici 2028-2029⁵ ainsi qu'un investissement de 80 millions de livres sterling (93,6 millions d'euros) par an dans les programmes de sevrage tabagique et dans les mesures de mise en place du projet de loi sur le tabac et les vapoteuses⁶.

Par ailleurs, le montant des dépenses de prévention non prises en charge par le NHS était estimé à 1,8 milliard de livres sterling (2,1 milliards d'euros) en 2023, sur les 36,7 milliards de livres sterling (42,9 milliards d'euros) à la charge des usagers, soit 5 % des dépenses totales⁷.

¹ [Department of Health & Social Care, Public health ring-fenced grant financial year 2024 to 2025 : local authority circular, 2025.](#)

² [The Health Foundation, Options for restoring the public health grant, 2024.](#)

³ [Office for National Statistics, Healthcare expenditure, UK Health Accounts : 2023 and 2024](#), p. 7. Les dépenses de santé sont estimées au total à 317 milliards de livres sterling en 2024 dont 258 milliards de dépenses publiques, prises en charge par le NHS, les autorités locales et d'autres organismes. Le budget du NHS England représente quant à lui 187 milliards d'euros.

⁴ [Office for National Statistics, Healthcare expenditure, UK Health Accounts : 2023 and 2024](#), p. 8.

⁵ [HM Treasury, Spending Review 2025.](#)

⁶ *Ibid.*

⁷ [The Health Foundation, The use of privately funded healthcare on the rise, 2024](#), Figure 4.

c) Les différentes politiques de prévention et de promotion de la santé et leur mise en œuvre

(1) Les politiques de prévention en pratique

En pratique, il existe des politiques de prévention générales et des politiques ciblant certaines pathologies.

(a) Exemples de politiques de prévention générales

Des politiques ont été mises au point pour améliorer la prévention en santé, sans nécessairement viser une ou plusieurs pathologies.

À titre principal, le **programme de bilan de santé du NHS** (*NHS Health Check programme*)¹ permet aux personnes âgées de 40 à 74 ans n'ayant pas eu de problèmes de santé spécifique jusqu'alors, de réaliser un bilan de santé gratuit. Ce bilan vise aussi à informer sur les risques de maladies cardiaques, de diabète, de maladies rénales et d'accidents cardiovasculaires. Les patients de plus de 65 ans bénéficient également d'une prévention concernant les risques de démence. Les patients concernés reçoivent une invitation de leur médecin traitant ou du conseil local de leur lieu de résidence **tous les cinq ans**². Les résultats du bilan de santé ainsi qu'un score de risque de maladie cardiovasculaire sont généralement communiqués lors du rendez-vous. Entre début 2020 et fin 2024, 69,7 % des personnes éligibles en Angleterre (soit 11,16 millions) ont été invitées à réaliser un bilan de santé, 39 % ont accepté cette invitation et 27 % ont effectivement réalisé le bilan de santé³. Le taux de réponses positives à ces sollicitations augmente puisque durant l'année 2023-2024, 3,55 millions de personnes ont reçu une invitation pour réaliser un bilan de santé (22 % de la population éligible) et 1,42 million (soit près de 40 %) d'entre elles ont réalisé le bilan de santé⁴.

Par ailleurs, une **application dédiée du NHS** (*NHS App*)⁵ a également été lancée en 2019. Devant son succès, le professeur John Deanfield appelle dans son rapport indépendant, à y insérer un « portail de prévention » pour permettre aux usagers d'accéder à leurs données et de recevoir des plans de prévention personnalisés⁶.

Enfin, le **plan stratégique pour la période 2023-2026 de l'agence de sécurité sanitaire** du Royaume-Uni prévoit l'amélioration de la réponse face aux risques sanitaires par l'intermédiaire d'un « système de pointe pour la gestion des incidents dans le cadre de la prévention des infections »⁷.

¹ [NHS Health Check programme](#), (consulté le 16 juin 2025).

² [NHS Health Check](#), (consulté le 16 juin 2025).

³ [NHS Health Check Details](#) (consulté le 26 juin 2026).

⁴ *Ibid.*

⁵ [NHS App](#), (consulté le 19 juin 2025).

⁶ [Making prevention everyone's business](#) (consulté le 19 juin 2025).

⁷ [UK Health Security Agency, Strategic Plan, 2023 to 2026, p. 42.](#)

(b) Exemples de programmes de prévention ciblés

Conformément aux six priorités identifiées dans le plan de santé à long terme, le NHS et ses agences locales (ICS) ont développé des programmes de prévention en santé ciblés sur certains facteurs de risque comme l'obésité¹, la tuberculose², le tabagisme³, l'alcoolisme⁴ ou le VIH⁵.

De plus, il existe des **politiques ciblées adoptant une approche populationnelle**, c'est-à-dire qui visent une partie de la population présentant un besoin plus important de prévention.

Des exemples d'actions de prévention ciblées sont présentés ci-après.

(i) L'interdiction de la vente de tabac

Concernant le tabagisme, le gouvernement britannique a déposé devant le Parlement, à l'automne 2024, un **projet de loi sur le tabac et les vapoteuses** (*Tobacco and Vapes Bill*)⁶. Actuellement encore en cours d'examen, ce texte vise à mettre fin au tabagisme au Royaume-Uni en éliminant progressivement la vente de tabac à travers le pays, notamment en interdisant la vente de tabac aux personnes nées à compter du 1^{er} janvier 2009⁷.

(ii) Le programme de prévention contre le diabète

Le NHS a mis en place un programme de prévention contre le diabète de type 2 intitulé « *The Healthier You NHS Diabetes Prevention Programme* »⁸.

Ce programme permet d'identifier les personnes à risque et de les diriger vers un programme de neuf mois basé sur un changement d'hygiène de vie. Il peut être effectué en présentiel ou bien à distance, à l'aide d'outils numériques. En présentiel, des rencontres de groupe en face-à-face sont organisées et un soutien est offert pour aider les personnes à gérer leur poids, manger sainement et exercer des activités physiques⁹. Ce programme est mis en œuvre dans les systèmes de soins intégrés (ICS) en Angleterre¹⁰.

Selon l'enquête indépendante menée par Lord Darzi, le programme est un exemple de l'efficacité de la prévention en santé car il a permis une **réduction du risque de diabète de type 2 de presque 40 %**¹¹.

¹ NHS England, [Prevention of obesity](#), (consulté le 5 juin 2025).

² NHS England, [Prevention of tuberculosis](#), (consulté le 5 juin 2025).

³ NHS England, [Prevention of tobacco-dependency](#), (consulté le 5 juin 2025).

⁴ Ibid.

⁵ NHS England, [Prevention of HIV](#), (consulté le 5 juin 2025).

⁶ UK Parliament [Tobacco and Vapes Act](#), (consulté le 17 juin 2025).

⁷ [Department of Health and Social care, Tobacco and Vapes Bill, 2024](#).

⁸ NHS England, [Prevention of diabetes](#),

⁹ Ibid. (consulté le 23 juin 2025).

¹⁰ NHS England, *Prevention of diabetes – Provider contact details* (consulté le 23 juin 2025).

¹¹ [Independent Investigation of the National health Service in England, Lord Darzi, 2024](#), p. 5.

(iii) *Le centre pour l'égalité et les inégalités sanitaires du NHS*

En Angleterre, le NHS a créé un centre pour l'égalité et les inégalités sanitaires (*The Equality and Health Inequalities Hub*)¹. Ce centre, conformément aux responsabilités légales de l'agence en la matière, organise des programmes ayant pour objectif le développement de l'égalité entre les patients. Il existe à ce titre le « **programme d'égalité des patients** » (*Patient equalities programme*)², ou encore le « **programme national d'amélioration des inégalités en matière de soins de santé** » (*National Healthcare Inequalities Improvement Programme*)³.

Les outils employés au sein de chaque programme varient en fonction de leur thématique. Par exemple, un projet visant à réduire les inégalités dans le diagnostic de l'hypertension artérielle a reposé sur l'implication active du NHS et sur une approche fondée sur des données issues de plusieurs disciplines⁴. À cette fin, la plateforme d'analyse des données de santé *EZ Analytics*⁵ a été utilisée.

(iv) *L'approche « Core20PLUS5 »*

Selon le NHS, les facteurs de risques sanitaires sont souvent accrus au sein des populations défavorisées⁶. On estime que le cinquième de la population la plus défavorisée développe des pathologies chroniques dix ans plus tôt que le cinquième le plus favorisé. Pour y remédier, *NHS England* a fait de la lutte contre ces inégalités de santé une priorité.

Ainsi, l'agence a également recours à une approche nommée « **Core20PLUS5**⁷ », visant à développer et mettre en place des **interventions ciblées à grande échelle**. Dans ce cadre, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre :

- le **programme numérique de gestion du poids**⁸ en juillet 2021, s'adresse aux adultes souffrant d'obésité avec diagnostic de diabète, d'hypertension artérielle, ou des deux maladies. Ce programme dure 12 semaines et se déroule en ligne, *via* un smartphone ou un ordinateur. Le programme est gratuit et pour y participer, il faut être concerné et avoir été recommandé par son médecin traitant⁹ ;

¹ [The Equality and Health Inequalities Hub](#) (consulté le 5 juin 2025).

² [The Equality and Health Inequalities Hub - Patient equalities programme](#) (consulté le 5 juin 2025).

³ [The Equality and Health Inequalities Hub - National Healthcare Inequalities Improvement Programme](#) (consulté le 5 juin 2025).

⁴ [The Equality and Health Inequalities Hub - How Lambeth is closing the health inequality gap for black and minority ethnic patients with high blood pressure](#), (consulté le 5 juin 2025).

⁵ [EZ-analytics](#), (consulté le 5 juin 2025).

⁶ [NHS England, Prevention programme](#) (consulté le 5 juin 2025).

⁷ [NHS England, Programme CORE20PLUS](#) (consulté le 5 juin 2025).

⁸ [NHS England, Digital weight management](#) (consulté le 5 juin 2025).

⁹ [NHS England, Digital weight management, How to access the programme](#) (consulté le 5 juin 2025).

– la mise en place « **d'équipes de soin pour l'alcool** » (*alcohol care team*) au sein des hôpitaux anglais où les taux d'alcoolisme sont les plus élevés¹.

Exemple pratique de résultat : le cas du traitement de l'hypertension chez les patients noirs et issus de minorités ethniques

Grâce à un projet d'un an mené en 2023 par deux médecins généralistes du district londonien de Lambeth, l'inégalité de traitement de l'hypertension artérielle chez les patients noirs et issus de minorités ethniques est en très net recul. Les consultations étaient accompagnées de mesures gratuites de la tension artérielle dans les pharmacies du district.

Les résultats constatés à l'issue de programme sont les suivants :

- 300 patients issus de la communauté diagnostiqués ;
- 87 % des patients âgés en de moins de 80 ans suivis contre 61 % au début du projet et 95 % des patients âgés de plus de 80 ans suivis contre 77 % au début du projet ;
- élimination de l'écart de 12 % entre les patients blancs et noirs en ce qui concerne le contrôle de la tension artérielle.

Source : <https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/case-studies/how-lambeth-is-closing-the-health-inequality-gap-for-black-and-minority-ethnic-patients-with-high-blood-pressure/> (consulté le 26 juin 2025).

(2) L'évaluation de l'impact des politiques de prévention

Les politiques de prévention font ponctuellement l'objet d'études pour mesurer leurs impacts quantitatifs et qualitatifs.

Par exemple, **l'impact du NHS Health Check programme** a été évalué à l'occasion du rapport de performance du ministère de la santé et de la protection sociale². L'évaluation est principalement fondée sur les données quantitatives recueillies par les autorités locales chaque trimestre³.

¹ [Public Health England, Optimal Alcohol Care Teams, 2019.](#)

² [Department of Health and Social Care, Annual Report and Accounts 2023-2024.](#)

³ [Department of Health and Social Care, Annual Report and Accounts 2023-2024](#), Figure 22, p. 62.

5. Canada (Québec)

Au Québec, la prévention en santé repose sur la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), adoptée en 2016 dans le cadre de la Loi sur la santé publique de 2002. Inspirée de l'approche de la « Santé dans toutes les politiques », elle s'appuie sur deux plans d'action successifs (2017-2021 et 2022-2025) et mobilise un large réseau interministériel coordonné par le ministère de la santé et le Bureau de coordination et de soutien (BCS). Santé Québec et plus de 200 partenaires non gouvernementaux contribuent à la mise en œuvre concrète.

Le financement a connu une évolution contrastée : 20 millions de dollars par an pour le premier plan, doublé à 40 millions pour le second. En 2024, la fin de la PGPS s'est accompagnée d'une baisse marquée des crédits, malgré des investissements ponctuels en vaccination et dépistage. La stratégie nationale annoncée pour 2025-2026 ne remplace pas encore l'ampleur de la PGPS. Le financement repose sur un système universel public, avec une attention croissante portée à la performance.

Les politiques mises en œuvre ciblent la qualité de vie, la santé des jeunes et la réduction des inégalités. Elles mobilisent une pluralité d'acteurs et adoptent des approches spécifiques selon les publics. Le BCS assure le suivi par indicateurs et évaluation continue.

a) Le cadre juridique et institutionnel de la prévention en santé

(1) Les fondements législatifs

La *Politique gouvernementale de prévention en santé* (PGPS)¹, adoptée par le Gouvernement du Québec en 2016, constitue le socle de référence en matière de prévention. Elle s'inscrit dans le cadre de la loi sur la santé publique (LSP) de 2002², qui établit les bases du développement de la prévention et encourage les politiques publiques favorables à la santé.

(2) Intégration des politiques de prévention en santé

Entre 2006 et 2012, le Québec s'est doté d'un plan d'action gouvernemental visant à promouvoir les saines habitudes de vie et à prévenir les problèmes liés au poids. Ce plan définissait un cadre d'intervention structuré, associant orientations générales et mesures concrètes, afin de limiter les répercussions individuelles et sociales de ces troubles³.

Cette démarche a préparé le terrain pour une politique de prévention plus large. En 2013, le Premier ministre du Québec et le ministre de la santé ont en effet exprimé leur volonté de mettre en place une politique nationale

¹ [*Politique gouvernementale de prévention en santé \(PGPS\)*](#).

² [*Loi sur la santé publique de 2002*](#).

³ [*Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*](#).

en matière de prévention. Cette ambition a pris forme en 2016 avec l'adoption de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), fondée sur l'approche dite de « Santé dans toutes les politiques » (SdTP)¹.

Développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette « approche intersectorielle des politiques publiques »² consiste à intégrer systématiquement les considérations sanitaires dans l'ensemble des décisions politiques, quel que soit le secteur concerné. C'est dans cette perspective que la PGPS a fait de la prévention un objectif explicite et prioritaire des politiques publiques québécoises.

Conformément à cette logique, la PGPS se distingue par son caractère transversal. Elle vise à agir simultanément sur un ensemble de facteurs déterminants de la santé, qu'ils soient individuels, sociaux, économiques ou environnementaux. Elle ne se substitue pas aux autres stratégies gouvernementales, mais les complète en s'inscrivant dans une démarche cohérente et intégrée³.

Pour mettre en œuvre cette politique, deux plans d'action interministériels (PAI) ont été successivement adoptés : le premier pour la période 2017-2021⁴, le second pour 2022-2025⁵. Ensemble, ces plans traduisent les quatre grandes orientations et les neuf cibles de la PGPS en onze objectifs, vingt-huit mesures et cent actions concrètes que le gouvernement s'est engagé à réaliser sur une période de dix ans⁶.

L'ensemble de cette planification repose sur des données probantes. Les objectifs chiffrés et les indicateurs de suivi sont établis à partir des informations fournies par l'Institut de la statistique du Québec, qui documente régulièrement l'état de santé de la population.

(3) Autorités compétentes en matière de prévention en santé

(a) Autorités chargées du pilotage de la politique

Le **ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)** est en charge du pilotage stratégique de la politique de prévention et de promotion de la santé au niveau provincial. Il pilote notamment les plans d'action interministériels pris dans le cadre de la PGPS⁷.

¹ Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques 2013 ; OMS [WHA67.12] 2014.

² Ibid.

³ Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le [modèle collaboratif du Québec](#) pour la gouvernance de la prévention en santé.

⁴ [Plan d'action interministériel 2017-2021](#).

⁵ [Plan d'action interministériel 2022-2025](#).

⁶ Ibid., p. 7.

⁷ Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le [modèle collaboratif du Québec](#) pour la gouvernance de la prévention en santé, Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p. 5.

Trois instances gouvernementales de concertation soutenues par le Bureau de coordination et de soutien (BCS) interviennent dans la gouvernance de la PGPS :

- le **comité interministériel de sous-ministres adjoints** des ministères impliqués dans la PGPS. Sa structure permet de tenir compte des « enjeux relatifs à la gestion intersectorielle » et d'assurer la cohérence de l'action de ministères ;
- le **comité interministériel de directeurs**. Cette instance qui réunit les responsables des ministères et organismes gouvernementaux au moins une fois par an prend les décisions relatives à la planification et à la gestion de la mise en œuvre des engagements gouvernementaux ;
- le **réseau de tandems intersectoriels**. Ces tandems sont composés par les professionnels des ministères et organismes gouvernementaux porteurs et coresponsables des actions listées dans les PAI et les professionnels des ministères ou organismes collaborant à ces actions. Ils assurent notamment la mise en œuvre de celles-ci « selon des paramètres convenus collectivement »¹.

(b) Autorités chargées de la mise en œuvre de la politique

Dans le cadre du premier plan d'action interministériel (PAI) de la PGPS, couvrant la période 2016-2021, 16 ministères et organismes gouvernementaux ont été mobilisés, aux côtés d'environ 80 partenaires non gouvernementaux œuvrant à l'échelle nationale, régionale ou locale². Le second PAI, en vigueur pour la période 2022-2025, implique un nombre accru de participants : 27 ministères et organismes sont associés à la mise en œuvre des actions, en tant que responsables ou collaborateurs. À ceux-ci s'ajoutent plus de 200 partenaires non gouvernementaux, parmi lesquels des associations, des municipalités et des universités.

Depuis 2016, le gouvernement du Québec insiste sur la nécessité d'une « convergence des efforts » entre l'ensemble des acteurs, qu'ils soient publics ou issus de la société civile. Ces partenaires sont chargés de la réalisation concrète des actions prévues par la PGPS, selon leurs champs de compétence, leurs ressources et, le cas échéant, sur des territoires déterminés.

Créée en 2024, la société d'État Santé Québec joue désormais un rôle central dans le dispositif. Elle assure l'offre et la coordination des services de santé et de services sociaux à travers les établissements publics, tout en soutenant les prestataires privés. Elle est responsable de la mise en œuvre opérationnelle des orientations et standards définis par le ministère³.

¹ [Plan d'action interministériel 2022-2025](#), p.63.

² [Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le modèle collaboratif du Québec pour la gouvernance de la prévention en santé](#), Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p.7.

³ [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux du 9 décembre 2023](#).

Un grand nombre d'associations participe également à la mise en œuvre des mesures prévues par la PGPS. Il s'agit principalement d'organisations actives dans la sensibilisation ou la formation en matière de prévention, dans des domaines variés tels que la santé au travail ou la nutrition.

Les municipalités locales, les associations de municipalités ainsi que les municipalités régionales de comté (MRC)¹ sont pleinement associées à la réalisation des actions, en raison de leur proximité directe avec les populations concernées².

Enfin, plusieurs établissements universitaires, établissements de santé et centres de formation sont mobilisés pour appuyer la politique. Ils interviennent dans la formation, l'accompagnement et la sensibilisation tant des professionnels de santé que des acteurs de terrain et des bénéficiaires de la prévention³.

(c) Articulation entre les différentes autorités

Les plans d'action interministériels (PAI) déclinent les orientations stratégiques de la PGPS en objectifs spécifiques. À chaque objectif correspond une ou plusieurs mesures, elles-mêmes traduites en actions concrètes. Pour chacune de ces actions, le PAI désigne un ministère porteur, identifie un ou plusieurs ministères collaborateurs, et précise les partenaires associés ainsi que leurs rôles respectifs⁴.

Au sein du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), la coordination de cette architecture complexe est assurée par le Bureau de coordination et de soutien (BCS) de la PGPS. Ce bureau est chargé de superviser la mise en œuvre des actions, de gérer les flux d'information entre les parties prenantes et de maintenir les liens avec l'ensemble des partenaires mobilisés⁵.

Le BCS soutient également les instances de concertation par le déploiement d'une stratégie de communication continue, la diffusion d'outils communs, et la mise en place de mécanismes de collaboration destinés à faciliter le travail collectif et la résolution des problèmes. Il joue ainsi un rôle de facilitateur entre tous les acteurs impliqués⁶.

¹ Les MRC ont pour objectif de regrouper les municipalités d'un même territoire afin d'assurer une gestion cohérente d'un certain nombre de compétences.

² [Plan d'action interministériel 2022-2025, p.14-60.](#)

³ Ibid.

⁴ Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le [modèle collaboratif du Québec](#) pour la gouvernance de la prévention en santé, Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p.7.

⁵ [Plan d'action interministériel 2022-2025, p.62.](#)

⁶ Ibid.

Parmi les dispositifs de concertation mis en place, les Tables intersectorielles régionales sur les saines habitudes de vie (TIR-SHV) jouent un rôle structurant. Elles rassemblent les partenaires régionaux chargés de la mise en œuvre locale des actions prévues par la PGPS. L'articulation entre les échelons régional et local repose sur une collaboration étroite avec les organisations non gouvernementales (ONG), qui veillent notamment à l'inclusion des populations les plus vulnérables¹.

b) Le cadre financier de la prévention en santé

(1) Budget des politiques de prévention

Le budget alloué à la mise en œuvre du premier plan d'action interministériel (PAI) 2017-2021 s'élevait à 20 millions de dollars canadiens par an (environ 13,6 millions d'euros), soit un total de 80 millions de dollars canadiens (environ 54,5 millions d'euros) sur quatre exercices budgétaires. La pandémie de Covid-19 a conduit à la prolongation du PAI d'une année supplémentaire, accompagnée d'un financement additionnel de 13,3 millions de dollars canadiens (environ 9,1 millions d'euros)².

Le second PAI, couvrant la période 2022-2025, a bénéficié d'un doublement du budget annuel, porté à 40 millions de dollars canadiens (environ 27,3 millions d'euros) par an³.

Pour la période 2024-2026, le budget de la santé publique, incluant la prévention et la promotion des habitudes de vie, a été réduit de 269 millions de dollars canadiens (environ 183,5 millions d'euros). Aucune reconduction de la PGPS n'a été décidée, ce qui a entraîné l'arrêt du financement pour de nombreux organismes qui en dépendaient⁴.

En novembre 2024, le gouvernement du Québec a annoncé la création d'une nouvelle stratégie nationale de prévention en santé, dont les modalités restent à définir⁵. Pour l'année budgétaire 2025-2026, cette stratégie se voit attribuer 15 millions de dollars canadiens (environ 10,2 millions d'euros), contre 40 millions de dollars canadiens (environ 27,3 millions d'euros) alloués en 2025 pour la dernière année d'application de la PGPS.

Parallèlement, des investissements ponctuels ont été annoncés : 243,7 millions de dollars canadiens (environ 166,4 millions d'euros) sont destinés à élargir la vaccination auprès des clientèles vulnérables, et 10 millions de dollars canadiens (environ 6,8 millions d'euros) à la mise en

¹ Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le [modèle collaboratif du Québec](#) pour la gouvernance de la prévention en santé, Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p.7.

² [Plan d'action interministériel 2022-2025](#), p.4.

³ [La politique gouvernementale de prévention en santé](#).

⁴ [Analyse budgétaire : une santé publique affaiblie de 269 millions pour la période 2024-2026](#), Association pour la santé publique du Québec.

⁵ [Stratégie nationale de prévention en santé](#).

place du dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale¹. Ces mesures représentent un investissement additionnel de 268,7 millions de dollars canadiens (environ 183,2 millions d'euros) sur cinq ans.

À ce jour, aucun programme ne remplace la PGPS dans son ampleur. Seule la stratégie nationale en santé constitue un projet en développement.

Enfin, les dépenses globales du Québec en santé publique ont connu une baisse marquée : elles sont passées de 2 milliards de dollars canadiens (environ 1,36 milliard d'euros) en 2021-2022 à un peu plus de 1 milliard de dollars canadiens (environ 682 millions d'euros) en 2022-2023. Bien que ce montant reste supérieur aux 427,6 millions de dollars canadiens (environ 291,8 millions d'euros) de 2018-2019, il ne représente que 3,1 % du budget total de la santé, un taux inférieur à la moyenne canadienne qui s'établissait à 6,1 % en 2024².

(2) Financement des politiques de prévention

Les mesures de prévention en santé, et plus particulièrement celles issues de la PGPS, sont directement financées par le gouvernement provincial. Les ministères et organismes gouvernementaux désignés comme « porteurs » sont chargés de l'administration des fonds attribués à chaque action spécifique.

Le système de santé québécois repose sur une logique publique, l'État agissant comme principal assureur et administrateur. Deux régimes universels assurent la couverture de l'ensemble de la population : le régime d'assurance hospitalisation, instauré en 1961, et le régime d'assurance maladie, mis en place en 1970³.

L'ensemble des coûts des services médicaux et hospitaliers couverts relève de la responsabilité financière exclusive de l'État provincial, y compris lorsque ces services sont rendus dans des cliniques privées. Parallèlement, un régime mixte d'assurance médicaments est en vigueur, et des assurances privées complètent la couverture pour les services non inclus dans les régimes universels⁴.

En 2014, le financement des services couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) provenait à 21 % du transfert fédéral d'une part de fiscalité, à 46 % de la fiscalité générale du gouvernement du Québec, à 18 % des contributions des employeurs et à 7 % des contributions des usagers⁵.

¹ [*Pour un Québec fort : Plan budgétaire, Mars 2025.*](#)

² [*Plan stratégique 2025-2028 - Documents et autres ressources - Santé Québec p.28.*](#)

³ [*Le système de santé et de services sociaux au Québec, ministère de la Santé et de la sécurité sociale, p.9.*](#)

⁴ Source : Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (Alas), [*intervention de M. Laberge*](#), 2021.

⁵ *Ibid.*

Dans une perspective plus récente, le plan stratégique de Santé Québec a introduit le principe d'un « financement aligné sur les besoins et la valeur créée », présenté comme un enjeu stratégique. Cette approche vise à répartir les ressources en fonction de l'impact réel des services sur l'état de santé de la population, et à promouvoir des modèles de financement fondés sur la performance¹.

La mise en œuvre des actions de prévention mobilise également des organisations non gouvernementales et des entités du secteur privé, dans une logique de collaboration dépassant le seul cadre du financement public². Cette coopération repose sur une mutualisation coordonnée des ressources matérielles et financières déjà prévues dans d'autres cadres stratégiques, tels que le Programme national de santé publique 2015-2025³.

c) Les politiques de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre

(1) Les politiques de prévention en pratique

Les politiques de prévention mises en œuvre au Québec privilégient plusieurs thématiques jugées prioritaires. Qu'il s'agisse de la PGPS ou d'autres programmes de prévention, la plupart des actions reposent sur une concertation étroite entre les instances régionales et locales, ainsi que sur l'identification, la diffusion et l'appropriation des meilleures pratiques en matière de prévention auprès de la population.

Le plan d'action 2022-2025 de la PGPS consacre l'essentiel de ses crédits à trois grands postes de dépenses. Le premier concerne les interventions en milieu de vie, visant à maintenir ou améliorer la qualité de vie dans les communautés, avec un budget total de 21,9 millions de dollars canadiens (environ 14,9 millions d'euros) sur trois ans. Ces interventions portent notamment sur le soutien à des initiatives locales ou régionales en matière d'alimentation et de prévention des maladies chroniques, en partenariat avec les associations et les acteurs du territoire.

Le deuxième poste, doté de 12 millions de dollars canadiens (environ 8,2 millions d'euros) sur trois ans, vise à promouvoir la santé et le bien-être des jeunes en milieu scolaire. Les actions correspondantes ont pour objectif de renforcer les compétences personnelles et sociales des élèves en leur offrant davantage d'occasions de bouger et de manger sainement⁴.

Le troisième volet budgétaire est consacré à la prévention et à la réduction des vulnérabilités sociales et des inégalités de santé, à travers le renforcement d'actions concertées sur les déterminants sociaux. Il mobilise 11,2 millions de dollars canadiens (environ 7,6 millions d'euros) sur trois ans, afin de garantir aux personnes vulnérables un meilleur accès à la prévention ainsi qu'un accompagnement plus adapté à leurs besoins spécifiques.

¹ [*Plan stratégique 2025-2028 du réseau de la santé et des services sociaux, Santé Québec, p.31.*](#)

² [*Plan d'action interministériel 2017-2021.*](#)

³ [*Programme national de santé publique – 2015-2025.*](#)

⁴ [*Plan d'action interministériel 2022-2025, p.14-60.*](#)

En parallèle, un plan d'action 2024-2026 a été adopté dans le cadre des orientations prioritaires 2023-2030 du Programme québécois de cancérologie. L'axe 2 de ce plan, consacré à la promotion des saines habitudes de vie et à la prévention, met l'accent sur l'accès à l'information concernant la lutte contre le tabagisme, ainsi que la sensibilisation aux risques liés à l'alcool et aux substances psychoactives¹.

La promotion de la santé en milieu de travail s'appuie sur plusieurs leviers : des campagnes de communication ciblées, la diffusion de bonnes pratiques, et le développement d'un réseau d'ambassadeurs sous le label « Entreprise en santé »².

En matière d'environnement, la gestion du bruit et de la qualité de l'air est améliorée grâce à l'élaboration d'un cadre de gestion pour les bâtiments publics, à la réalisation d'études spécialisées, ainsi qu'à la création d'un comité interministériel dédié à la qualité de l'air dans ces bâtiments³.

L'approche intersectorielle se manifeste également dans le domaine de la nutrition. Plusieurs initiatives visent à améliorer la qualité nutritive de l'offre alimentaire : création d'un comité scientifique pour la reformulation des aliments transformés, suivi de la qualité de l'offre alimentaire – notamment au moyen de l'étude « NutriQuébec » –, développement d'outils facilitant les achats institutionnels, et soutien ciblé à l'industrie agroalimentaire biologique⁴.

Enfin, une stratégie spécifique a été mise en place pour renforcer la littératie en santé. Elle vise à rendre l'information plus accessible et plus compréhensible pour tous, en favorisant une meilleure autonomie dans la gestion des maladies chroniques. Cette stratégie repose également sur la formation des professionnels de santé à des techniques de communication plus efficaces⁵.

(2) Les acteurs de la prévention

Selon les dispositions de l'article 3 de la Loi sur l'**institut national de santé publique du Québec (INSPQ)**⁶, celui-ci a pour mission de soutenir le ministre de la santé, les organismes gouvernementaux et régionaux « *dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage* »⁷.

¹ [Plan d'action 2024-2026 du programme québécois de cancérologie, p.4.](#)

² [Plan d'action interministériel 2022-2025, p.14-60.](#)

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ [Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec de 1998.](#)

⁷ [Mémoire déposé dans le cadre de la consultation du commissaire à la santé et au bien-être concernant la couverture publique des services en santé et en services sociaux, INSPQ, 2016.](#)

Des **associations spécialisées, associations d'utilisateurs** ou associations représentant des intérêts spécifiques à une communauté sont impliquées du fait de leur expertise et de leurs réseaux dans leurs domaines respectifs¹. Par exemple, les fédérations sportives et l'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées sont mobilisées pour améliorer l'accès au sport pour les personnes en situation de handicap. Les associations représentant les communautés autochtones sont pleinement impliquées s'agissant des mesures qui touchent aux Premières Nations du Canada².

Le développement des capacités des personnes dès leur plus jeune âge est un objectif majeur de la politique de prévention québécoise et les établissements scolaires et services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE) sont des **espaces d'intervention privilégiés**. L'augmentation de la qualité des services liés à la petite et jeune enfance passe par l'amélioration de la formation du personnel, la révision des programmes éducatifs (programme « Accueillir la petite enfance »), et le développement de cadres de référence par les acteurs eux-mêmes (programme « Gazelle et Potiron » pour l'alimentation saine)³.

Le plan stratégique 2025-2028 de Santé Québec entend « *engager les citoyens pour qu'ils soient des acteurs de leur santé* » et faire collaborer entre eux les acteurs communautaires, municipaux, scolaires, privés et d'autres secteurs afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé⁴.

En ce qui concerne l'acquisition et la communication des informations relatives aux gestes de prévention et aux risques devant être anticipés, les professionnels de santé bénéficient de formations et les pharmacies sont également impliquées pour favoriser la promotion des saines habitudes de vie⁵.

Certaines thématiques très spécifiques mobilisent des acteurs qui ne sont pas usuellement associés à la prévention en santé. C'est notamment le cas dans le cadre de la PGPS en matière d'aménagement et de mobilité durable. Dans ce cadre, les associations touristiques et organismes de soutien sont partenaires des actions de prévention, au même titre que les promoteurs d'événements et organisateurs de festivals⁶.

S'agissant de la santé au travail, les conseillers en ressources humaines et en relations industrielles, les fédérations des chambres de commerce du Québec et des chefs d'entreprises ambassadeurs sont partenaires du réseau visant à diffuser et implanter de meilleures pratiques en santé et mieux-être au travail⁷.

¹ [*Plan d'action interministériel 2022-2025*, p.14-60.](#)

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ [*Plan stratégique 2025-2028* du réseau de la santé et des services sociaux, Santé Québec, p.38.](#)

⁵ [*Plan d'action interministériel 2022-2025*, p.14-60.](#)

⁶ *Ibid.*, p.32.

⁷ *Ibid.*, P.41.

(3) Existence de politiques ciblées

La politique de prévention en santé du Québec intègre des approches ciblées afin de répondre aux besoins particuliers de certaines catégories de population identifiées comme plus vulnérables.

Pour les Premières Nations et les Inuits, les interventions visent à adapter les services aux spécificités géographiques, linguistiques et culturelles de ces communautés. L'objectif est d'améliorer les modalités de prestation des soins et d'assurer une continuité dans l'accompagnement, fondée sur les réalités communautaires. Parmi les initiatives concrètes figurent l'adaptation culturelle des outils de repérage des troubles du développement dans le cadre du programme « Agir tôt », la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention culturellement adaptées, ainsi que le déploiement de « navigateurs de services » au sein du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), chargés d'accompagner les personnes concernées dans leur parcours de soins¹.

Des mesures spécifiques sont également prévues pour les enfants et les jeunes vivant en situation de grande précarité, avec pour finalité la réduction des inégalités sociales. Il s'agit notamment de garantir l'accès à des services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE) de qualité pour les familles défavorisées, de développer des outils d'intervention précoce pour les enfants ayant des besoins particuliers, ou encore de mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation autour de l'image corporelle. Parallèlement, la formation du personnel des SGEE est renforcée, notamment en ce qui concerne les outils de surveillance du développement.

Les aînés font également l'objet d'une attention spécifique. Le gouvernement favorise leur maintien à domicile en soutenant des actions concertées entre les établissements de santé et de services sociaux. Il encourage par ailleurs l'implication de ces établissements dans les démarches « Municipalité amie des aînés » (MADA), en vue de créer des environnements plus adaptés au vieillissement.

Dans le cadre du second PAI (2022-2025), un soutien ciblé est prévu pour les personnes réfugiées, immigrantes ou nouvellement arrivées, en situation de vulnérabilité. À l'instar des autres groupes aux besoins particuliers, ces personnes doivent pouvoir bénéficier d'un accès équitable aux soins de santé, à travers une offre prenant en compte les dimensions interculturelles, linguistiques et les trajectoires migratoires spécifiques².

¹ Ibid., p.44.

² [Plan d'action interministériel 2022-2025, p.48.](#)

La politique québécoise de prévention en santé adopte ainsi une approche à la fois transversale et intersectorielle. Elle reconnaît que les facteurs de vulnérabilité peuvent se cumuler chez une même personne, entraînant des situations de précarité accrue. Cette reconnaissance se traduit par des mesures croisées, par exemple en direction des enfants issus de milieux défavorisés appartenant à des communautés autochtones ou vivant dans des contextes d'exclusion multiples¹.

Pour chaque action envisagée, les plans d'action interministériels précisent les résultats attendus et les indicateurs de suivi associés. Le Bureau de coordination et de soutien (BCS) de la PGPS est chargé de suivre et de quantifier ces indicateurs tout au long de la mise en œuvre.

(4) Méthode d'évaluation de l'impact des politiques de prévention

Un cadre préliminaire de suivi et d'évaluation a été élaboré par le Bureau de coordination et de soutien (BCS) de la PGPS, en collaboration avec les ministères concernés et la direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce cadre repose sur des fondements méthodologiques rigoureux, tout en conservant une souplesse suffisante pour s'adapter à la diversité des contextes de mise en œuvre. Il s'inscrit dans une logique de « culture d'évaluation et d'amélioration continue », régulièrement mise en avant dans les documents stratégiques.

Des crédits spécifiques sont consacrés à l'évaluation des actions menées. Pour la période couverte par le plan d'action 2022-2025, une enveloppe de 0,6 million de dollars canadiens (environ 410 000 euros) a été allouée à cet effet. Par ailleurs, le plan stratégique 2025-2028 de Santé Québec prévoit la réalisation d'une « évaluation de la durabilité » et l'adoption d'un « Plan d'action en développement durable (PADD) » à la suite de cette évaluation².

Le BCS est également chargé du suivi des onze objectifs et des neuf cibles, fixés dans le cadre de la PGPS. Un rapport d'analyse a été publié en 2022, présentant les résultats obtenus dans le cadre du premier plan d'action 2017-2021. En revanche, l'évaluation complète du second plan d'action 2022-2025 et de la PGPS dans son ensemble est encore en cours.

Tout au long du processus, les binômes responsables de la mise en œuvre de chaque action ont été invités à collaborer avec les directions de l'évaluation de leur ministère respectif pour en assurer le suivi. Le recours à des sociétés externes pour mener ces évaluations a également été envisagé, lorsque pertinent³.

¹ Ibid., p.47.

² Ibid., p.64.

³ *Portrait de la santé dans toutes les politiques au Canada : le [modèle collaboratif du Québec](#) pour la gouvernance de la prévention en santé*, Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques de santé Institut national de santé publique du Québec, p.12.

Plusieurs mécanismes concourent à l'amélioration continue des politiques de prévention, au premier rang desquels figure la reddition de comptes. Chaque ministère porteur ou coresponsable d'une action est tenu de rendre compte de l'atteinte des objectifs fixés et de veiller à la bonne exécution des mesures, dans le respect d'une utilisation optimale des fonds publics alloués¹.

¹ [Plan d'action interministériel 2022-2025, p.64](#)