

Think Tank européen Pour la Solidarité

www.pourlasolidarite.eu

Collection

Working
paper

La santé dans l'Union européenne

Focus sur quelques Etats-membres

Par Tiphaine Delhommeau

Avril 2011

Avec le soutien de
la Communauté française de Belgique



Le Think tank européen *Pour la Solidarité* (asbl) – association au service de la cohésion sociale et d'un modèle économique européen solidaire – travaille à la promotion de la solidarité, des valeurs éthiques et démocratiques sous toutes leurs formes et à lier des alliances durables entre les représentants européens des cinq familles d'acteurs socio-économiques.

À travers des projets concrets, il s'agit de mettre en relation les chercheurs universitaires et les mouvements associatifs avec les pouvoirs publics, les entreprises et les acteurs sociaux afin de relever les nombreux défis émergents et contribuer à la construction d'une Europe solidaire et porteuse de cohésion sociale.

Parmi ses activités actuelles, *Pour la Solidarité* initie et assure le suivi d'une série de projets européens et belges ; développe des réseaux de compétence, suscite et assure la réalisation et la diffusion d'études socioéconomiques ; la création d'observatoires ; l'organisation de colloques, de séminaires et de rencontres thématiques ; l'élaboration de recommandations auprès des décideurs économiques, sociaux et politiques.

Pour la Solidarité organise ses activités autour de différents pôles de recherche, d'études et d'actions : la citoyenneté et la démocratie participative, le développement durable et territorial et la cohésion sociale et économique, notamment l'économie sociale.



Think tank européen **Pour la Solidarité**

Rue Coenraets, 66 à 1060 Bruxelles

Tél. : +32.2.535.06.63

Fax : +32.2.539.13.04

info@pourolsolidarite.be

www.pourolsolidarite.be

Les cahiers de la Solidarité

Collection dirigée par Denis Stokkink

Vieillessement actif et solidarité intergénérationnelle : constats, enjeux et perspectives, Cahier hors-série, Mars 2011

Services sociaux d'intérêt général : entre finalité sociale et libre-concurrence, Cahier n° 27, Mars 2011

Logement vert, logement durable ? Enjeux et perspectives, Cahier n° 26, Mars 2011

Agir pour une santé durable - Priorités et perspectives en Europe, Cahier n° 25, Janvier 2011

La lutte contre la pauvreté en Europe et en France, Cahier n° 24, Novembre 2010

Inclusion sociale active en Belgique, Cahier hors-série, Novembre 2010

Responsabilité sociale des entreprises. La spécificité des sociétés mutuelles dans un contexte européen, Cahier n° 23, 2010

Concilier la vie au travail et hors travail, Cahier hors-série, 2010

Faut-il payer pour le non-marchand ? Analyse, enjeux et perspectives, Cahier n° 22, 2009

Mobilité durable. Enjeux et pratiques en Europe, Série développement durable et territorial, Cahier n° 21, 2009

Tiphaine Delhommeau, *Alimentation : circuits courts, circuits de proximité*, Cahier n° 20, 2009

Charlotte Creiser, *L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique*, Cahier n° 19, 2009

Europe et risques climatiques, participation de la Fondation MAIF à la recherche dans ce domaine, Cahier n° 18, 2009

Thomas Bouvier, *Construire des villes européennes durables*, tomes I et II, Cahiers n° 16 et 17, 2009

Europe, énergie et économie sociale, Cahier n° 15, 2008

Introduction

Au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les pays européens ont tous progressivement étendu à la quasi-totalité des citoyens la couverture des risques sociaux. Celle-ci s'organise de façon variable selon les pays, avec une forte distinction entre les systèmes où prévaut le principe d'assurance liée au travail et ceux où la protection généralisée est fondée sur la solidarité, indépendamment de toute activité professionnelle. Depuis une vingtaine d'années, tous les Etats, confrontés notamment à la très forte croissance des dépenses de santé, de chômage et de retraite, ont cherché à freiner les dépenses sociales. Ce faisant, tous ont diminué les prestations, et certains ont même remise en cause certains des principes sur lesquels leur système avait été fondé. Ainsi, le Royaume-Uni a introduit des éléments de « marché » à l'intérieur de son service public de santé.

Autre élément commun aux politiques étatiques, les incitatifs pour encourager les acteurs de santé à être exemplaires en matière de durabilité font encore défaut dans la plupart des pays européens. Les professionnels de ce secteur prennent notamment de plus en plus conscience de leurs impacts environnementaux, mais le manque de financement freine globalement la mise en œuvre de certaines solutions pourtant essentielles. Les politiques de santé restent généralement centrées sur des mesures de court terme, visant à réduire les déficits des budgets de santé. Certains pays accusent plus de retard que d'autres : par exemple, trois établissements de santé français détenaient en 2009 la certification Iso 14001 (norme internationale attestant d'une démarche globale d'amélioration des performances environnementales). En Allemagne, 80 établissements de santé en étaient titulaires.

Plus spécifiquement, en matière de soins de santé, les objectifs généraux décrits dans les programmes nationaux sont souvent identiques : création d'environnements favorables, santé pour tous, encouragement à des modes de vie sains, lutte contre les inégalités de santé, etc. Leur mise en œuvre concrète est cependant fort différente. Le contexte politique, culturel, législatif, juridique, socio-économique et sanitaire, changent la donne d'un pays à l'autre : pour l'élaboration et le contenu des programmes, mais aussi pour l'« opérationnalisation » sur le terrain. Par exemple, alors que certains pays optent pour une politique nationale de santé publique qui se réfère à *un* plan, d'autres élaborent différents plans en fonction de thématiques et de priorités nationales (voire régionales) du moment.

Cette étude présente le fonctionnement du système de santé et de protection sociale de quatre Etats membres : Belgique, France, Pays-Bas et Suède. En outre, elle décrit les liens entre politiques de santé et politiques environnementales dans ces pays ainsi que les réalisations nationales qui concourent à construire une santé durable.

I. Belgique

A. Organisation

La Belgique est un État fédéral où un grand nombre de compétences ont été transférées aux Régions (Flandre, Wallonie, Bruxelles) et Communautés (flamande, française et germanophone). Cela entraîne une répartition des niveaux de compétence entre les régions, l'état et les communautés. Les communautés sont responsables des domaines « dits personnalisables » (santé, culture, enseignement, etc.), tandis que la compétence pour les matières « dites territoriales » revient aux régions (emploi, environnement, économie, etc.). Les initiatives relatives à la santé durable, par exemple celles faisant le lien entre santé et environnement, se retrouvent donc souvent à cheval entre ces pôles de compétences communautaires et régionaux.

En matière plus strictement de mesures de santé, les communautés sont compétentes pour les soins de santé et de prévention, la promotion de la santé, les soins en milieu hospitaliers et extra-hospitaliers, les maisons de soins. Le Fédéral est cependant compétent pour certains domaines : le système d'assurance maladie, les modalités et règles de financement des établissements ; soit « la plupart des aspects financiers des soins de santé ¹ ». Ce rôle est rempli par le biais du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement est le service public fédéral belge chargé des matières de santé, de sécurité alimentaire et d'environnement.

Un des enjeux dans un État fédéral comme la Belgique, est donc de pouvoir exploiter les données liées à la santé dont disposent les services publics et d'améliorer la communication et la collaboration entre ceux-ci aux différents niveaux de pouvoir fédéral, régional et communautaire.

B. Quelques orientations et réalisations notables

1. Au plan national

Notons tout d'abord que la santé fait partie des priorités des deux Stratégies Nationales de Développement Durable (SNDD), qui sont par ailleurs complétées par des stratégies régionales. La deuxième SNDD émet les priorités suivantes : combattre la pauvreté ; le vieillissement de la population ; la santé publique ; les ressources naturelles ; le changement climatique ; la mobilité.

¹ Vlaams Agenschap Zorg en Gezondheid : Compétences flamandes en matière de santé,

2007, <http://www.zorgengezondheid.be>

Du point de vue plus spécifique des liens entre santé et environnement, la Belgique a mis en place en 2003 un Plan National d'Action Environnement-santé. Celui-ci a vu le jour dans le sillage de la conférence ministérielle environnement-santé de l'OMS - Europe, organisée en 1994 à Helsinki, à l'issue de laquelle les Etats membres de cette organisation s'étaient engagés à rédiger des Plans Nationaux d'Action Environnement-Santé (NEHAP).

La première vague de projets NEHAP a eu pour but de collecter des informations, d'établir des diagnostics, de permettre la concertation entre les différents acteurs de ces secteurs, de renforcer les processus décisionnels pour les autorités publiques. Les projets s'intéressaient à diverses problématiques : « villes et pollutions », « Politiques des produits et pollution intérieure », « Ozone et santé », « Indicateurs environnement et santé ».

Un projet de deuxième NEHAP est en cours. L'avant-projet met l'accent notamment sur la nécessité d'orienter davantage l'action vers les enfants et poursuit dans les champs d'actions explorés par le premier NEHAP. A noter aussi, le futur NEHAP prévoit des actions destinées à accroître l'intégration de la thématique environnement-santé dans les formations. Il s'agit d'une « priorité 3 », soit une action absolument prioritaire. Cette action en effet essentielle nécessite que des moyens financiers soient dégagés à cette fin, et pour pouvoir concerner la formation initiale comme continue des acteurs de la santé et de l'environnement. Ajoutons que d'autres publics, non mentionnés dans l'avant-projet, devraient aussi être concernés par de telles mesures. On peut penser au personnel enseignant et de manière générale, au personnel en contact avec les jeunes publics ; mais aussi, comme le soulignait Inter-Environnement Wallonie, aux journalistes, qui ont pour mission l'information de la population².

2. Au niveau des communautés et des régions :

* **La Région wallonne** dispose depuis fin 2009 d'un Plan Régional environnement-Santé (PARES), qui comporte sept axes structurants :

(1) Organiser l'information et la communication en environnement-santé (...);

(2) Poursuivre et développer la stratégie d'anticipation, d'évaluation et de gestion des risques sanitaires liés à l'état de l'environnement ;

(3) Développer une politique de connaissance et de réduction des risques sanitaires liés aux pollutions intérieures ;

² Position de la Fédération Inter-Environnement Wallonie sur l'avant-projet de plan d'action national santé environnement (NEHAP), 24 février 2009.

- (4) Améliorer la connaissance des interactions entre l'environnement et la santé au travers notamment du développement d'indicateurs pertinents ;
- (5) Évaluer les besoins en matière de recherche, compte tenu des recherches menées par ailleurs ;
- (6) Développer les formations spécifiques en environnement santé des professionnels ;
- (7) Poursuivre et développer la collaboration institutionnelle, à tous niveaux.

L'élaboration d'un tel plan est bien entendu un pas important en faveur de politiques et actions de santé durable. On peut ajouter que dans une perspective de durabilité, une attention toute particulière devra être portée :

- Aux publics précarisés, notamment sur la question du logement, de la précarité énergétique, des pollutions intérieures ;
- À la création d'espaces d'échanges entre les acteurs non seulement institutionnels, mais plus largement, des secteurs liés à la santé environnementale et à la structuration de ces réseaux autour d'une base de données communes et de projets communs ;
- Au soutien aux acteurs de terrain que sont les associations, proches des citoyens, au fait de leurs besoins, bénéficiant de liens de confiance liés à la proximité.

* **La Communauté flamande**, quant à elle, dispose de structures et d'outils fort intéressants en vue d'une santé durable, tels que:

- Les conférences de santé (*gezondheidsconferentie*), qui permettent le partage et l'échange de points de vue, d'idées, d'expériences entre des représentants du gouvernement flamand, des experts en santé, des représentants des groupes cibles et des structures de santé locales et autres organisation de terrain. Les conférences donnent lieu à la formulation de propositions d'objectifs nouveaux ou de points à revoir dans les stratégies existantes. Ces propositions sont assorties d'une estimation des moyens à mettre en place pour permettre l'atteint

- Les « Logos » : ce sont des agences de concertation et organisation de santé loco-régionale, essaimées au nombre de 26 en Flandre et en Région Bruxelles-Capitale. Ces structures sont donc chargées par le gouvernement flamand de missions en matière de politique de santé préventive et ont pour mission de coordonner et faire collaborer les

diverses organisations, organisations cadres politiques et structures de terrain, proche des citoyens. Leur intérêt, dans une perspective de durabilité, est donc double : rôle préventif et conciliation entre gouvernance locale et cohérence d'une entité territoriale plus vaste.

* La **Région Bruxelles-Capitale** quant à elle a mis en place des stratégies et réalisations notables dans le domaine de la santé-environnement :

– Le Plan Régional de Développement (PRD), mis en place en 2002, met entre autres l'accent sur la qualité de l'environnement intérieur (logement) et extérieur (air, bruit, sols, espaces verts et de détente) afin d'améliorer les conditions de vie et de santé des habitants.

– Le Plan de lutte contre le Bruit insiste sur le rôle des politiques d'environnement, d'aménagement et de gestion urbaine pour créer des villes dont l'ambiance sonore est compatible avec la fonction d'habitation.

– Le Plan d'amélioration structurelle de la qualité de l'air intègre un volet concernant l'exposition individuelle des bruxellois et la santé. Dans ce volet se retrouvent aussi les projets liés à la pollution intérieure.

– Autre initiative, l'interface environnement-santé de l'IBGE a été mis en place dès 1998 pour soutenir les actions et politiques environnementales par des arguments de santé publique. Cela a permis de mettre à jour de nombreux dossiers concernant les principales maladies et symptômes ayant une relation avec l'environnement.

L'interface joue aussi –et entre autres– un rôle de sensibilisation des professionnels de la santé à la pollution intérieure. Par exemple, des cycles de formation des professionnels de la santé et des intervenants communaux sont régulièrement organisés. Un guide pratique, intitulé « Qui SQuATte la demeure de votre patient ? » a aussi été publié, afin d'aider les médecins à prendre en compte la pollution intérieure dans leur pratique quotidienne.

– Autre structure innovante, l'Observatoire de la Santé et du Social est une institution bruxelloise qui a pour mission de rassembler les informations sur l'état de santé et de la pauvreté de la population bruxelloise, de les analyser et de les diffuser auprès des acteurs concernés pour soutenir une politique intégrée de la santé. Entre autres, l'Observatoire publie « le tableau de bord de la santé en Région de Bruxelles-Capitale », dont la dernière version a été actualisée en 2008.

II. France

A. Organisation

Le Ministère de la santé et des sports est en charge, en matière de santé, de la politique de santé publique et en particulier la prévention, l'organisation sanitaire et la formation des professionnels de santé, en liaison avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Le Ministère de détient quant à lui des compétences, plus ou moins étendues selon les domaines, en matière de : développement durable, environnement, énergie et matières premières, transports et leurs infrastructures, urbanisme, équipement, logement et affaires maritimes.

En plus des Ministères, un grand nombre d'acteurs interviennent dans le champ de la santé durable, par exemple :

- L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), qui définit des programmes de prévention sur l'ensemble du territoire. Il est relayé par 117 comités régionaux ou départementaux qui mènent les actions sur le terrain.
- Les DRASS (Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales) élaborent les programmes d'action régionaux
- Les DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) sont chargées de la prévention en matière d'hygiène mentale, d'alcoolisme et de Sida.
- Les CODES (Comités départementaux d'éducation pour la santé) sont axés sur la formation, l'animation, la santé de proximité. Leurs centres de documentation sont ouverts au public.
- Les agences régionales de santé, créées en 2008, ont pour but de répondre à 5 enjeux importants : accentuer la territorialisation des politiques de santé, renforcer les aspects préventifs de ces politiques, recentrer l'offre des soins vers les soins primaires, améliorer les restructurations au niveau hospitalier mais également promouvoir leur efficacité, réorganiser l'offre hospitalière au bénéfice du médico-social.

Le secteur se caractérise donc par une multiplicité des acteurs et de financements, un entrecroisement des responsabilités ; par la mise en œuvre de moyens conséquents mais aussi une certaine dispersion qui peut poser problème pour la concrétisation des orientations impulsées par l'État.

Discipline transversale, la santé durable relève aussi de la compétence du Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du développement durable et de la Mer. Les missions de ce ministère sont relatives :

- au logement, aux aménagements durables et aux ressources naturelles
- à l'énergie et au climat
- au développement durable
- à la prévention des risques
- aux infrastructures, aux transports et à la mer

Ce ministère est relayé en région par les DREAL (directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement), ainsi que par des services départementaux et inter-départementaux.

En matière santé environnementale, il faut aussi souligner le rôle récurrent de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), qui a pour mission de susciter, coordonner ou réaliser des opérations ayant pour objet la protection de l'environnement et la maîtrise de l'énergie. Si sa mission principale ne concerne pas directement la santé environnementale, l'ADEME contribue beaucoup aux travaux menés en France dans le domaine de la qualité de l'air, du bruit et des déchets, et elle a été un acteur majeur du Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement (PPE-TSE), administré conjointement par la CEE-ONU et l'OMS.

B. Orientations et réalisations notables

Les tendances fortes en France en matière de santé sont à l'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre les exclusions; la réduction de la mortalité et la morbidité évitables, ainsi que les disparités régionales en matière de santé. De plus ce pays a cherché ces dernières années à se doter de structures liant environnement et santé.

- Le plan national d'éducation pour la santé

Une particularité française consiste en la mise en place d'un plan national d'éducation pour la santé (2001) qui s'inscrit dans la démarche de promotion de la santé définie selon la Charte d'Ottawa. Ce plan stipule que l'éducation pour la santé est une composante de l'éducation générale et relève d'une mission de service public, intégrée au système de santé *et* au système d'éducation. Dès lors, parents, enseignants, soignants, travailleurs sociaux, associations de patients, etc. sont des acteurs naturels de l'éducation pour la santé qui doivent être aidés et soutenus par des professionnels de la santé spécialisés dans ce domaine.

Ce plan est aussi notable en ce qu'il se fixe pour but « *que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et*

sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité (...), que chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité, quel que soit son statut social et professionnel, quel que soit l'endroit où il habite, quelle que soit l'école qu'il fréquente, quel que soit le professionnel de santé qu'il consulte ». Autrement dit, les autorités publiques n'ont pas pour seul rôle de permettre l'accès à des soins curatifs ; mais aussi de donner des outils de responsabilisation des personnes vis-à-vis de leur propre santé. Pour que les politiques de prévention soient efficaces, les citoyens doivent adhérer aux dispositions qui sont prises à leur encontre ; il est nécessaire qu'ils en soient acteurs, qu'ils puissent participer aux décisions.

- Plan national de nutrition-santé (PNNS)

Créé en 2001, ce programme comprend 9 objectifs nutritionnels prioritaires, dont augmenter la consommation des fruits et légumes, réduire l'apport journalier en lipides, prévenir la dénutrition et les carences chez les personnes âgées et les personnes en situation de précarité. Depuis 2006, l'accent a été mis sur la prévention, avec un effort supplémentaire sur l'éducation nutritionnelle. Ceci passe notamment par le dépistage précoce et la prise en charge des troubles alimentaires avec création de réseaux de prise en charge et formation des soignants ; un recentrage sur les populations défavorisées/précarisées avec mobilisations des mouvements associatifs ; un effort de recherche et d'expertise dans le champ de la nutrition pour mieux dépister et soigner.

Il est intéressant de noter que le plan s'est fortement axé sur la question de l'offre alimentaire, étudiant notamment l'impact des messages publicitaires et sur le rôle de la grande distribution. Cela a donné lieu par exemple à la suppression de la publicité pour certains aliments et pour certaines boissons sucrées lors de la diffusion d'émissions s'adressant aux jeunes et au retrait des sucreries aux caisses des magasins de la grande distribution.

- Plan national santé environnement (PNSE) :

Une des orientations prioritaires du PNSE français (2004-2008 puis 2008-2013) est de promouvoir la santé environnementale, en limitant les polluants et les risques sanitaires qui influent sur la santé et ce, dans tous les milieux de vie. Il permet aussi de développer et améliorer la coordination interministérielle entre le ministère de l'Environnement et le ministère de la Santé, et avec les autres ministères (notamment ceux du Travail et de la Recherche). Il a été élaboré de manière conjointe.

Les priorités d'actions sont :

(1) Garantir un air et une eau potable de bonne qualité (ex. réduction des émissions de particules diesel provenant des voitures, réduction des émissions toxiques d'origine industrielle, etc.) ;

(2) Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers (ex. : réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses;

(3) Mieux informer le public et protéger les populations sensibles, comme les enfants et les femmes enceintes. Ex. : Faciliter l'accès à l'information en santé-environnement et favoriser le débat public, améliorer la prévention du saturnisme infantile et la prise en charge des enfants intoxiqués, etc.)

Parmi les réalisations du premier MNSE, citons :

« – une réduction des émissions atmosphériques industrielles en cadmium, plomb, benzène, dioxine et chlorure de vinyle monomère comprise entre 50 et 85 % ;

– des procédures de protection sur près de 75 % des captages d'eau potable ;

– le lancement d'enquêtes de grande ampleur sur la qualité de l'air dans les logements et dans les écoles par l'observatoire de la qualité de l'air intérieur et la proposition de premières valeurs guides par l'afssset pour certains polluants présents dans l'air intérieur (formaldéhyde, monoxyde de carbone et benzène) ;

– l'impulsion d'autres plans gouvernementaux comme le plan santé-travail (..);

– la création de l'observatoire des résidus de pesticides (...) ³»

Suite à ces premières avancées, ont été établies comme priorités pour PNSE 2 « réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé » et « réduire les inégalités environnementales », ces deux priorités se déclinant en 12 mesures phares (qui elles-mêmes se déclinent en plans nationaux et/ou régionaux). Ces mesures abordent les domaines de la pollution atmosphérique (objectifs chiffrés de réduction des concentration de particules fines dans l'air, etc.), la pollution intérieure (étiquetage sanitaire des produits de construction, etc.), la mobilité, la qualité des eaux de captage, les rejets médicamenteux dans l'environnement, l'exposition professionnelles aux risques sanitaires (diagnostic, etc.), les logements insalubres. La qualité de l'environnement dans les bâtiments accueillant des enfants fait l'objet d'un point à part entière.

³ Environnement-Santé, 2è Plan National 2009-2013, Des actions concrètes pour la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement. http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE2_partie1_cle012d78.pdf

III. Pays-Bas

A. Organisation

Au plan national, les compétences des ministères sont ainsi réparties :

- Le Ministère de la Santé publique, du Bien-être et du Sport « *encourage la population à vivre de manière saine, à faire davantage d'efforts physiques, à moins fumer, à modérer la boisson, à avoir des rapports sexuels « sécurisés », et à adopter une alimentation saine* ». L'accent est mis aussi sur la question de l'équité dans l'accès aux soins. L'approche en la matière est particulière en ce qu'elle établit un lien explicite entre la santé et la capacité à exercer sa pleine citoyenneté : « *les personnes ayant des problèmes de santé devraient pouvoir consulter leur médecin traitant, recevoir des soins à l'hôpital ou dans toute autre institution de soins au moment nécessaire. Quoique les Pays-Bas soient un pays riche, une partie de la population ne voit pas cette richesse, n'étant pas économiquement indépendante, et ne peut entièrement participer à la société. Pour améliorer leur position, le ministère coopère avec les ministères des Affaires économiques, de l'Education et du Logement pour renforcer l'infrastructure sociale* ».
- Le Ministère du Logement, de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement opère dans les domaines de « l'aménagement viable de l'espace, le logement et l'environnement ». C'est aussi lui qui gère et supervise les projets de construction des bâtiments publics.
- Le Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi rejoint les enjeux de santé durable en ce qu'il a pour tâches de créer des opportunités d'emploi et d'encourager un système actif de sécurité sociale.
- Le Ministère des Transports, des Travaux publics et de la Gestion des Eaux a notamment pour compétence d'assurer la protection durable des eaux. Parmi ses objectifs globaux figurent la sécurité et la qualité de vie aux Pays-Bas, ainsi que « *la responsabilité individuelle des citoyens, des entreprises et des autres autorités* ».

B. Orientations et réalisations notables

Le système de santé des Pays-Bas a été élu meilleur système de santé en Europe en 2008 et 2009, selon l'indice des consommateurs européens annuel⁴. En 2009, les Pays-Bas se sont classés devant le Danemark (particulièrement performant dans l'accessibilité d'informations pour les patients et le renforcement des droits des patients mais présentant des problèmes

⁴ L'indice de santé annuel des euro-consommateurs compare les services de santé de 33 pays européens, avec pour critères : les droits des patients, la « e-santé », les temps d'attente, l'équilibre des budgets, la palette de services offerts, l'accès aux soins.

en matière de temps d'attente) ; et la Suède (efficace notamment dans l'analyse des coûts/bénéfices en santé mais moins au point pour l'intégration des NTIC au système de santé).

Les Pays-Bas se sont avérés les plus à la page dans ces différents domaines. Selon Arne Bjornberg, Directeur de recherche à la Health Consumer Powerhouse⁵, le succès des Pays-Bas est aussi lié à la solidité de son modèle, plus tourné vers des démarches expérimentales et innovantes. Dans le domaine par exemple de la lutte contre les inégalités de santé, les Pays-Bas ont réagi plus tôt que la majorité des pays européens.

- Lutte contre les inégalités de santé

Les qualités d'innovation des services de santé néerlandais se retrouvent notamment dans la question du traitement des inégalités de santé. Les Pays-Bas en effet consacrent beaucoup d'attention à la réduction de ces inégalités et en sont à leur troisième plan visant une meilleure prise en charge des populations vulnérables et/ou défavorisées en matière de santé. Le dernier plan, élaboré en 2001, a pour mission de réduire les inégalités en termes d'éducation et de revenu, de réduire les effets négatifs des problèmes de santé sur la situation socio-économique et vice-versa et enfin de favoriser l'accès et l'efficacité des soins de santé pour les groupes socio-économiquement défavorisés.

Cette attention particulière a émergé plus tôt que dans la plupart des pays européens (dès 1980) et a été suivie de programmes de recherche et actions relativement pionniers⁶. Le gouvernement néerlandais a adopté dès 1985, l'objectif de l'OMS «la santé pour tous à l'horizon de l'an 2000», puis le ministère de la Santé a publié, en 1986, un rapport en partie consacré aux inégalités sociales de santé. Ces grandes orientations posées, des programmes de recherche ont été lancés et ont donné lieu à des expérimentations. Le premier programme (1989) visait à établir un diagnostic de l'ampleur et de la nature des déterminants des inégalités sociales en santé. Le programme d'expérimentations (1995-2001) a quant à lui donné lieu à douze expérimentations locales. Celles-ci ont été bâties selon quatre stratégies :

(1) Améliorer la position socio-économique des personnes les plus défavorisées : en donnant une allocation aux parents vivant dans la pauvreté;

⁵ Centre d'études et d'informations en santé établi à Bruxelles : <http://www.healthpowerhouse.com/>

⁶ Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen
Deuxième partie : quelques expériences européennes, coll., Bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, n° février 2005, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes93.pdf>

(2) Diminuer les effets des problèmes de santé sur la position socio-économique : par la mise en place d'un soutien scolaire spécifique aux enfants fréquemment absents pour raisons de santé;

(3) Diminuer l'exposition aux facteurs de risque contribuant aux inégalités sociales de santé: par une réduction des contraintes physiques liées au travail et des modifications de l'organisation du travail visant à réduire le stress professionnel, par des campagnes de prévention de masse et des campagnes de prévention ciblées en milieu scolaire et dans les quartiers défavorisés (tabagisme, hygiène dentaire, nutrition durant la grossesse...);

(4) Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins : par la formation de réseaux de soins locaux afin de prévenir l'exclusion parmi les personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques, par l'éducation à la santé auprès de patients turcs atteints de diabète et par des soins infirmiers et un suivi réalisé par les généralistes de patients atteints d'asthme ou de maladies pulmonaires chroniques vivant dans des zones défavorisées.

Selon les conclusions de ces 12 expérimentations, il apparaissait que les interventions sur les conditions de travail semblent efficaces; que les interventions locales ou ciblées sont à privilégier, tant pour la prévention que pour le soutien psychiatrique ou l'aide aux malades; qu'en revanche l'allocation fournie aux parents défavorisés et la campagne de prévention de masse se sont montrées moins efficaces que les autres mesures.

Sur base de ces programmes, des objectifs quantifiés et des recommandations ont été établis à partir de 2001. Le but est d'atteindre l'objectif de l'OMS : « réduire d'ici 2020 de 12 à 9 ans la différence d'espérance de vie sans incapacité entre les personnes de haut et bas statut socio-économique, grâce à une forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé du groupe le plus défavorisé ».

Onze objectifs intermédiaires, ont également été définis, correspondant aux quatre stratégies d'actions choisies lors de la phase d'expérimentations :

(1) réduire le nombre de ménages pauvres, (2) augmenter le pourcentage d'enfants défavorisés accédant à l'éducation secondaire, (3) maintenir le niveau des inégalités de revenu au niveau de 1996, (4) maintenir le niveau des pensions d'invalidité au niveau de 2000, (5) augmenter le pourcentage de personnes âgées de 25 à 64 ans occupant un emploi rémunéré parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique, (6) réduire les différences entre groupes d'éducation, (7) de tabagisme, (8) de sédentarité, (9) d'obésité, (10) d'exposition à des contraintes physiques liées au travail et de contrôle sur le lieu de travail, (11) maintenir au niveau de 1998 les différences de consommations de soins entre groupes d'éducation.

Pour chaque stratégie, quatre politiques et interventions ont été mises en place. Citons par exemple des initiatives de grande échelle, pour prévenir le tabagisme en milieu scolaire ou encore pour mettre sur pied des réseaux locaux pour les patients atteints de troubles psychiatriques chroniques. Des recommandations ont par ailleurs été formulées. Spécificité propre aux Pays-Bas : l'importance du maintien de certains acquis existant était explicitement soulignée et défendue dans ces recommandations (ex. : maintenir le niveau des pensions pour les inactifs pour raisons de santé et d'invalidité, maintenir une bonne accessibilité financière aux soins aux personnes de bas statut socio-économique).

- *Promotion de la santé dans les établissements scolaires*⁷

La santé des jeunes néerlandais, quoique globalement satisfaisante, est un sujet prioritaire pour les programmes de prévention. Certains facteurs de risque sont en effet persistants : la consommation de tabac reste élevée, la proportion de rapports sexuels non protégés s'est accrue. La situation s'est détériorée concernant la consommation d'alcool et le manque d'activité physique. Les troubles de santé mentales demeurent un phénomène assez commun.

Face à cela, les écoles peuvent jouer un rôle en faveur de la santé et du bien-être des jeunes. Aux Pays-Bas, l'accent est mis sur l'efficacité des programmes scolaires intégrés, holistiques, plutôt que sur des programmes purement informatifs et uniquement enseignés en classe. La campagne nationale « En avant pour la santé ! » (Ga voor gezond !) en est une illustration. En 2008-2009, plus de mille sept cents écoles primaires, ce qui représente environ un quart des écoles primaires néerlandaises. En 2006-2007, mille écoles avaient participé. Si l'efficacité sur le plus long terme reste bien entendu à évaluer, on voit déjà que la campagne permet d'attirer l'attention d'un grand nombre d'écoles sur le besoin de porter une attention structurelle à la santé et au bien-être.

Les objectifs du programme sont :

- La conception d'un programme d'action, planifié, visant à mettre la santé et la sécurité à l'agenda des écoles primaires hollandaises. L'originalité de la démarche est que l'intégration de ces thématiques est envisagée non pas en organisant des actions ponctuelles, mais bien de façon structurelle.
- La combinaison des forces : le programme doit faire office de fédérateur pour les différentes initiatives de qualité et de haut niveau liées à la santé et à la sécurité dans les écoles ;

⁷ Exemple tiré de « Pays-Bas : des programmes pour promouvoir la santé dès le primaire », Jansen J. et Buijs G., in La Santé de l'Homme n° 400, <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/400/06.htm>, consulté le 02.02.2009

– Le soutien : le programme doit donner lieu, à plus long terme, à la poursuite des actions et à l'éclosion de nouveaux projets. Autrement dit, le programme doit faire office de moteur, de stimulateur pour l'adoption structurelle de la méthode des écoles en santé dans les écoles primaires.

D'un point de vue concret, la campagne « En avant pour la santé ! » se base sur des activités ludiques sur les thèmes de la santé et de la sécurité. Ces activités sont adressées aux enfants, professeurs et parents.

« En avant pour la santé ! » est une combinaison astucieuse de différents outils et activités :

– Un test autoadministré, pour les élèves, les parents et les professeurs. Le test consiste en un questionnaire sur les comportements de santé (pour les élèves), sur la situation à l'école (pour les professeurs) et sur l'état de santé (pour les parents) ;

– Un rapport incluant les résultats pour chaque groupe ou chaque école, auquel les écoles peuvent avoir accès en ligne. Sur la base du rapport, l'école sélectionne des activités sur lesquelles elle souhaite travailler ;

– Un classeur de leçons : un cahier pour les élèves, des autocollants, un manuel pour les professeurs et un poster à l'usage de la classe. Le classeur inclut cinq thèmes de santé : l'alimentation, l'exercice, la santé physique, l'environnement social et un environnement scolaire sûr et sain ;

– Un bus qui visite environ huit écoles (dans un quartier). Des tracts avec des séries de jeux sont distribués dans les cours de récréation.

– Un site Internet et une lettre électronique.

La campagne est relayée à la télévision nationale, à travers huit programmes. Chaque programme se concentre sur une thématique et inclut un jeu et une « idée de la semaine ».

La campagne connaît un vif succès et constitue un bon exemple de collaboration entre structures publiques et privées : « *Plus de la moitié des écoles ont consacré davantage de temps à la santé depuis leur participation. Un quart des écoles est déterminé à inclure la santé dans sa politique d'établissement. 12 % des écoles participent à nouveau [en 2010-2011]* ».

IV. Suède

A. Organisation

L'administration centrale suédoise s'organise sur deux niveaux : les ministères, de taille réduite, et les agences nationales chargées des activités opérationnelles. Les agences bénéficient d'une grande autonomie de décision, de gestion (ressources humaines et budgétaires) et d'actions. Parmi les structures nationales agissant dans le domaine du développement durable et en lien avec la santé, citons :

- Le ministère de l'Environnement, chargé des questions environnementales et du développement durable. Les questions énergétiques sont du ressort du ministère de l'Industrie, des Energies et des Communications et ce qui concerne l'habitat dépend du ministère des Finances.
- Le ministère de la Santé et des Affaires sociales, chargé de définir les objectifs généraux du système de santé.
- L'Agence nationale de la santé et des affaires sociales, qui est l'autorité centrale de conseil et contrôle dans le domaine des services de santé, de la protection sanitaire et des services sociaux. Elle joue un rôle dans le développement durable en matière d'amélioration de la santé publique.
- Le Conseil consultatif environnemental, chargé de conseiller le Gouvernement en matière d'environnement. Il se concentre sur deux thématiques : l'utilisation et la gestion durable des ressources naturelles (agriculture, sylviculture, pêche) et le découplage croissance économique/dégradation de l'environnement associé à la nécessité d'une transition du secteur de l'énergie et des transports, des modèles de production et de consommation, et de la planification et la construction urbaine.
- Le Conseil suédois pour le Développement Durable, qui est une agence gouvernementale créée en 2005 et chargée de promouvoir le développement durable aux niveaux régional et local. Sa mission est centrée autour de quatre objectifs principaux dont « bâtir une société durable » et « promouvoir la santé pour tous ».

B. Orientations et réalisations notables

- *De forts objectifs d'équité*

La Suède est connue pour être un acteur incontournable du développement durable et un pays qui depuis longtemps poursuit une politique sociale fortement guidée par des objectifs d'équité.

Les inégalités de santé semblent toutefois être de même ampleur que dans la majorité des pays européens, avec 40% de différence de mortalité entre travailleurs manuels et non manuels⁸. Pour y remédier, l'approche développée par la Suède depuis une dizaine d'années fait le choix d'une politique de santé structurellement imprégnée d'objectifs d'équité –plutôt que de développer une politique ciblée d'action contre les inégalités de santé en tant que telles.

Les prémisses de cette politique sont apparues en 1997. Une commission nationale de santé publique a alors été mise sur pied, composée de représentants des différents partis politiques et d'experts, et chargée de définir des objectifs nationaux de développement de la santé et des stratégies pour les atteindre. Comme aux Pays-Bas, on remarque que la conception de la justice sociale sous-jacente s'appuie sur l'idée que la santé est une condition pour que chacun puisse exercer pleinement sa citoyenneté.

Le rapport préliminaire de la commission a émis une série d'objectifs et d'indicateurs. Ce contenu proposé a été soumis à une large concertation. Suite à cela, le rapport final, intitulé « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique », a été rendu au gouvernement en 2000. Ce rapport se compose de 18 grands objectifs, déclinés en une cinquantaine de sous-objectifs. Globalement, le rapport se distingue par le fait que les objectifs sont désignés non pas sous forme de résultats de santé mais de déterminants de santé. Cela induit que l'action doit se situer très en amont du système de soins et de prévention.

- Un premier groupe d'objectifs se réfère à des déterminants sociaux *généraux*, sociétaux, mis en avant comme les conditions nécessaires d'une amélioration de la santé de toute la population : la cohésion sociale, la participation et la réalisation de soi, les conditions de vie dans l'enfance, le plein emploi, un environnement de travail ou d'habitat sain, des espaces verts.
- Un autre groupe d'objectifs appelle à lutter contre les facteurs de risque liés aux comportements individuels : nutrition, exercice physique, tabac, alcool, sexualité, drogue.
- Une autre série d'objectifs apporte des compléments plus transversaux investir à long terme dans la recherche, notamment pour déterminer les coûts et bénéfices des interventions en matière de santé publique ; orienter plus fortement les services de santé vers la prévention et la promotion de la santé.

- *Une politique de santé publique caractérisée par sa vision intégrée de la santé*

La politique de santé publique telle qu'elle a été votée finalement en avril 2003 regroupe les 18 thèmes vus plus haut en 11 grandes orientations fondamentales. Sur ces 11 principes :

⁸ Kunst A., Groenhof F., Mackenbach J., « Inégalités sociales de mortalité prématurée :

la France comparée aux autres pays européens », in Leclerc et al. Eds « Les inégalités sociales de santé », La découverte, p. 53-68.

- Cinq regroupent des facteurs de risques liés au mode de vie individuel : une protection efficace contre les maladies transmissibles, une sexualité sûre, plus d'activité physique, de bonnes habitudes alimentaires, une baisse des addictions ;
- Cinq concernent le contexte environnemental, économique et social : participation et influence dans la société, sécurité économique et sociale, sécurité et conditions de vie favorables pour les enfants et les adolescents, un environnement et des produits sûrs, une vie au travail plus saine, ;
- Un dernier vise à rendre les services de soins promoteurs actifs de la bonne santé.

La politique de santé publique suédoise fait donc une place assez large au lien entre santé et le contexte global. Par exemple, avec l'objectif « participation et influence dans la société », les pouvoirs publics reconnaissent directement que la position des individus dans la société et le sentiment -ou non- de pouvoir influencer sur sa propre vie, sont des déterminants fondamentaux de la santé. Améliorer la santé globale du pays suppose par conséquent de renforcer la démocratie, d'accroître le capital social des plus vulnérables, de lutter davantage contre les discriminations de toutes sortes.

L'objectif « sécurité économique et sociale » illustre aussi la vision intégrée de la politique de santé suédoise. Cet objectif en effet considère explicitement la pauvreté et l'insécurité économique comme des facteurs de mauvaise santé. On a vu que la commission ayant préparé la loi de santé publique avait assorti chacun des principes d'une série d'indicateurs d'évaluation de leur réussite. Pour l'objectif « sécurité économique et sociale », les indicateurs posent très clairement des cibles qui relèvent directement non pas de politiques de santé mais bien d'autres politiques, comme celles de l'emploi, des affaires sociales, etc. Par exemple : « diminuer la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté à un niveau inférieur à 4% (proportion de départ = 4,8%) » ; « faire décroître le chômage de longue durée de 1,4% à 0,5% » ; « accroître le taux d'emploi des personnes avec une maladie de long terme ou un handicap de 53% à 70% ».

- Un plan national d'action environnementale et sanitaire précurseur

La Suède a été parmi les premiers pays de l'OCDE à publier un plan national d'action environnementale et sanitaire, dans la foulée de la Conférence d'Helsinki (deuxième conférence européenne sur l'environnement et la santé) en 1994. Elle en a depuis intégré les objectifs dans les politiques nationales de gestion de l'environnement et de santé publique. Ce caractère proactif a permis à la Suède d'atteindre relativement tôt des résultats importants : baisse de l'utilisation des pesticides, réduction des rejets de métaux lourds dans l'environnement, diminution de l'absorption humaine de substances telles que les polluants organiques persistants (POPs) et le plomb, amélioration de la qualité de l'air intérieur par des réglementations sur les systèmes de ventilation et les concentrations de radon dans les bâtiments.