

Rapport

**La politique de la santé et du
bien-être : regard sur quelques
expériences étrangères**

Conseil de la santé et du bien-être

Février 2002

Le présent avis a été adopté par les membres du Conseil de la santé et du bien-être à la séance des 7 et 8 février 2002.

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats. Ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.

Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes engagées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population.

Édition produite par :
Le Conseil de la santé et du bien-être

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par :

- téléphone : (418) 643-3040
- télécopieur : (418) 644-0654
- courriel : csbe@msss.gouv.qc.ca
- poste : Conseil de la santé et du bien-être
880, chemin Ste-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2

Le présent document est disponible à la section *Publications* du site Web du Conseil de la santé et du bien-être dont l'adresse est :

www.msss.gouv.qc.ca/csbe

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN : 2-550-39092-X

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1. LES CAS ÉTUDIÉS	5
LES PROVINCES CANADIENNES.....	5
<i>Alberta</i>	5
<i>Colombie-Britannique</i>	7
<i>Manitoba</i>	10
AVANT.....	11
MAINTENANT.....	11
<i>Nouvelle-Écosse</i>	12
<i>Ontario</i>	13
<i>Saskatchewan</i>	15
1.1 LES AUTRES PAYS.....	17
<i>Angleterre</i>	17
<i>Australie</i>	18
<i>Catalogne (Espagne)</i>	20
<i>Danemark</i>	21
<i>États-Unis</i>	22
<i>Finlande</i>	25
<i>France</i>	28
<i>Norvège</i>	30
<i>Nouvelle-Zélande</i>	32
<i>Pays-Bas</i>	34
<i>Suède</i>	36
<i>Comté Östergötland</i>	37
2. QUELQUES CONSTATS	41
3. POSITION DE L'OMS	45
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51
MEMBRES DU CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE	55

INTRODUCTION

Plusieurs pays, s'inspirant de *Santé pour tous* développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), adoptent, à compter du milieu des années 80, des stratégies, des orientations et des politiques visant l'amélioration de la santé des individus et des populations, ainsi que la réduction des écarts de santé entre ces dernières.

Afin de nous aider dans notre démarche de révision de La politique de la santé et du bien-être, l'étude de quelques expériences étrangères nous semble très instructive. Elle nous apprend comment certains pays ont procédé à la révision de leur stratégie ou de leur politique en matière d'amélioration de la santé. Elle nous permet également de prendre connaissance des tendances observables dans l'élaboration des nouvelles politiques de santé.

Cette étude n'est pas exhaustive. Nous avons retenu quelques cas bien documentés qui nous permettent de brosser un portrait relativement fidèle des politiques et orientations adoptées. L'étude présente essentiellement les cas de provinces canadiennes telles que l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan, ainsi que ceux des pays suivants : l'Angleterre, l'Australie, la Catalogne (Espagne), le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la France, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Suède et l'un de ses comtés, Östergötland.

La première partie de ce rapport est consacrée à la description des différents cas étudiés. Après avoir traité des provinces canadiennes, nous présentons les cas des autres pays. En deuxième partie, nous formulons quelques constats tirés de l'observation des cas mentionnés précédemment. Finalement, dans une troisième et dernière partie, nous nous intéressons à l'analyse faite par l'OMS des politiques et des programmes adoptés en matière de santé et de bien-être.

1. LES CAS ÉTUDIÉS

Les provinces canadiennes

Alberta

En décembre 2000, le ministère de la Santé et du Bien-être expose ses orientations stratégiques dans le document *Health authority business plan and annual report requirements : 2001/2002 to 2003/2004*. Ces orientations se fondent, d'une part, sur les principes contenus de la Loi canadienne de la santé (accessibilité, intégralité, transférabilité, universalité, gestion publique) et, d'autre part, sur certains principes propres aux autorités albertaines. Ces principes sont les suivants : excellence du système de santé, accès équitable, services de qualité qui donnent des résultats tangibles, responsabilité partagée entre les prestataires de services et les usagers, imputabilité à tous les niveaux et pérennité.

Comme il est indiqué en introduction (Alberta Health and Wellness, 2000 : 1)

« The business plan is an accountability document. It provides a statement of health authority responsibilities (core business) and results to be achieved (goals). It indicates how responsibilities will be carried out to achieve results (strategies), and how progress will be measured (performance measures and targets). »

Quatre objectifs généraux sont précisés dans les orientations : soutenir et améliorer la prestation des services de santé pour qu'ils soient de qualité, accessibles et performants; améliorer la santé et le bien-être des Albertains par des stratégies de protection, de promotion et de prévention; soutenir et promouvoir le système de santé; optimiser l'efficacité de la *Health Authority*. On associe des objectifs spécifiques à chacun de ces objectifs généraux.

1. Soutenir et améliorer la prestation des services de santé pour qu'ils soient de qualité, accessibles et performants :
 - faciliter l'accessibilité aux services;
 - améliorer la qualité des services reçus (atteindre 90 % de satisfaction pour 2003) et les effets des soins sur la santé (85 % pour 2003);

- gérer la liste d'attente pour les personnes ayant besoin d'imagerie par résonance magnétique (IRM), de remplacement de la hanche (4 mois), de radiothérapie (4 semaines), de chirurgie cardiaque (de 1 à 6 semaines selon les cas) et les soins prolongés;
 - *alternative level of care days as a percent of total patient-days in acute care*;
 - hausser la part des dépenses engagées dans les services à domicile et dans la communauté;
 - augmenter le nombre de services de soins primaires disponibles à domicile.
2. Améliorer la santé et le bien-être des Albertains par des stratégies de protection, de promotion et de prévention :
- diminuer le nombre de naissance de bébés de faible poids (moins de 5,5 %);
 - réduire les taux d'accidents (45 sur 100 000) et de suicides (13 sur 100 000);
 - imposer une mammographie tous les deux ans à 75 % des femmes âgées entre 50-69 ans pour dépister le cancer du sein;
 - vacciner les enfants (98 % des enfants);
 - faire en sorte que les différentes régions albertaines obtiennent des résultats de santé comparables;
 - assurer le suivi du nombre de cas de maladies infectieuses (tuberculose, E. coli, etc.);
 - améliorer l'état de santé de groupes particuliers ciblés au palier régional.
3. Soutenir et promouvoir le système de santé :
- favoriser l'accès à des services de qualité à 75 % des Albertains d'ici 2003;
 - inciter les régions à présenter annuellement un portrait de l'état de santé de leur population et utiliser ce dernier pour ajuster les services;
 - demander aux régions d'instaurer une mesure de la performance pour chacun des objectifs spécifiques.

4. Optimiser l'efficacité de la *Health Authority* :

- obliger les autorités régionales à présenter un budget équilibré;
- soumettre le *Current Long Term Capital Plan*;
- imposer aux régions l'évaluation des impacts, des coûts et de la satisfaction des clients relativement aux programmes et services (au moins un programme ou service par année);
- obliger les autorités régionales à répondre à toutes les plaintes dans un délai n'excédant pas trois jours.

Colombie-Britannique

En 1998, le ministre de la Santé présente la stratégie *Health Goals for British Columbia*, stratégie résultant d'un processus amorcé en 1994. Cette même année, suivant les recommandations de la *B.C. Royal Commission on Health Care and Cost*, le cabinet demande au ministre de la Santé d'entreprendre un processus de consultation afin de développer des objectifs de santé qui reflètent les besoins sociaux, économiques et environnementaux. Un groupe de 50 personnes, issues de différents secteurs, est alors formé. Il cible quelques objectifs et propose un premier projet d'objectifs de santé à la suite duquel, en novembre 1995, il rend public le document suivant : *Health Goal for British Columbia : Identifying Priorities for Healthy Population*. La publication de ce document a pour but de stimuler les discussions publiques sur l'élaboration d'objectifs de santé. Chaque ministère provincial est alors interpellé. En 1996, avec l'aide des conseils régionaux de la santé, des consultations publiques sont organisées. La population est invitée à participer à la détermination des objectifs de santé.

Certains principes sont à la base des objectifs retenus : action multisectorielle, participation publique, accès équitable aux services de santé et respect de la diversité. Des indicateurs sont associés à chacun des objectifs. Les objectifs et les principales catégories d'indicateurs retenus sont les suivants :

1. De bonnes conditions de vie et de travail pour l'ensemble de la communauté :

indicateurs : bien-être, état de santé (poids, pression, etc.), taux de mortalité, marché du travail, revenu, participation et intégration sociale, habitation et profil de la population..

2. La possibilité pour tous les individus de développer et de maintenir les habiletés et les capacités qui permettent de faire des choix favorables à la santé :

indicateurs : développement de l'enfant, la scolarisation, choix faits pour vivre en santé (tabagisme, bonne alimentation, etc.), autonomie des personnes âgées.

3. Un environnement physique sain :

indicateurs : air, eau, nourriture, sol.

4. Un système de services de santé efficace et efficient qui assure un accès équitable aux services appropriés :

indicateurs : accessibilité, choix de la bonne intervention, amélioration de la santé.

5. Amélioration de la santé des autochtones :

indicateurs : état de santé, déterminants de la santé.

6. Réduction et prévention des blessures, des handicaps et des décès prématurés :

indicateurs : maladies non transmissibles (cardiaques, cancer, respiratoires, etc.), maladies transmissibles (tuberculose, MTS, VIH, etc.) et accidents.

Les objectifs de santé de type qualitatif doivent servir de cadre aux décisions politiques et aux investissements en matière de santé, et ce, pour les différents secteurs, comme il est indiqué dans le document « *The most significant way you can use these health goals, objectives and indicators is to integrate them into your policy and program planning, resource allocation and monitoring systems* » (1998, p. 9).

En 2000, le ministre de la Santé rend public un rapport sur l'état de santé de la population. Ce rapport montre que des progrès ont été réalisés pour chacun des six objectifs établis. Compte tenu des résultats observés, on fixe des actions prioritaires afin d'ajuster les objectifs à la nouvelle réalité. Survolons ce qui est présenté pour chacun des objectifs.

Concernant les conditions de vie et de travail, on constate que le lien entre les conditions socioéconomiques et la santé est de plus en plus reconnu. Cependant, cette reconnaissance ne se traduit pas nécessairement en actions. Il faut plus de temps, plus de ressources, plus de recherche pour réduire les écarts. Les actions prioritaires proposées sont la protection et l'amélioration des programmes sociaux et des politiques de taxation de manière à réduire les iniquités.

Pour ce qui est du deuxième objectif, il est noté qu'il y a place à amélioration dans certains domaines : le nombre de naissances de bébés de petit poids; les inégalités dans la réussite scolaire; le taux élevé d'inactivité physique; les abus d'alcool et de drogues; et la fréquence élevée de problèmes de santé mentale et émotionnelle. Pour remédier à ces situations critiques, il est proposé : d'améliorer et de rendre plus accessibles les services à tous les enfants; d'assister les communautés afin qu'elles répondent mieux aux besoins des enfants et des familles; de mettre en place des programmes de soutien aux élèves défavorisés; et d'instaurer des programmes pour contrer le tabagisme, l'alcoolisme et l'usage de drogues et d'autres qui valorisent l'activité physique.

Il y a fort à faire pour comprendre et mesurer les effets de l'environnement physique sur la santé. En lien avec ce troisième objectif, les nouvelles priorités d'action sont : concevoir des plans communautaires en vue d'améliorer la qualité de l'air et de l'eau, ainsi que des outils pour mesurer le risque; réduire les émissions des véhicules à moteur en favorisant, entre autres, le covoiturage et le transport en commun; maintenir les programmes d'inspection de la nourriture et de l'eau; développer de meilleures façons de communiquer l'information en lien avec l'environnement.

À propos des services de santé, on constate que les urgences des hôpitaux ne sont pas toujours bien utilisées, que la liaison entre l'hôpital et les services de suivi dans la communauté n'est pas facile à établir et qu'il y a de plus en plus de malades chroniques. Dans la perspective de remédier à cela, il est proposé d'augmenter les services de première ligne. Bien que les *Primary care demonstration projects*, mis en place en 1999, n'ont pas encore été évalués, il est recommandé de réorganiser les services de première ligne selon les visées des projets-pilotes (optimisation de l'accessibilité, coordination des soins, interdisciplinarité, travail en équipe, etc.). De plus, il faut rendre publique l'information sur les maladies courantes et accroître la qualité de l'information sur les services que les citoyens reçoivent.

Concernant la santé des autochtones, le constat indique une baisse importante du taux de mortalité infantile. Toutefois, des efforts doivent être faits sur les plans de la pauvreté, du chômage et de la réussite scolaire, particulièrement pour les habitants des réserves. Il est proposé de promouvoir des projets qui favorisent la réduction de la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie. Il faut trouver des façons de soutenir les étudiants autochtones dans leurs apprentissages. Enfin, un autre point important est d'encourager la participation des autochtones à la prise de décision concernant les services qui leurs sont offerts.

Enfin, en ce qui a trait à la prévention des maladies et des blessures, il reste beaucoup de travail à faire, entre autres l'allocation de ressources afin de développer « *a burden of illness approach that considers the impact of illness and disability on people's daily lives* » (2000 : viii). On doit également encourager l'action intersectorielle visant le tabagisme, l'inactivité physique, le stress et d'autres facteurs de risque.

Manitoba

En 1992, Santé Manitoba publie un document de stratégie à l'effet d'assurer l'avenir du système de santé de la province malgré la hausse des coûts et de la demande de services de santé, et les compressions budgétaires. Le Plan d'action manitobain : pour un meilleur système de santé expose une vision d'un système de santé intégré et coordonné qui vise à apporter aux Manitobains « des services de santé d'un nouveau genre de même que des éléments d'information plus complets et d'une meilleure qualité sur lesdits services afin que les individus puissent participer pleinement aux décisions touchant leur santé et les services de santé qu'ils recevront » (Santé Manitoba, 1992 : 1). Les objectifs ciblés dans ce plan sont :

- améliorer l'état de santé général de la population manitobaine;
- réduire les inégalités au chapitre de la santé;
- se donner une politique favorable à un bon état de santé;
- encourager les comportements propices à une bonne santé;
- favoriser un milieu de vie propice à une bonne santé;
- fournir des services de santé adéquats et efficaces;
- trouver des méthodes permettant d'évaluer et de contrôler la qualité des soins, leur mode d'utilisation et leur rentabilité;
- faire en sorte que le système de santé soit plus souple et mieux adapté aux besoins;
- veiller à ce que la population ait à l'égard du système de santé des exigences raisonnables;
- promouvoir la création de services de santé novateurs et moins coûteux.

En février 1997, Santé Manitoba publie le Cadre de planification visant à promouvoir, à préserver et à protéger la santé des Manitobains. Santé Manitoba s'inspire des travaux de l'OMS pour rédiger ce document. Il reprend ainsi la définition de la santé présentée par cette dernière, et en arrive à des changements importants. (Santé Manitoba, 1997 : 5) » :

Avant	Maintenant
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Accent sur les services de santé ◆ Iniquité dans le secteur de la santé ◆ Responsabilité de Santé Manitoba ◆ Système de traitement des maladies ◆ Dépendance envers le gouvernement ◆ Mesures à court terme ◆ Propositions des pourvoyeurs de service 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Accent sur les déterminants de la santé ◆ Équité dans le secteur de la santé ◆ Approche intersectorielle ◆ Système de santé ◆ Partenariat avec la collectivité ◆ Accent mis sur la promotion de la santé et la prévention ◆ Accent mis sur les résultats et la recherche

Après avoir proposé une définition des principaux concepts contenus dans le cadre (ex. : la santé de la population, les déterminants de la santé, une politique de santé publique), Santé Manitoba avance l'idée d'un processus permettant aux régions de mettre en œuvre le cadre de planification. Ce processus compte quatre étapes. Dans un premier temps, il faut que les régions identifient les besoins de leur population ainsi que les possibilités d'améliorer leur état de santé. Elles seront soutenues dans cette tâche par les autorités provinciales, qui mettront à leur disposition une base de données uniformisée contenant l'information sur les besoins de la population manitobaine. « La région établira avec la province des besoins prioritaires, en tenant compte à la fois des priorités provinciales en matière de santé et de ses propres besoins. L'établissement de priorités veut dire que les ressources limitées pourront être consacrées là où elles seront les plus utiles. » (Santé Manitoba, 1997 : 15).

Partant de là, les régions définissent des objectifs de santé mesurables. Pour ce faire, les autorités régionales déterminent des indicateurs, établissent les faits, examinent les exemples disponibles (ce qui se passe ailleurs en cette matière) et estiment un résultat.

Par la suite, il revient aux paliers provincial et régional d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des programmes et des services. Le palier provincial fixe les grandes orientations et les normes se rapportant à la gestion et à la prestation de programmes et des services. Quant à lui, le palier régional adopte, en lien avec ces orientations et ces normes, des stratégies et des mesures contribuant à atteindre les objectifs fixés.

Finalement, on doit contrôler et évaluer les effets des mesures adoptées sur la santé pour :

1. Mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs de santé;
2. Chercher une constante amélioration;
3. Favoriser les prises de décision reposant sur les faits;
4. Obtenir des réactions concernant la détermination et l'évaluation des besoins.

Nouvelle-Écosse

Le gouvernement néo-écossais produit annuellement, depuis le milieu des années 1990¹, un agenda gouvernemental intitulé : *Government by design*. En lien avec le budget provincial, ce document expose les orientations prioritaires regroupées généralement autour de quatre axes : la responsabilité sociale, la croissance économique, l'imputabilité gouvernementale et la stabilité fiscale. Relativement à ces orientations, les ministères sont appelés à produire un plan d'action de manière à démontrer leur contribution à l'atteinte des objectifs provinciaux.

Pour l'année 2001-2002, le ministère de la Santé se fixe les priorités suivantes :

1. Concevoir un plan d'action ayant trait aux soins prolongés et aux soins à domicile particuliers aux personnes âgées.
2. Implanter une stratégie concernant le recrutement, la rétention et le renouvellement des ressources humaines et améliorer la répartition des professionnels de la santé sur le territoire provincial.
3. Mettre en place des *Community Health Boards* et des *District Health Authorities* en lien avec des *Provincial Health Care Centres* afin de permettre aux Néo-Écossais de façonner leur système de santé local selon leurs besoins.
4. Créer le sentiment que les services primaires ont un effet positif à long terme sur la santé des Néo-Écossais.
5. Élaborer un plan d'action concernant la gestion de l'information, des équipements et des bâtiments.

1. En consultant le site Internet du gouvernement de la Nouvelle-Écosse, je constate l'existence d'un tel document depuis 1995.

6. Implanter une stratégie provinciale qui promeut l'approche préventive dans l'objectif de contenir la demande de services.
7. Instaurer un plan pour le traitement des maladies mentales des adultes, des jeunes et des enfants.
8. Continuer de promouvoir le *disease management*.

Ontario

En mars 2000, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rend public le *Plan d'action de l'Ontario en matière de santé*. Ce plan résulte du constat fait au milieu des années 90 selon lequel le système de santé ontarien, en plus de ne pas répondre aux besoins d'une population croissante et vieillissante, ne suit pas le rythme des progrès de la technologie et de la pharmacologie. Après avoir consulté les médecins, les infirmières, les administrateurs d'hôpitaux et les citoyens de toutes les régions de la province, le Ministère s'est « efforcé de mettre à profit les principales forces du système de santé de l'Ontario et d'anticiper les besoins du 21^e siècle » (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2000 : 1).

Le Ministère fixe dans le plan d'action des domaines d'intervention prioritaires. Il utilise le plan pour transférer les ressources de l'ancienne infrastructure de financement vers les domaines jugés prioritaires. Les domaines d'intervention et les principales stratégies sont :

1. La santé du cœur :
 - cours de nutrition en partenariat avec la Société canadienne du cancer, la Fondation de l'Ontario des maladies du cœur et les conseils régionaux de la santé;
 - stratégie antitabac de l'Ontario.
2. La prévention et le traitement du diabète :
 - élaboration d'une stratégie provinciale de lutte contre le diabète axée sur la prévention des complications et sur des programmes communautaires d'éducation pour les diabétiques.
3. La santé des femmes :
 - création d'un conseil ontarien des services de santé pour les femmes dont le mandat est de promouvoir le changement et de sensibiliser notre système de santé aux besoins uniques des femmes;

- investissement dans le Programme de dépistage du cancer du sein, les services de cancérologie, les centres de traitement des victimes de violence conjugale, les services de sages-femmes.
4. Le diagnostic précoce :
- programme bébés en santé, enfants en santé – notre avenir : dépistage, suivi, visite à domicile, référence aux ressources disponibles dans la communauté;
 - programme ontarien de dépistage du cancer du sein;
 - davantage d'imagerie par résonance magnétique (passe de 12 à 37 appareils) : permet de détecter les maladies du cerveau, de la colonne vertébrale, diverses formes de cancer, plusieurs maladies cardio-vasculaires et les troubles musculo-squelettiques.
5. Les soins communautaires et les soins à domicile :
- investir 1.5 milliard de dollars dans les soins communautaires et les soins à domicile;
 - 43 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) coordonnent pour l'ensemble de la province les services de santé à domicile (soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, soins personnels et aide pour les tâches ménagères) après hospitalisation, pour les personnes âgées ou handicapées.
 - L'accessibilité aux soins de santé dans les régions rurales du nord :
 - encouragement financier pour le recrutement et la formation de spécialistes qui travailleront dans les petites communautés et dans le nord;
 - prestation de services tels que la dialyse rénale, les appareils de résonance magnétique;
 - implantation de cliniques itinérantes;
 - installation de défibrillateurs et d'autres appareils dans les ambulances.
6. Les hôpitaux (élément essentiel du système de santé) :
- investir dans les hôpitaux;
 - améliorer les services d'urgence;

- diminuer les listes d'attente (particulièrement pour les thérapies anticancéreuses);
 - investir dans les traitements salutaires;
 - fournir un plus grand nombre de prothèses de la hanche et du genou.
7. Infirmières (des ressources précieuses) :
- embaucher 10 000 infirmières par année;
8. L'accès aux médecins de famille tous les jours 24 heures sur 24 :
- assurer cet accès par les réseaux de soins primaires;
9. Une meilleure qualité de vie à une population vieillissante :
- faciliter l'accès aux soins communautaires;
 - construire des centres de soins de longue durée ;
 - le Programme de médicaments de l'Ontario prend en charge la majorité des coûts des médicaments prescrits;
 - offrir des services de répit aux soignants.
10. Mise en place, pour une durée de cinq ans, d'une stratégie ontarienne portant sur la maladie d'Alzheimer.

Pour les autorités ontariennes, les nouveaux programmes, services et établissements de santé présentés dans le plan d'action contribueront à garder les gens en bonne santé, dépister les maladies plus rapidement, à traiter les gens plus près de leur domicile, à conserver les meilleurs éléments du système et à améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Saskatchewan

En avril 2001, la commission chargée d'étudier le système de santé de la Saskatchewan a présenté ses recommandations au premier ministre de la province, dont certaines touchent l'amélioration de l'état de santé des personnes. Comme il est indiqué dans le résumé du rapport (2001 : 2) :

« A public, universally accessible health system is designed not only to treat illness when it occurs, but also to produce better health for individuals, and population groups. A fair and sustainable health system is one in which there is a balance between spending on “downstream” activities : diagnosis and treatment, as well as investments in “upstream” activities : disease prevention, health promotion and protection. »

Partant de ce constat, la commission recommande le développement ou la poursuite des éléments suivants :

- la santé publique, la promotion de la santé et des stratégies de prévention de la maladie et des accidents;
- des rapports réguliers sur des objectifs de santé mesurables;
- des stratégies qui touchent le plus grand nombre de déterminants de la santé;
- une *Northern Health Strategy* pour assurer des services dans le nord de la province.

Pour donner suite à ces recommandations, certains éléments clés sont identifiés :

- les nouvelles équipes de services de santé primaires, en étroite relation avec les réseaux de services de santé primaires, peuvent répondre aux besoins de la population qu'elles desservent;
- poursuivre les efforts en matière de collaboration multisectorielle aux paliers provincial, régional et local;
- les districts de santé et le secteur de la santé doivent être les champions et les « supporteurs » de l'approche par population;
- traiter dans un même lieu toutes les demandes concernant les besoins des populations du nord;
- faire plus d'efforts en prévention et en promotion;
- s'engager à définir des objectifs mesurables qui peuvent être utilisés pour toute la province.

Par ailleurs, la commission s'interroge sur l'évaluation de la performance du système de services. À cet effet, elle fait ressortir certains éléments permettant l'évaluation de la performance : l'analyse de l'utilisation des services et pratiques, la variation de l'état de santé, les variations dans la pratique, les listes d'attente, les *procedure-specific outcomes*, le coût des programmes et services, la relation entre l'état de santé et l'utilisation des services, la comparaison entre les effets des soins de santé et des déterminants de la santé

sur l'état de santé, les tendances dans les écarts de santé, les maladies imputables aux services, le classement des établissements selon les services, le classement des districts selon les maladies (présence, traitements, gestion), la satisfaction des usagers et la satisfaction du personnel. Dans une volonté de maintenir un système de service de qualité, la commission recommande d'augmenter le nombre d'indicateurs de performance, d'établir un conseil de la qualité, de produire des rapports annuels et de financer le développement de la qualité et de la reddition de comptes.

1.1 Les autres pays

Angleterre

En 1992, le gouvernement anglais présente sa stratégie en matière de santé dans le livre blanc intitulé *The Health of the Nation : A Strategy for Health in England*. Il y indique cinq secteurs clés pour lesquels il développe des objectifs quantifiés : les maladies coronariennes et infarctus, le cancer (poumon, cerveau, sein, peau), les maladies mentales, les accidents, le VIH/SIDA et les MTS. Plus tard s'ajoute un sixième secteur : la santé environnementale.

Deux acteurs sont chargés d'évaluer les progrès réalisés dans ces six secteurs : le ministère de la Santé et le *National Audit Office*. Ces deux acteurs constatent que pour certains objectifs des progrès sont réalisés, alors que pour d'autres il est difficile de tirer des conclusions car il manque des données.

Au fil du temps, la politique anglaise de santé fait l'objet de plusieurs critiques :

1. Les objectifs choisis témoignent du fait que l'on accorde une attention excessive à la maladie.
2. Elle met l'accent d'une façon exagérée sur le mode de vie individuel au détriment des autres déterminants.
3. Le *National Health Services* prend trop de place et en laisse peu pour les autres partenaires.
4. Elle ne reconnaît pas le statut socioéconomique et la pauvreté comme des déterminants majeurs de la santé.

L'arrivée du Parti travailliste au pouvoir entraîne des changements dans la politique de santé. Réagissant aux critiques sur la politique de santé mais aussi dans le but de se démarquer de ses prédécesseurs, le gouvernement travailliste présente le livre vert *Our Healthier Nation* en 1998. Après une vaste consultation, ce document devient la nouvelle politique de santé.

L'objectif de cette nouvelle politique est double : elle vise à la fois l'amélioration de l'état de santé des Anglais et la réduction des écarts de santé entre ces derniers. On accorde la priorité à quatre problèmes de santé, et ce jusqu'en 2010 : le cancer, les maladies coronariennes et les infarctus, la santé mentale et les accidents. Pour chacun d'eux, on fixe des objectifs quantitatifs. De plus, on précise neuf domaines d'action : le tabagisme, la santé sexuelle, les drogues, l'alcool, la santé dentaire, les maladies transmissibles, la génétique, la santé des minorités et le contrôle de la qualité des aliments. Les priorités nationales et les besoins locaux doivent guider le choix des priorités locales.

La nouvelle politique propose l'établissement d'un partenariat entre les individus, les communautés et le gouvernement. Elle implique d'une part, une approche coordonnée entre les divers ministères et, d'autre part, le travail conjoint des acteurs locaux. De plus, pour que les individus soient de véritables partenaires, il est nécessaire d'informer davantage la population. Comme le soulignent Van de Water et Van Herten, (1998 : 154) : « To achieve the aims of the strategy, the government proposes a national contract for better health in which many partners (health authorities, business, voluntary bodies, and individuals) and different settings (healthy schools, healthy workplaces, and healthy neighbourhoods) will participate. »

Certaines mesures sont prévues à l'effet d'appuyer la nouvelle politique :

- la création de la *Health Development Agency*, chargée d'améliorer la qualité des services publics de santé;
- l'amélioration de la formation des travailleurs de la santé;
- la création du *Public Health Development Fund*;
- des actions pour s'assurer d'avoir de l'information de qualité et d'en faire un usage adéquat;
- la création d'un observatoire sur la santé publique dans chaque région (en lien direct avec les universités);
- l'évaluation des progrès, de la surveillance des mécanismes et la révision de la politique.

Australie

En réponse à la stratégie de l'OMS *Santé pour tous*, le *Commonwealth Department of Human Services and Health* adopte, en 1994, *The National Health Goals and Targets Program*. Dans ce programme, on mentionne quatre priorités en santé : le contrôle du cancer (réduire l'incidence et la mortalité), la santé mentale, la prévention et le contrôle

des blessures, et l'amélioration de la santé cardio-vasculaire. À chacune de ces priorités, on associe un grand nombre d'objectifs non quantifiés et d'indicateurs. L'accent est mis sur la gestion par résultats. Pour ce faire, il importe de posséder l'information permettant de choisir les interventions stratégiques qui contribueront à améliorer l'état de santé de la population. En 1995, le *Better Health Outcomes Overseeing Committee* est chargé de réviser le programme adopté l'année précédente. Ce comité constate certains problèmes, dont l'absence d'obligation de rendre des comptes, le trop grand nombre d'indicateurs et le peu d'accent mis sur le traitement et la gestion de la maladie. De plus, « [...] there is little doubt that the *National Health Goals and Targets Program* played an important role in facilitating a shift in thinking towards health outcomes. The next challenge was to develop a sound methodology for setting targets, and identifying and implementing some nationally coordinated strategies » (Australian Institute of Health and Welfare, 1997 : 4).

Ayant pris connaissance des conclusions auxquelles est arrivé le comité, les ministres de la Santé des États et territoires australiens et de l'État fédéral se rencontrent en juillet 1996. Ils s'entendent sur les éléments suivants :

- les secteurs considérés comme étant prioritaires peuvent être reconduits aux deux ans;
- un nombre limité d'indicateurs pour chaque priorité : de 15 à 20 au maximum;
- chaque État et chaque territoire développe ses propres objectifs en lien avec les priorités nationales;
- chaque État et chaque territoire développe des indicateurs cohérents avec les indicateurs nationaux.

Les ministres décident également d'ajouter une priorité : le diabète. Ainsi, le nouveau *National Health Priority Areas* compte cinq priorités. De plus, les ministres jugent pertinent de développer des mécanismes permettant d'ajuster les priorités nationales selon les besoins de la population. Finalement, ils demandent qu'un rapport évaluant les progrès réalisés pour chacune des priorités leur soit transmis au plus tard en 1996.

L'*Australian Institute of Health and Welfare* publie en 1997, le *First Report on National Health Priority Areas 1996*. Ce rapport rend compte, pour chacune des priorités, de l'état de la situation, des faits saillants, des résultats obtenus pour chacun des indicateurs, ainsi que des stratégies, initiatives et interventions mises en place, regroupées en quatre catégories : la prévention, la gestion, le maintien et la recherche-information.

Depuis ce temps, l'*Australian Institute of Health and Welfare* a produit, en 1999, des rapports détaillés portant sur la santé cardio-vasculaire, le diabète et la santé mentale. Ces rapports permettent de cibler les actions à réaliser afin d'améliorer l'état de santé de la population.

Catalogne (Espagne)

Peu de temps après que l'OMS eut adopté sa politique *Santé pour tous*, le gouvernement espagnol adopte le *General Health Act* (1985). Cette loi modifie considérablement le partage des responsabilités en matière de santé. Ainsi, le gouvernement central décentralise la responsabilité des services de santé vers les régions. Voyons comment une de ces régions, la Catalogne, s'est appropriée la politique de l'OMS.

En vue d'organiser les services de santé sur son territoire, le Parlement catalan vote une loi. Le nouveau système de santé compte trois composantes : les prestataires de services (publics et privés), le service de santé catalan, qui agit comme agent public de financement, et le ministère de la Santé, qui a pour mandat de planifier le système.

Au début des années 90, le gouvernement catalan adopte le *Health plan for Catalonia 1993-1995*. Cette politique vise à augmenter l'espérance de vie en bonne santé et *the positive health* de la population catalane (Tresserras, Castell et Salleras, 2000 : 130).

Elle est le fruit d'une étroite collaboration entre les autorités centrales de la Catalogne et les équipes territoriales (palier régional). Dans un premier temps, un comité interministériel analyse la situation de la santé en Catalogne en 1989-1990. Pour ce faire, il reçoit l'aide des équipes territoriales, qui colligent et analysent l'information portant sur les problèmes de santé et d'organisation de services vécus dans les différentes régions. En 1991, le comité interministériel rend publique son analyse, le *Framework document for the elaboration of the health plan for Catalonia*. Ce document, principalement basé sur des données épidémiologiques, soulève les principaux problèmes de santé et cible les interventions prioritaires.

Partant de ce portrait de la situation, les équipes territoriales sont amenées, dans un deuxième temps, comme le soulignent Tresserras, Castell et Salleras (2000 : 137) : « [...] drew up the operational targets and the interventions for the preliminary health plan projects for each health district or area. The district manager managed the whole development process, and much of the work was carried out in cooperation with professionals of the health care system ». Des *health committees* viennent les appuyer dans leur démarche. Ces derniers sont composés de représentants des conseils municipaux, du monde des affaires, des organisations professionnelles et des associations des usagers. Ils donnent leur avis sur les plans d'action conçus par les autorités régionales. Au terme de cet exercice, le Conseil exécutif des services de santé catalans puis le gouvernement de la Catalogne adoptent une première politique de santé.

Les priorités retenues dans la politique s'inspirent de la stratégie *Santé pour tous* de l'OMS. Les critères utilisés pour sélectionner les priorités d'intervention sont : l'étendue et la gravité du problème, la sensibilité de la population et la faisabilité de l'intervention. À partir de ces critères, on retient dix-neuf problèmes de santé et de bien-être : les maladies du système circulatoire, le cancer, les maladies du système respiratoire, les maladies du système digestif, les accidents, l'alcoolisme, les MTS, le SIDA, la santé

mentale, le diabète, la tuberculose, un environnement inadéquat, etc. Étant donné l'importance de ces problèmes, un certain nombre d'interventions sont fixées; en faire la liste serait trop long. Notons cependant que l'accent est mis sur la prévention et le contrôle des maladies ainsi que sur la promotion de la santé.

En 1997, un autre *Health plan* est adopté pour les années 1996-1998.

Danemark

En 1984, le Danemark adhère de façon non officielle aux 38 objectifs de santé contenus dans la politique *Santé pour tous* de l'OMS-Europe. Dans une perspective d'améliorer l'espérance de vie et de réduire le nombre de décès prématurés ainsi que pour réduire la maladie et l'incapacité chez les Danois, on instaure des programmes en matière de tabagisme, de nutrition et d'alcoolisme.

En 1989, le gouvernement danois publie *The health promotion programme of the Government of Denmark*. Ce programme identifie cinq priorités en santé : les accidents, le cancer, les maladies cardio-vasculaires, la santé mentale et les maladies musculo-squelettiques. Le programme national de promotion de la santé est préparé en collaboration avec les comtés danois qui sont responsables des soins primaires et des services hospitaliers.

En 1993, le gouvernement danois demande à chaque comté de développer un plan d'action en lien avec le programme national. Chaque comté doit préciser ses objectifs spécifiques de santé ainsi que les moyens de les atteindre. Le gouvernement danois s'inspire des plans d'action de chacun des comtés en vue d'élaborer son nouveau programme de santé publique.

En mai 1999, le gouvernement rend public son plan national d'action en promotion de la santé, le *Danish Government programme on public health and health promotion 1999-2008*. La réalisation de ce programme, qui s'étend sur dix ans, implique la participation et la coopération de dix ministères et met l'accent sur les déterminants de la santé. Le plan d'action national compte dix-sept objectifs, soit deux objectifs généraux, douze objectifs de santé et trois objectifs structureaux. Les objectifs généraux poursuivis par le plan national sont : l'augmentation de l'espérance de vie et de la qualité de vie des Danois et l'amélioration de l'équité en matière de santé. Les douze objectifs de santé retenus sont regroupés en trois catégories :

1. Les facteurs de risque :

- le tabagisme;
- l'alcoolisme;

- la nutrition;
- l'obésité;
- les accidents routiers.

2. Les groupes d'âge :

- les enfants;
- les jeunes;
- les personnes âgées.

3. *Health-promoting environments* :

- les écoles primaires;
- le milieu de travail;
- les communautés locales;
- les services de santé.

Ces objectifs ne sont pas définis de façon quantitative. Ils indiquent une direction à suivre, comme réduire de façon significative le nombre d'accidents de la route. Pour ces différents objectifs, les efforts doivent surtout porter sur la prévention.

Finalement, les objectifs structureaux sont les suivants :

1. Mieux définir l'organisation de la coopération entre les paliers central, régional et local.
2. Mettre l'accent sur les besoins de la recherche en promotion de la santé.
3. Introduire de plus en plus dans la formation du personnel (administrateurs et praticiens) des éléments de prévention et de promotion de la santé.

États-Unis

En 1990, le ministère de la Santé américain présente sa politique *Healthy people 2000 : national health promotion and disease prevention objectives*. Cette politique est l'aboutissement d'un processus amorcé en 1979 lors de la parution du document *Healthy people : the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*, qui a conduit l'année suivante à l'adoption d'objectifs de prévention des maladies et de

promotion de la santé pour la nation américaine (*Promotion health/preventing disease : objectives for the nation*, 1980). S'inspirant du monde des affaires, le *U.S. Public Health Service* (PHS) propose d'adopter un modèle de planification basé sur la gestion par résultats. Des objectifs portant sur l'amélioration de l'état de santé, la réduction des risques, la sensibilisation du public et des professionnels à la prévention, les mesures de protection, les services de santé ainsi que sur l'évaluation et la surveillance sont fixés en terme de résultats à atteindre pour 1990. Les objectifs, au nombre de 226, sont pour la plupart définis en termes quantitatifs et sont classés dans 15 champs d'action prioritaires, eux-mêmes subdivisés en sous-catégories : les services de prévention, la protection de la santé et la promotion de la santé.

En 1985, une évaluation des résultats obtenus pour les différents objectifs, établis cinq ans plus tôt, amène le comité de direction du PHS à amorcer la révision des objectifs avec pour cible l'an 2000. Plusieurs personnes participent à l'élaboration des nouveaux objectifs de santé, comme l'indique le PHS :

« To broaden participation in the year 2000 objectives development effort, the Assistant Secretary for Health invited 157 national membership organizations and all the State and Territorial health departments to join PHS in a national consortium. In addition, PHS establish a partnership with the Institute of medicine, National Academy of Sciences to convene a series of regional hearings across the country. » (PHS, 1995 : 272)

Au terme de l'exercice de consultation, le comité de direction du PHS définit 22 champs d'action prioritaires. Huit critères guident le comité dans ses travaux : la crédibilité (objectifs réalistes), la compréhension du public, l'équilibre (entre les résultats et les *process measures*), le degré de mesurabilité, la continuité, la compatibilité avec les autres objectifs, la possibilité d'obtenir des données et l'imputabilité. Ces champs sont : l'activité physique et la bonne forme physique; la nutrition; le tabagisme; l'usage abusif de l'alcool et des drogues; la planification familiale; la santé et les maladies mentales; les comportements violents et abusifs; les programmes d'éducation communautaire; les accidents; la santé et la sécurité du travail; la santé environnementale; l'inspection des aliments et des médicaments; la santé buccale; la santé maternelle et infantile; les maladies cardiaques et les infarctus; le cancer; le diabète; le VIH; les MTS; la vaccination et les maladies infectieuses; les services de prévention clinique; les systèmes de surveillance et de collecte de données.

L'évolution de l'état de santé de la population américaine amène le PHS à introduire des nouveaux domaines d'intervention, comme le VIH et le cancer. De plus, les objectifs fixés pour 2000 sont caractérisés par l'importance grandissante accordée :

1. À la prévention de l'incapacité et de la morbidité.
2. À l'état de santé de populations à haut risque de mortalité prématurée, de maladies, d'incapacité.

3. Aux interventions pour détecter les maladies asymptomatiques le plus tôt possible afin de prévenir les maladies chroniques et les décès prématurés.

La responsabilité des 22 champs d'action prioritaires est attribuée à une agence du PHS. La politique *Health People 2000* se veut un outil de gestion stratégique pour le gouvernement fédéral, pour les États fédérés, pour les communautés ainsi que pour plusieurs partenaires du secteur privé. Dans une *fact sheet* portant sur la politique, on apprend que 47 États américains, le District de Columbia et Guam, s'inspirant des objectifs nationaux, ont défini leurs propres objectifs de santé, selon leurs besoins. Par ailleurs, une enquête menée en 1993 révèle que 70 % des départements locaux de santé utilisent les objectifs de santé. La création, en 1987, du *Healthy People 2000 Consortium* a grandement contribué à l'appropriation de la politique.

En 1995, les agences chargées des 22 champs d'intervention prioritaires procèdent à la révision des objectifs fixés pour l'an 2000. Elles utilisent les mêmes critères que précédemment et conservent également les mêmes champs d'intervention. Toutefois, certains objectifs sont modifiés afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé et des progrès scientifiques. De plus, des objectifs concernant des groupes à risque sont ajoutés.

En 1997, s'amorce un processus en vue de développer des objectifs de santé pour 2010. Il s'agit d'un processus participatif d'élaboration de la nouvelle politique. Pendant une période de trois mois, une consultation au moyen d'Internet permet d'amasser près de 800 commentaires sur le cadre général de la politique, sur les indicateurs de la santé, sur les domaines d'intervention prioritaires ainsi que sur les objectifs. Ces commentaires sont traités par des groupes de travail qui intègrent également les résultats obtenus pour les objectifs de 2000. Par la suite, différents partenaires du domaine de la santé (membres du consortium, représentants des consommateurs, universitaires, représentants des gouvernements fédérés et locaux, acteurs du secteur privé) sont amenés à réfléchir sur les objectifs de santé 2010. Finalement, la *Healthy people 2010* est rendue publique en janvier 2000.

La nouvelle politique américaine de santé propose une *systematic approach to health improvement*. Cette approche repose sur quatre éléments clés : les buts généraux, les objectifs, les déterminants de la santé et l'état de santé. Les buts généraux sont l'augmentation du nombre d'années de vie en bonne santé et l'élimination des écarts de santé. La nouvelle politique compte 467 objectifs de santé regroupés dans 28 champs d'intervention prioritaires. Plusieurs objectifs visent la réduction ou l'élimination de la maladie, de l'incapacité et des décès prématurés chez les individus et les communautés. D'autres ont pour but de faciliter l'accès à des services de qualité et à l'information. Des nouveaux champs d'intervention s'ajoutent à ceux retenus pour l'an 2000 :

- l'accès à des services de qualité;
- l'arthrite, l'ostéoporose et les problèmes de dos;

- les maladies chroniques;
- *disability and secondary conditions*;
- les communications;
- l'infrastructure publique en santé;
- les maladies respiratoires;
- la vision et l'audition.

Certains domaines d'intervention sont retirés, comme les services de prévention clinique et les systèmes de surveillance et de collecte de données. De plus, des champs d'intervention sont fusionnés, soit la prévention des accidents et de la violence.

Finlande

La Finlande est le premier pays à adopter une politique de santé calquée sur le modèle de *Santé pour tous* de l'OMS-Europe. La politique finnoise, *Health for all by the year 2000 : the Finnish national strategy*, adoptée en 1987, se veut une politique de long terme qui concerne non seulement le secteur de la santé, mais aussi les activités des autres secteurs qui ont un impact sur la santé. Cette politique est adoptée et mise en œuvre dans une période socioéconomique favorable, soit avant la récession des années 90.

La politique compte 32 objectifs que l'on peut diviser en trois sous-catégories. Premièrement, on retrouve les objectifs de prolongement des années à la vie, de réduction du nombre de décès prématurés. Deuxièmement, il y a des objectifs qui ont pour finalité d'ajouter de la santé à la vie. Il est alors question d'augmenter l'espérance de vie sans maladies ou incapacités majeures (diminution des accidents, des maladies et des incapacités). Troisièmement, sont inclus des objectifs visant à ajouter de la vie aux années. Cela nécessite des efforts de promotion et de maintien de la santé et de la capacité de fonctionner des personnes pour que celles-ci atteignent le plus haut niveau possible de bien-être physique, psychologique et social. À cet effet, les principales activités à entreprendre sont les suivantes : promouvoir de saines habitudes de vie, réduire les risques de santé évitables, développer le système de services de santé, ajouter des mesures complémentaires venant de l'extérieur du domaine de la santé, trouver des activités ayant un impact sur la santé dans les autres secteurs.

La politique finlandaise contient délibérément peu d'objectifs quantitatifs. Deux raisons motivent ce choix. D'une part, il est plus facile d'obtenir un consensus sur des objectifs qualitatifs et, d'autre part, il est difficile de supporter scientifiquement des objectifs quantitatifs dans certains domaines. On retrouve ce type d'objectifs surtout dans les

domaines où la responsabilité relève des autorités de la santé, comme la réduction du nombre d'accidents du travail, la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques, l'augmentation du personnel dans les services de santé mentale.

Au début des années 90, la crise des finances publiques et la réforme du système de subventions ont amené des changements opérationnels dans le secteur de la santé. Le principal concerne les relations État-municipalités; l'État leur confie des responsabilités plus importantes en matière de santé. En fait, les municipalités deviennent les gestionnaires de la politique de la santé. Ces changements, combinés à l'évolution de l'état de santé de la population, ont conduit à la révision de la politique de santé.

La politique de 1987 est révisée à la lumière des recommandations de deux groupes d'experts : un de la Finlande et un de l'OMS-Europe. Ces derniers soulignent que cette politique s'est limitée aux professionnels et aux experts du secteur de la santé. Les autres secteurs ne l'ont pas fait leur. De plus, ils remarquent un intrant local insuffisant de même qu'une faible coordination entre les secteurs privé et public.

En 1993, la nouvelle politique est adoptée : *Health for all by the year 2000 : revised strategy for co-operation*. Les domaines d'action à privilégier pour les prochaines années sont :

1. Réduire les écarts de santé entre les groupes de population.
2. Maintenir et améliorer la capacité de la population à se prendre en charge.
3. Promouvoir la coopération intersectorielle (publique et privée) pour appuyer les politiques de prévention en santé.
4. Améliorer les services de soins du point de vue de l'économie et de l'efficacité.
5. Accroître la formation du personnel des soins de santé.
6. Développer la gestion des soins de santé.
7. Promouvoir la participation des citoyens.

La préparation, l'implantation et le suivi de la politique révisée ont contribué à intensifier la coopération entre les différents secteurs. En 1994 et 1995, le ministère des Affaires sociales et de la Santé, une fédération de municipalités, le *National Research and Development Centre for Welfare and Health* et sept municipalités ont mis au point, au palier municipal, un projet afin de favoriser la coopération. D'autres formes de coopération se sont également développées dans le sillage de la politique révisée, notamment dans les domaines de la prévention des accidents et de la promotion de l'activité physique.

Tous les deux ans, le Conseil des ministres présente au Parlement un rapport sur la situation et le développement de la santé en Finlande. L'objectif de ce rapport est d'appuyer le développement de la politique de santé à différents niveaux. Le rapport mentionne, entre autres, pour chacun des ministères, les mesures adoptées pour contrer les effets néfastes pour la santé, à savoir les domaines où des actions ont été entreprises, les objectifs fixés et les progrès accomplis. Dans le futur, on veut faire une analyse plus en profondeur pour mesurer les effets sur la santé des mesures prises dans les autres secteurs. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé ne peut s'immiscer dans les champs de compétence des autres ministères. Néanmoins, il tente de faire avancer le savoir quant aux effets sur la santé et le bien-être des politiques publiques.

Dans le rapport de 1996, on note que pour atteindre les objectifs prévus dans la politique de 1993, il faut entreprendre des actions en matière :

- de promotion de l'équité en santé;
- de promotion de la santé des jeunes;
- d'amélioration de la capacité de la population à se prendre en charge;
- de développement du système de services;
- de coordination de la politique nationale de santé;
- de renforcement de l'action internationale.

De plus, à propos de la coordination, on note que :

« The development of comprehensive national health policy calls for stronger national inter-sector cooperation structures. The management team of the Health for All Programme prepared in 1991-1995 a health policy strategy and operative programme whereby the major operators of the various social sectors made an individual and joint commitment to the implementation of the programme. The programme follow-up has shown that the commitment by the supreme decision-makers is a good guaranty for the implementation of the agreed objectives. Target-oriented and comprehensive cooperation in health policy is still needed. »
(The Council of State, 1996)

Il est proposé qu'un comité consultatif soit chargé de coordonner la politique de la santé et de préparer les programmes. Ce comité doit être formé des principaux responsables de la politique de la santé dans les différents secteurs et paliers.

France

L'idée d'établir des priorités en matière de santé est apparue en France au moment où les autorités politiques ont voulu réduire le déficit public lié au traité de Maastricht. S'inspirant des priorités proposées par l'OMS-Europe ainsi que des politiques de santé québécoise et anglaise, le Haut comité de la santé publique et la Direction générale de la santé amorcent une démarche participative afin de doter la France d'une telle politique.

Dans un premier temps, un groupe formé d'une centaine d'experts de la santé publique propose une sélection de problèmes et de déterminants prioritaires sur la base de critères de choix explicites. Ce même groupe cible également des obstacles à une organisation efficiente du système de santé et propose des moyens permettant de les surmonter. Dans un deuxième temps, pour donner suite à ces travaux, un comité de pilotage, animé par le directeur général de la santé et composé du Haut comité de la santé publique, du directeur des hôpitaux, du directeur général de l'Inserm, du directeur de l'École nationale de santé publique et du président de la Société française de santé publique, arrête une liste de problèmes et de déterminants.

Dans un troisième temps, des groupes restreints formulent des propositions d'objectifs spécifiques et des moyens d'action permettant de les atteindre. Ces groupes, composés d'experts de chacun des domaines prioritaires, sont animés par un membre du Haut comité de la santé publique ou par une personnalité que ce dernier a choisie. Finalement, un dernier groupe de travail rassemble les indicateurs relatifs à chaque domaine.

Les mesures contenues dans la politique La santé en France visent quatre grands objectifs :

1. Réduire le nombre de décès évitables.
2. Diminuer le nombre d'incapacités évitables.
3. Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades.
4. Réduire les inégalités entre les individus en ce qui a trait à la santé.

La politique française contient à la fois des objectifs spécifiques pour des problèmes de santé prioritaires et des objectifs spécifiques pour des déterminants prioritaires. Les problèmes de santé prioritaires sont retenus sur la base de cinq critères : la gravité, la fréquence, l'impact socioéconomique, la faisabilité et la perception sociale. Les objectifs sont formulés en regard de la réduction des problèmes et ont été quantifiés chaque fois que cela était possible². Ces objectifs sont :

2. Les objectifs quantifiés sont ceux portant sur les accidents, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, la santé mentale, la périnatalité et la douleur.

1. Les accidents de la voie publique.
2. Les accidents de la vie courante.
3. Les accidents de travail.
4. Les cancers.
5. Le SIDA et les MTS.
6. Les maladies cardio-vasculaires.
7. La santé mentale (suicide et dépression).
8. Les maladies mentales chroniques.
9. Les handicaps et les dépendances.
10. La toxicomanie.
11. La périnatalité.
12. Les accidents à la suite des traitement médicamenteux et les infections nosocomiales.
13. Les mauvais traitements faits aux enfants.
14. La douleur.
15. Le mal de dos.

Chacun de ces objectifs est traité selon l'importance du problème, les facteurs qui influent sur lui, les mesures essentielles pour l'atteindre et les domaines de recherche à promouvoir.

La politique française retient quatre déterminants prioritaires : la consommation d'alcool, l'usage du tabac, la précarité, l'insertion sociale et la santé, les difficultés d'accès aux soins et à la prévention. Ces déterminants sont retenus sur la base de trois critères, à savoir les effets sur la santé, la fréquence et la faisabilité.

La politique française prévoit une démarche d'implantation en vue de l'atteinte des objectifs. Cette démarche repose sur quatre éléments. Dans un premier temps, il est nécessaire que la politique de santé publique soit structurée. Chacun des paliers a le devoir de connaître son rôle. Le gouvernement central doit présenter un programme-cadre qui reçoit l'appui de tous. Partant de ce programme, le palier régional élabore des politiques régionales qui tiennent compte des besoins spécifiques de la région. De plus, le décloisonnement et la coordination des centres de décision sont nécessaires.

Dans un deuxième temps, il faut se donner les moyens de mettre en œuvre la politique et donner une place suffisante à la promotion, à la prévention et à l'éducation pour la santé. De plus, il faut développer la pratique, la recherche et l'enseignement en santé publique.

Dans un troisième temps, il faut faciliter la conception, le suivi et l'évaluation des programmes de santé par l'amélioration des systèmes d'information et d'aide à la décision.

Dans un quatrième et dernier temps, il est essentiel d'agir avec les individus, les familles, les milieux de vie et les professionnels de la santé avec lesquels ils sont en relation.

En 1996, le Haut comité de la santé publique publie un rapport dans lequel il actualise les données épidémiologiques et il identifie les tendances récentes des différents indicateurs de la santé retenus en 1994. Par ailleurs, dans *La santé en France 96*, le Haut comité aborde de façon particulière certains thèmes de santé publique, dont l'établissement de priorités nationales et régionales en santé, l'évolution de la médecine ambulatoire et de l'hospitalisation et, finalement, les relations entre le monde de la santé et celui des médias.

En 1998, le Haut comité publie le document *La santé en France 1994-1998*. Ce document rend compte de l'évolution du contexte sanitaire en France durant la période 1994-1998. De plus, il brosse un portrait de l'évolution des indicateurs de santé et des déterminants de la santé. L'étude de trois problèmes d'organisation du système de santé français (le dépistage des cancers féminins, l'évolution des services d'urgence, la politique en faveur des personnes âgées dépendantes) conduit le Haut comité à cibler des moyens de régler ces problèmes. Ces moyens sont : la réduction des cloisonnements du système de santé, la simplification des dispositifs réglementaires et l'amélioration de la coordination des acteurs et des institutions, le développement de l'évaluation des programmes de santé et le renforcement des démarches garantissant les meilleures conditions de qualité pour les actes pratiqués, l'amélioration de la formation des professionnels et l'information du public.

Norvège

Dès 1985, le gouvernement norvégien adhère à la politique de l'OMS *Santé pour tous*. Deux ans plus tard, il présente *Health for all in Norway ?* qui reprend les objectifs de l'OMS. Ce document présente 38 objectifs liés au mode de vie, à l'environnement et aux soins de santé. Les paliers national, régional et local participent conjointement aux actions visant la réalisation de ces objectifs³.

3. En 1984, le gouvernement norvégien adopte le *Municipal health services Act*. Cette loi confie la responsabilité administrative des soins de santé primaires aux municipalités. Les comtés, instances régionales, sont quant à eux chargés de l'administration des hôpitaux et des autres établissements spécialisés.

En 1988, le livre blanc intitulé *Health policy towards the year 2000* est présenté au Parlement norvégien. Il contient la stratégie qu'entend suivre le gouvernement pour atteindre les objectifs de santé présentés un an plus tôt. On y propose différentes voies d'action : la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la réhabilitation, la supervision et l'évaluation. Le livre blanc accorde une attention particulière à la prévention, considérée comme étant la voie de l'avenir en matière de santé. Il est à noter que des efforts sont faits afin de développer une politique de prévention plus complète. Dans *Adding life to years : on strategies for prevention*, il est posé que la prévention nécessite des actions intersectorielles et interorganisationnelles entre les districts, les secteurs public et privé et entre les divers niveaux administratifs. De plus, ces actions doivent prendre en compte les trois champs de responsabilités du ministère de la Santé et des Affaires sociales, soit la santé, les affaires sociales et la sécurité sociale.

Poursuivant son idée de développer davantage l'aspect préventif, le gouvernement norvégien soumet, en 1993, au Parlement un autre livre blanc, *Challenges in health promotion and prevention efforts*. Ce document traite des défis à relever en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Quatre domaines sont alors jugés prioritaires :

- les problèmes psychosociaux;
- les maladies musculo-squelettiques;
- les accidents et les blessures;
- l'asthme, les allergies et les problèmes associés à l'environnement intérieur.

Des plans d'action s'articulent autour de chacun de ces quatre domaines. Ces différents plans ont en commun deux choses : premièrement, ils soulignent l'importance de l'adhésion et de la participation des communautés locales afin d'atteindre les objectifs visés; deuxièmement, ils mentionnent la nécessité d'une coopération intrasectorielle (entre les professionnels) ainsi que d'une coopération intersectorielle.

Depuis ce temps, le ministère de la Santé et des Affaires sociales a transmis au gouvernement deux rapports portant sur la santé des Norvégiens. Ces rapports, publiés en 1996 et 1999, permettent d'identifier de façon continue les principaux problèmes de santé des Norvégiens et ainsi d'ajuster les interventions en matière de prévention et de promotion de la santé. En 1996, sept champs d'action sont retenus :

- les maladies cardio-vasculaires;
- le cancer;
- les maladies transmissibles;
- les maladies respiratoires et les allergies;

- les maladies du système musculo-squelettique;
- la maladie mentale et les problèmes psychosociaux;
- les accidents.

Des objectifs sont fixés pour chacun de ces champs d'action. Ils sont formulés davantage en termes qualitatifs. Le rapport de 1999 reprend les mêmes domaines d'action que celui de 1996.

Nouvelle-Zélande

Le gouvernement néo-zélandais constate certains changements dans le système de santé. Premièrement, le système de soins est maintenant considéré selon une logique commerciale. Deuxièmement, l'état de santé de la population, particulièrement celui des Maori, des communautés du Pacifique et des communautés rurales, est mauvais. Finalement, plusieurs personnes ont perdu confiance dans le système de santé. Pour remédier à cela, le gouvernement élabore, en collaboration avec le secteur de la santé, la *New Zealand Health Strategy* (2000). Cette stratégie est le fruit des travaux de groupes d'experts et de consultations publiques (1 500 personnes).

Telle qu'elle est présentée, la stratégie de santé :

1. Développe un cadre d'action.
2. Précise les domaines d'action prioritaires pour le gouvernement.
3. Met en place des *District Health Boards* qui procurent à leur communauté les services de santé nécessaires.
4. Indique les façons de faire.
5. Renforce les liens intersectoriels.
6. Propose des stratégies spécifiques.
7. Procure aux *District Health Boards* des outils en vue de combler les besoins de la population.

La stratégie repose sur certains grands principes :

- étude de la relation entre les Maori et la Couronne, telle qu'elle est présentée dans le traité de Waitangi;
- la bonne santé et le bien-être pour tous les Néo-Zélandais tout au long de leur vie;
- l'amélioration de l'état de santé de la population, particulièrement celui des personnes défavorisées;
- l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents;
- un accès équitable aux services de santé pour toute la population;
- un système de santé performant dans lequel les gens ont confiance;
- la participation active des consommateurs et des communautés à tous les niveaux.

La stratégie gouvernementale compte dix buts ventilés en 61 objectifs qualitatifs. Ces buts sont : un environnement social sain, la réduction des inégalités dans l'état de santé, le développement de la santé des Maori, un environnement physique sain, des communautés, des familles et des individus en santé, des habitudes de vie saines, une meilleure santé mentale, une meilleure santé physique, la prévention des accidents et, finalement, l'accessibilité aux soins de santé appropriés.

Le gouvernement souhaite que le secteur de la santé, à court et à moyen terme, concentre ses efforts sur treize objectifs. Ces objectifs portent soit sur la santé populationnelle, soit sur la réduction des inégalités en santé ou soit sur les domaines d'action prioritaires. Ce sont : la diminution de l'usage du tabac, l'amélioration de l'alimentation, la réduction de l'obésité, l'augmentation du niveau d'activité physique, la baisse du taux de suicide et du nombre de tentatives, la réduction des problèmes causés par la consommation d'alcool et de drogues, la réduction de l'incidence des cancers, de l'incidence des maladies cardiovasculaires et de l'incidence du diabète, l'amélioration de la santé buccale, la réduction de la violence dans les relations interpersonnelles, dans les familles, à l'école et dans les communautés, l'amélioration de l'état de santé des personnes souffrant de maladies mentales graves et l'accès aux services de soins à l'enfance appropriés. De plus, le gouvernement demande au ministère de la Santé d'accorder une attention particulière à la prestation des services. Il souhaite des efforts en santé publique et en soins de première ligne, la réduction des listes d'attente, une responsabilisation accrue dans les services en santé mentale et l'accès aux services appropriés dans les régions rurales.

Par ailleurs, comme il est indiqué dans le document gouvernemental (2000 : viii), « *The Strategy also focuses on key issues concerning quality that are needed to ensure that the performance health services, and the health system as a whole, results in better health*

outcomes and a reduction in health disparities ». Il s'agit de mécanismes et d'initiatives favorisant l'amélioration continue de la qualité des services, du respect des droits individuels (être traité avec respect, sans discrimination, droit à l'information, etc.), d'une plus grande consultation et d'une meilleure coordination des services, des progrès continus en matière de gestion de l'information et de la technologie ainsi qu'en matière de gestion du personnel afin de s'adapter aux nouvelles réalités et l'évaluation de la stratégie.

La stratégie de santé néo-zélandaise (2000 : viii) contient des indications quant à sa mise en œuvre. L'implantation de la politique se fera :

- *by developing toolkits to identify the action that different types of organizations or providers can take to address priority objectives;*
- *by developing more detailed action-oriented for strategies for specific health issues, services or population groups;*
- *through performance and/or funding agreements with the Ministry of health, District Health Boards and providers.*

Pays-Bas

La politique *Santé pour tous* de l'OMS est un stimulus important pour le développement d'une politique de santé aux Pays-Bas. Dès 1987, le gouvernement rend public un rapport qui rend compte des principaux problèmes de santé aux Pays-Bas ainsi que des éléments à considérer dans une politique de santé. Après discussion de ce rapport au Parlement, un consensus se dégage : le pays doit avoir une véritable politique de santé qui lie les objectifs de santé à des éléments budgétaires. Une première ébauche de cette politique est présentée au Parlement en 1989, soit la *Politique de santé 1990-1995*. Elle prévoit des objectifs quantitatifs en matière de : cancer, maladies cardio-vasculaires, accidents, problèmes de santé liés au vieillissement de la population, maladies chroniques, SIDA, santé mentale et problèmes psychosociaux. Elle propose également des mesures concrètes permettant d'atteindre ces objectifs. Malgré de nombreuses discussions, le Parlement néerlandais n'endosse pas la politique qui lui est présentée pour les motifs suivants : l'aspect financier n'y est pas suffisamment développé et les conséquences budgétaires de la politique ne sont pas assez détaillées. Le Parlement demande donc une deuxième version du projet de politique qui tienne compte de ses commentaires. Peu de temps avant que cette deuxième version soit discutée au Parlement, il y a des élections et un changement de gouvernement. Le nouveau gouvernement ne poursuit pas la démarche amorcée. Il considère qu'il est difficile d'établir dans une politique de santé des objectifs quantifiés, car cela engage trop la responsabilité politique : Que faire si les objectifs ne sont pas atteints ?

Il faut attendre en 1992 pour qu'une nouvelle politique soit soumise. Intitulée *Une stratégie de santé : la politique de santé des Pays-Bas*, la politique néerlandaise retient cinq domaines prioritaires :

1. La qualité de vie des malades chroniques.
2. L'absentéisme au travail dû à la maladie ou à l'incapacité.
3. L'équité entre les différents groupes, principalement pour les immigrants et les sans-abri.
4. La réduction du nombre de décès prématurés et évitables causés par le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les accidents.
5. La prévention des problèmes sociaux.

Contrairement au projet de politique soumis à la fin des années 80, la politique de 1992 comprend des objectifs qualitatifs plutôt que quantitatifs. Ce changement s'explique par le fait que les autorités néerlandaises ne considèrent plus les objectifs de santé comme des buts à atteindre. Elles les voient plutôt comme des guides servant à orienter l'action en matière de santé.

Certains parlementaires sont déçus du peu d'ambition de la nouvelle politique. De plus, ils déplorent le fait que les objectifs de l'OMS ne servent plus de guides à la politique néerlandaise. Toutefois, ils constatent que les principes de l'OMS sont, quant à eux, encore très présents. Ainsi, la politique de 1992 a donné l'impulsion nécessaire à la publication de rapports, en 1993 et 1997, sur l'état de santé des Néerlandais. En plus du principe de monitoring les principes de coopération intersectorielle et d'équité sont présents dans la politique de santé néerlandaise.

La même année où le gouvernement présente sa politique de santé, le ministère de la Santé publie une politique de santé publique. Cette politique est axée sur la prévention.

En décembre 1999, le ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport a présenté le *Healthcare memorandum 2000* qui remplace le *Annual healthcare survey*. Le nouveau document doit clairement indiquer les objectifs en matière de santé qu'entend atteindre le gouvernement ainsi que les dépenses et le financement passés, présents et futurs en ce domaine. Le *Healthcare memorandum* doit également contenir une évaluation des résultats obtenus eu égard aux objectifs initiaux.

Suède

Dès 1985, le Parlement suédois reconnaît officiellement les principes contenus dans *Santé pour tous* de l'OMS. Le projet de loi adopté ne retient pas cependant tous les objectifs de la politique. Seuls sont mentionnés ceux touchant l'alcool.

En 1988, le gouvernement met sur pied un groupe avisier, le *Public Health Group*, chargé d'établir une stratégie nationale de la santé. Les membres de ce groupe proviennent de différents secteurs, entre autres de l'éducation, de la santé et du bien-être, de l'agriculture, de l'environnement, des autorités locales. Ce groupe constate que la situation des soins de santé en Suède est supérieure à celle qui prévaut dans de nombreux pays. Il soulève, par contre, que les différences dans l'état de santé observables au sein de la population résultent du statut économique, des conditions de travail et des habitudes de vie. Partant de ce constat, la *National Strategy for health* (1991), présentée en 1991, met l'accent sur les mesures de prévention et de promotion pour amoindrir les inégalités dans l'état de santé. Elle suggère des mesures dans les domaines suivants :

1. Maladies cardio-vasculaires.
2. Cancer.
3. Blessures.
4. Problèmes du système musculo-squelettique.
5. Santé mentale.
6. Allergies.

Tous les groupes d'âge sont inclus dans la stratégie proposée. Toutefois, l'accent est davantage mis sur deux clientèles : les enfants et les adolescents.

Des mesures sont proposées afin de réaliser la stratégie nationale. Ces dernières visent différents objectifs. Premièrement, elles ont pour but de stimuler l'action locale et régionale dans le secteur de la santé publique; deuxièmement, de renforcer les fondements scientifiques et professionnels des efforts en santé publique; troisièmement, de favoriser l'augmentation des compétences du personnel du secteur de la santé à tous les niveaux; quatrièmement, d'assurer l'accès continu aux connaissances sur les maladies, les causes des problèmes de santé et les méthodes de promotion et de prévention; et cinquièmement, d'établir une coordination continue entre les ministères suédois. Elles portent sur les domaines suivants :

- l'établissement d'un fonds public de santé;
- la création d'un institut de santé publique;
- l'amélioration de l'éducation et de la recherche dans le domaine de la santé publique;

- l'accès continu aux données;
- la publication, tous les trois ans, d'un rapport national sur l'état de la santé publique.

Suivant la proposition du *Public Health Group*, le gouvernement crée l'Institut national de santé publique (1992) et un fonds de santé publique.

L'Institut national de santé publique établit les priorités de santé publique au niveau national. Il offre neuf programmes, soit sept verticaux et deux horizontaux. Les programmes verticaux ont pour objet : l'alcool et les drogues, la sexualité, les blessures et les accidents, les allergies, le tabac, la nutrition et l'exercice. Les programmes horizontaux portent sur la santé des enfants et des adolescents, et celle des femmes.

On assiste à l'implantation de plans détaillés de santé publique par les conseils régionaux dans les écoles, les maternités, les cliniques de soins pour enfants et les lieux de travail.

En 1995, la Commission parlementaire des priorités suggère que les priorités en santé reposent sur trois principes : la dignité humaine, la solidarité et l'efficacité. Ces principes sont présentés en ordre d'importance. En lien avec ses principes, la Direction nationale de la santé et des affaires sociales fixe des priorités pour lesquelles les conseils régionaux doivent établir des plans d'action régionaux. Ces priorités sont :

1. Le traitement des maladies incurables et chroniques graves, les soins palliatifs.
2. La prévention et la réhabilitation.
3. Le traitement des maladies chroniques légères.
4. Les soins que l'on peut se donner à soi-même.
5. Les soins nécessaires pour des raisons autres que la maladie ou les blessures.

En 1996, le Comité national sur la santé publique a été mis en place pour développer des objectifs nationaux de santé publique.

Le gouvernement suédois doit présenter en 2001 sa nouvelle stratégie nationale de santé publique. Cette stratégie mettra l'accent, semble-t-il, sur les stratégies d'action multisectorielles.

Comté Östergötland

Le Conseil du comté suédois Östergötland reprend les principes de *Santé pour tous* à l'effet de développer ses priorités en matière de santé. L'élaboration de la politique interpelle un grand nombre d'acteurs.

« This process was very much led by experts, since the programme was drafted by a working group of seven health professionals employed by the County Council or the Faculty of Health Sciences of Linköping, in close cooperation with the leading politicians of County Council. All political parties represented in the County Council Political Board approved the programme and its contents by consensus. » (Ritsatakis et al., 2000 : 168)

En 1988, cinq objectifs généraux sont définis :

1. Le Conseil du comté Östergötland est un conseil de comté en santé.
2. La promotion de la santé et la prévention de la maladie doivent être accessibles à tous.
3. La promotion de la santé et la prévention de la maladie doivent être de haute qualité.
4. Les activités de santé doivent répondre aux besoins de la population.
5. La communauté doit participer aux activités de santé.

À la suite de cela, 36 priorités sont formulées et adoptées en 1990. Ces priorités se regroupent en trois catégories :

1. Le mode de vie favorisant la santé et visant à réduire les risques pour la santé.
2. La prévention des accidents.
3. Les problèmes musculo-squelettiques.

De plus, des groupes d'individus sont ciblés : les enfants et les jeunes, les femmes enceintes, les jeunes parents et les personnes âgées.

Une fois la politique adoptée, le Conseil du comté organise des colloques et des séminaires qui permettent aux professionnels de la santé et des services sociaux, aux représentants du secteur de l'éducation et des autres secteurs (gouvernementaux et non gouvernementaux) ainsi qu'à la population de connaître le contenu de la politique et d'en discuter.

En 1995, les priorités sont révisées. Elles portent dorénavant sur le mode de vie (consommation de tabac, d'alcool, de drogues, habitudes alimentaires, activité physique), sur la réduction du nombre d'accidents et sur les maladies chroniques (cardio-vasculaires, allergies, diabète, cancer, ostéoporose). Les groupes ciblés sont maintenant les enfants et les jeunes, les femmes et les personnes âgées.

Comme c'est une politique à long terme, le parti au pouvoir invite les autres partis politiques à s'engager dans la démarche d'élaboration de la politique afin d'en assurer sa continuité. Le consensus politique est essentiel pour une politique à long terme.

Pour favoriser l'action intersectorielle, le Conseil du comté crée, en 1993, le *Health facilitators project*. L'objectif de ce projet est, selon Hansson et Vang (1997 : 3), « *to promote health by strengthening local health development, through increasing the collaboration between formal organizations and local community* ». L'atteinte de cet objectif repose sur deux éléments : l'embauche de *health facilitators* et la mise en place de groupes locaux de santé. Les *health facilitators* sont des employés du Conseil de la santé du comté qui travaillent dans les services de première ligne. Ils doivent amorcer et encadrer l'action des groupes locaux de santé. Ils doivent également établir un profil de santé de leur population en vue de concevoir un plan d'action efficace. Les groupes locaux de santé sont, pour leur part, composés des représentants de différentes organisations locales gouvernementales et non gouvernementales. Ils formulent « *a local action programme within the policy framework of the County health policy programmes* » (Ritsatakis *et al.*, 2000 : 173).

Le projet de *health facilitators* est mis en place dans certains secteurs du comté d'Östergötland, à savoir les plus défavorisés. Une évaluation des quatre projets réalisés conduit le conseil du comté à employer sur une base permanente des *health facilitators*, à octroyer plus de fonds à ce projet et, finalement, à n'embaucher que des maîtres en santé publique comme *health facilitators*.

2. QUELQUES CONSTATS

L'étude des cas de différentes provinces et pays nous amène à faire certains constats.

Premièrement, la nature de l'objet change. Il s'agit parfois d'orientations ministérielles stratégiques, comme c'est le cas en Nouvelle-Écosse, où le ministère de la Santé se fixe certaines priorités en lien avec le budget présenté par le gouvernement. D'autres fois, il s'agit d'une politique ou d'un programme dont la portée varie d'un cas à l'autre, selon le porteur du dossier (Parlement, gouvernement, ministère) et son contenu (uniquement des objectifs de santé publique ou non)⁴.

Deuxièmement, la portée d'une politique ou d'un programme varie selon la perception des acteurs. Ainsi en Angleterre et en Finlande, l'atteinte des objectifs contenus dans les politiques de santé est limitée par la perception qu'ont les acteurs des autres secteurs des acteurs du secteur de la santé. À leur avis, ils prennent trop de place, et ne laissent pas suffisamment de latitude à d'autres partenaires qui pourraient participer activement.

Troisièmement, les politiques de santé et de bien-être reposent généralement sur une conception holistique de la santé. La santé résulte de l'interaction continue de l'individu et de son environnement. De ce fait, pour améliorer la santé et le bien-être des individus, il faut agir sur les différentes composantes de leur environnement. Cela implique donc une action multisectorielle concertée.

Quatrièmement, nous remarquons que la majorité des politiques adoptées récemment contiennent, en plus des objectifs de santé publique, des objectifs portant sur le système de services. Le cas des provinces canadiennes est particulièrement révélateur à cet effet. En Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, il est question soit de l'amélioration de l'accessibilité, de l'organisation, de l'efficacité et de l'efficience du système de services, soit de types de services précis tels les services communautaires et les services de maintien à domicile.

Cinquièmement, nous observons diverses motivations pour l'élaboration de ces politiques. Les raisons les plus souvent invoquées sont l'amélioration de la santé et du bien-être des populations et la réduction des écarts de santé observés entre ces populations. Toutefois, dans certains cas, nous avons constaté que les autorités politiques utilisent ces politiques également à d'autres fins, comme pour apporter des ajustements

4. Afin d'alléger le texte qui suit, nous n'utiliserons que le terme politique pour représenter ces différentes réalités.

au système de santé qui ne répond plus aux besoins (ex. : Ontario, Nouvelle-Zélande) ou encore pour réajuster le tir au moment d'une crise financière importante (Finlande, France). De plus, dans certains cas, l'adoption d'une nouvelle politique de santé a pour objectif à demi avoué de se démarquer du gouvernement précédent (ex. : Pays-Bas et Angleterre).

Sixièmement, nous constatons une certaine convergence dans les critères utilisés pour identifier les problèmes de santé prioritaires. Les plus souvent utilisés sont l'étendue et la gravité du problème, la sensibilité sociale et la faisabilité. S'ajoutent parfois à cette liste des considérations quant aux conséquences socioéconomique du problème et à la mesure des interventions proposées.

Septièmement, concernant l'élaboration des politiques de santé et de bien-être, nous remarquons que le palier central détermine, après consultations⁵ d'experts, de la population et des paliers régionaux, les domaines d'intervention prioritaires. Par la suite, les autorités régionales sont appelées à fixer les propres objectifs et stratégies en lien avec les orientations centrales. Dans certains cas, il arrive que le palier central utilise les plans d'action régionaux pour développer sa nouvelle politique ou de nouveaux programmes qui répondent aux besoins des régions (ex. : Danemark).

Huitièmement, le nombre de domaines d'intervention prioritaires ou d'objectifs prévus dans chacune des politiques varie beaucoup. Nous observons que certains pays européens ont fait leurs, dans un premier temps, la quasi-totalité voire parfois la totalité des 38 objectifs proposés par l'OMS-Europe. Toutefois, nous remarquons que, lorsque ces premières politiques sont révisées, le nombre de priorités et d'objectifs est beaucoup moins élevé. De façon générale, dans les différents cas étudiés, les politiques comptent entre cinq et quinze domaines d'action prioritaires. Les États-Unis se démarquent toutefois en ce domaine. La révision de la politique de 1990 conduit à l'identification d'un plus grand nombre de champs d'action prioritaires et d'objectifs. Comme nous l'avons noté, la politique *Health People 2010* compte 28 champs d'action, et non plus seulement 22, et 467 objectifs.

Neuvièmement, l'observation des cas étudiés nous apprend que certains domaines d'intervention sont jugés prioritaires dans plusieurs pays. C'est le cas des accidents (blessures), du cancer et de la santé mentale. C'est également le cas, mais dans une moindre mesure, des maladies cardio-vasculaires, des maladies du système respiratoire, du diabète et des maladies du système musculo-squelettique.

5. Dans certains cas, les nouvelles technologies de l'information sont utilisées pour obtenir l'avis du plus grand nombre d'interlocuteurs possible. Par exemple, les États-Unis ont utilisé Internet lors de la révision de leur politique de santé.

Dixièmement, nous constatons que, dans la plupart des cas, les objectifs de santé et de bien-être fixés dans les politiques ne sont généralement pas définis de façon quantitative. Certaines raisons expliquent ce choix. D'une part, il est plus facile d'obtenir un consensus sur des objectifs qualitatifs. D'autre part, il est difficile de supporter scientifiquement des objectifs quantitatifs dans certains domaines. Finalement, comme nous l'avons souligné dans le cas des Pays-Bas, certains gouvernements croient qu'établir dans une politique de santé des objectifs quantifiés engage trop la responsabilité politique. Le gouvernement devient dès lors imputable de l'évolution de l'état de santé des citoyens. Malgré cette tendance lourde, certains pays adoptent des objectifs définis de façon quantitative, comme les États-Unis et l'Angleterre.

Onzièmement, des pays mettent au point des stratégies favorisant l'atteinte des objectifs contenus dans les politiques. Ces stratégies contiennent bien souvent des moyens d'action généraux. C'est le cas en Angleterre, en Catalogne, en Finlande, en Norvège, en Nouvelle-Zélande et en Suède. Dans ces pays, nous relevons les stratégies suivantes : mettre l'accent sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé, améliorer la formation des travailleurs de la santé, créer un observatoire ou un institut de santé publique, créer un fonds public, assurer la disponibilité d'informations de qualité, établir des mécanismes de surveillance et évaluer les actions réalisées. En France et dans les provinces canadiennes de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, les stratégies proposées sont quelques peu différentes. Elles sont en fait des moyens d'action concrets permettant d'atteindre les objectifs fixés. En voici quelques exemples : donner des cours de nutrition, élaborer une stratégie de lutte contre le diabète ou le tabagisme, créer des programmes de dépistage de cancer, créer des cliniques itinérantes.

Douzièmement, nous observons, dans certaines politiques récentes, un souci concernant la réussite de leur mise en œuvre. Les politiques contiennent des mesures, voire même des stratégies de mise en œuvre. C'est, entre autres, le cas de la nouvelle politique anglaise, des politiques française et néo-zélandaise et du cadre de planification présenté au Manitoba.

Treizièmement, les différentes politiques soulignent toute l'importance de l'action intersectorielle comme stratégie permettant d'atteindre les objectifs fixés. Cependant, dans bien des cas, rien de concret n'est fait, l'action intersectorielle demeurant un vœu pieux. Toutefois, nous notons que certains pays instaurent des mécanismes formels afin de développer ce type d'action. C'est le cas, entre autres, de l'Angleterre avec sa nouvelle politique qui prévoit des partenariats, de la Catalogne, avec ses comités locaux de santé, du Comté Östergötland, avec ses *health facilitators*, et de la Finlande.

Finalement, on note de nombreux efforts, particulièrement dans le cas des politiques récentes, à l'effet d'assurer un suivi et d'évaluer les progrès réalisés en lien avec les objectifs de résultats fixés. Il n'est pas rare de voir inscrit dans la politique l'obligation de faire rapport, de rendre compte. Dans bien des cas, deux ans après la mise en œuvre des politiques, des études et des rapports rendent compte des progrès réalisés. C'est le cas, par exemple, en Australie, en Colombie-Britannique, en Finlande et en France.

3. POSITION DE L'OMS

La lecture de deux rapports produits par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS (Ritsatakis *et al.*, 2000; *Organisation mondiale de la santé*, 1999) nous permet de prendre connaissance des changements jugés nécessaires à l'atteinte des buts fixés dans la politique-cadre *Santé 21*.

Voici la liste des changements identifiés :

1. Il est nécessaire de bien identifier, de bien définir les valeurs et les principes avant de définir une politique de santé (solidarité, pérennité, participation, éthique).
2. Il faut augmenter la participation par l'utilisation, entre autres, des nouvelles technologies de communication.
3. La recherche, qui permet de mettre au point de meilleurs outils pour protéger la santé et traiter la maladie, et les systèmes d'information sanitaires sont deux domaines essentiels de changement. L'information en matière de santé doit être disponible et largement accessible.
4. Il faut être capable de prendre en compte d'autres cultures organisationnelles, d'autres façons de travailler et des perceptions différentes. Rares sont ceux qui possèdent les habiletés permettant d'établir un dialogue intersectoriel.
 - Il n'existe pas une façon universelle de changer les comportements et d'établir des partenariats intersectoriels sur les questions de santé. Peu de choses sont connues sur les structures et les processus existants.
 - Un grand nombre de partenaires potentiels ne connaissent pas les avantages qu'ils peuvent retirer d'une collaboration avec le secteur sociosanitaire et d'un investissement dans la santé de leurs clients.
 - Le droit de participer à une action intersectorielle va de pair avec l'obligation de rendre des comptes. Ainsi, les partenaires doivent assumer la responsabilité des conséquences sanitaires de leurs politiques et actions, et accepter leur part de responsabilités pour la santé.
 - Dans le cadre d'une action intersectorielle en santé, les différents partenaires doivent jouer les rôles suivants :
 - a. État : doit définir une politique de santé claire pour le pays et en assumer la responsabilité.

« Les gouvernements doivent mettre en place des mécanismes de coopération efficaces et permanents, tels qu'un conseil national de santé, composé de représentants de haut niveau de nombreux ministères et d'autres partenaires, pour faire en sorte qu'une méthode cohérente préside aux politiques d'amélioration de la santé et que les objectifs sanitaires soient bien équilibrés sur les plans politique et technique. Cependant, c'est au ministère de la Santé qu'il appartient de déterminer les principales dimensions techniques des politiques sanitaires et d'assumer la principale responsabilité pour leur mise en œuvre. » (Santé 21, p. 188)

- b. Politiciens nationaux et locaux : ils doivent concevoir un projet à moyen et à long terme par lequel on peut obtenir des résultats plus efficaces et durables pour la santé.
 - c. Acteurs de santé publique : doivent être les catalyseurs de l'action, des experts, des conseillers pour les politiciens, des personnes travaillant en réseau.
 - d. Professionnels de la santé : participants essentiels à une large gamme d'actions sanitaires en tant que prestataires, planificateurs et gestionnaires. Toutefois, dans le passé, ils n'ont pas souvent accepté des fonctions de promotion de la santé (par opposition aux soins) et coopéré avec des structures et des secteurs extérieurs à leurs établissements.
 - e. Les professeurs (de la maternelle à l'université) : contribuent à l'acquisition et au maintien de valeurs et de connaissances sur la santé.
 - f. Chercheurs : doivent améliorer les outils nécessaires à la réussite d'une politique de santé.
 - g. Secteur privé : peut contribuer aux stratégies et au processus d'amélioration de la santé, en particulier pour ce qui est de l'industrie, du commerce, des médias. Il est attentif aux besoins et aux demandes des consommateurs.
 - h. Les individus : partenaires dans des actions qui touchent leur santé ou celle de leur famille et participent à des programmes au palier local.
5. Mettre en place des mécanismes efficaces et, notamment, des incitations et des dispositions législatives appropriées pour motiver tous les secteurs à prendre des mesures favorables à la santé et pour les rendre responsables des effets sur la santé de leurs politiques et de leurs activités. (Santé 21, p. 130)
 6. Dans le cadre d'une action intersectorielle, le secteur de la santé doit :

- a. jouer un rôle pilote dans l'élaboration de politiques intégrées pour la santé et le développement, comportant des priorités, des objectifs et des buts bien définis, des indicateurs fiables pour suivre les progrès et des processus transparents pour rechercher des objectifs communs ou convergents dans d'autres secteurs;
- b. reconnaître et soutenir les initiatives prises par d'autres secteurs lorsqu'elles ont des effets positifs sur la santé (permet de créer des alliances);
- c. rechercher les moyens de concilier des objectifs potentiellement contradictoires entre secteurs, tout en assurant la promotion et la protection des valeurs de la santé pour tous.

CONCLUSION

Dans ce rapport, nous avons étudié les orientations et les politiques adoptées dans près d'une quinzaine de pays, depuis le milieu des années 80, en matière d'amélioration de la santé des individus et des populations et de réduction des écarts de santé. Cette étude nous a permis d'apprendre que ces différentes orientations et politiques reposent généralement sur une conception holistique de la santé. Elles sont adoptées après que le palier central a consulté des experts, la population et les paliers régionaux. Le nombre de priorités et d'objectifs retenus par les différents pays varie beaucoup et, de façon générale, les objectifs ne sont pas définis en termes quantitatifs. Certains pays proposent des stratégies qui favorisent l'atteinte des objectifs des politiques mais qui ne sont, en fait, bien souvent que des moyens d'action généraux. Finalement, les différentes politiques soulignent toute l'importance de l'action intersectorielle comme stratégie permettant l'atteinte des objectifs fixés.

Comme nous l'avons vu, les pays ayant procédé à la révision de leurs orientations en matière d'amélioration de la santé et de réduction des écarts les ont maintenues, étant convaincus de leur importance. Cependant, ils ont apporté certains changements. De façon générale, les politiques révisées comptent un nombre moins élevé de priorités et d'objectifs, ces derniers étant par ailleurs plus diversifiés. En plus d'objectifs d'amélioration de la santé et de réduction des écarts, nous y retrouvons, entre autres, des objectifs portant sur le système de services, son organisation, son accessibilité, son efficacité.

L'étude de la position de l'OMS a fait, pour sa part, ressortir l'importance de définir les valeurs et les principes sur lesquels se fonde une politique de santé. Elle a également mis l'accent sur l'importance, pour une telle politique, de la participation de la population et de l'action intersectorielle.

Fort de cette connaissance sur les expériences étrangères, le Conseil entend poursuivre, au cours des prochains mois, la démarche de révision de La politique de la santé et du bien-être.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTA HEALTH AND WELLNESS (2000), *Health Authority Business Plan and Annual Report Requirements 2001/2002 to 2003/2004*, Edmonton, Alberta Health and Wellness.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (1997), *First Report on National Health Priority Areas 1996*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

B.C. MINISTRY OF HEALTH AND MINISTRY RESPONSIBLE FOR SENIORS (1998), *Health Goals for British Columbia*, Victoria, B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

COMMISSION ON MEDICARE (2001), *Caring for Medicare : Sustaining a Quality System*, Regina, Government of Saskatchewan.

COUNCIL OF STATE (1996), *Public Health Report*, Helsinki, Oy Edita Ab.

DEKKER, E. (2000), « Health Policy in the Netherlands : Description and Analysis of Ten Years of National Health Policy Development Emphasizing the Health for All Strategy » dans RITSATAKIS, A. *et al.* (2000), *Exploring Health Policy Development in Europe*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, p. 110-127.

DEPARTMENT OF HEALTH (1998), *Our Healthier Nation : A Contract for Health*, London, H.M. Stationery Office.

GOVERNMENT OF NOVA SCOTIA (2001), *Government by Design 2001-2002*, Halifax, Government of Nova Scotia.

HANSSON, L. R. (2000), « Comparative Analysis of Development of Health Policy in Östergötland County, Sweden », dans RITSATAKIS, A. *et al.* (2000), *Exploring Health Policy Development in Europe*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, p. 161-184.

HANSSON, L. R., et J. VANG (1997), *Health Facilitators : An Investment in Local Health work*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998), *La santé en France 1994-1998*, Paris, Le Haut Comité.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1996), *La santé en France 96*, Paris, Le Haut Comité.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1994), *La santé en France*, Paris, Le Haut Comité.

KOKKO, S. (2000), « The Process of Developing Health for All Policy in Finland, 1981-1995 » dans RITSATAKIS, A. *et al.* (2000), *Exploring Health Policy Development in Europe*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, p. 27-40.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2000), *Plan d'action de l'Ontario en milieu de santé : un système sur lequel on peut compter*, Toronto, le Ministère.

MINISTRY OF HEALTH (2001), *Evidence-based Health Objectives for the New Zealand Health Strategy*, Wellington, Ministry of Health.

MINISTRY OF HEALTH (2000), *New Zealand Health Strategy*, Wellington, Ministry of Health.

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH (1987), *Health for All by the Year 2000 : The Finnish National Strategy*, Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH (1993), *Health for All by the Year 2000 : Revised strategy for co-operation*, Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.

NATIONAL AUDIT OFFICE (1996), *Health of the Nation : A Progress Report*, London, HMO Publications Centre.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1999), *Santé 21 : la politique-cadre de Santé pour tous pour la région européenne de l'OMS*, Copenhagen, OMS. Bureau régional de l'Europe.

PETTERSSON, B. (2000), « Health Policy Development in Sweden : Action at Three Levels », dans RITSATAKIS, A. *et al.* (2000), *Exploring Health Policy Development in Europe*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, p. 147-160.

PROVINCIAL HEALTH OFFICER (2000), *A Report on the Health of British Columbians*, Victoria, B.C. Ministry of Health.

PUBLIC HEALTH GROUP (1991), *A National Strategy for Health : Summary*, Stockholm, The Public Health Group.

RITSATAKIS, A. *et al.* (2000), *Exploring Health Policy Development in Europe*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

SANTÉ MANITOBA (1992), *Plan d'action manitobain : pour un meilleur système de santé*, Winnipeg, Santé Manitoba.

SANTÉ MANITOBA (1997), *Cadre de planification visant à promouvoir, à préserver et à protéger la santé des Manitobains*, Winnipeg, Santé Manitoba.

SECRETARY OF STATE FOR HEALTH (1992), *The Health of the Nation : A Strategy for Health in England*, London, H. M. Stationery Office.

TRESSERRAS, R., C. CASTELL ET L. SALLERAS (2000), « Development of a policy for health all in Catalonia », dans RITSATAKIS, A. *et al.* (2000), *Exploring Health Policy Development in Europe*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, p. 130-146.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000), *Healthy People 2010 : Understanding and Improving Health*, (www.health.gov/healthypeople/Document/tableofcontents.htm#under).

U. S. PUBLIC HEALTH SERVICE (1990), *Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, Washington, Public Health Service.

U. S. PUBLIC HEALTH SERVICE (1995), *Healthy People 2000 Midcourse Review and 1995 Revisions*, Washington, Public Health Service.

VAN DE WATER, H. P. A. ET L. VAN HERTEN (1998), *Health Policies on Target? Review of Health Target and Priority-Setting in 18 European Countries*, Leiden, TNO Prevention and Health, Public Health Division.

WHO EUROPE (2000), « Denmark », (www.who.dk/hs/echp/cprofiles/denmark.htm).

WHO EUROPE (2000), « Finland », (www.who.dk/hs/echp/cprofiles/finland.htm).

WHO EUROPE (2000), « France », (www.who.dk/hs/echp/cprofiles/france.htm).

WHO EUROPE (2000), « Norway », (www.who.dk/hs/echp/cprofiles/norway.htm).

WHO EUROPE (2000), « Spain », (www.who.dk/hs/echp/cprofiles/spain.htm).

WHO EUROPE (2000), « Sweden », (www.who.dk/hs/echp/cprofiles/sweden.htm).

MEMBRES DU CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

M^{me} Hélène Morais
Présidente

M^{me} Martine Couture
Directrice générale
CH. CHSLD. CLSC Cléophas Claveau

M^{me} Édith Deleury
Professeure titulaire
Faculté de droit de l'Université Laval

M. André Archambault
Directeur général
Auberge communautaire du Sud-Ouest
de Montréal

M^{me} Gisèle Dubé
Coordonnatrice à la pastorale diocésaine
Diocèse de Gaspé

M. Christophe Auger
Directeur des ressources humaines
Confédération des syndicats nationaux

M^{me} Mireille Fillion
Sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

M^{me} Linda Beauchamp Provencher
Denturologue
Présidente du Conseil d'administration des
CH, CLSC et CHSLD de la MRC d'Asbestos

M^{me} Micheline Gamache
Secrétaire adjointe
Comité ministériel du développement social

M. Guy Boisjoli
Consultant
Ex-administrateur dans des établissements
de santé et de services sociaux

M^{me} Linda Jones
Présidente
Fonds régional de solidarité
Bas-Saint-Laurent

M^{me} Gylaine Boucher
Directrice générale
CLSC Jean-Olivier-Chénier

M^{me} Marie Soleil Renaud
Psychologue
Centre hospitalier de Gaspé

M. Yvon Caouette
Éducateur à la retraite

M. André Thibault
Professeur
Université du Québec à Trois-Rivières

