

REVUE DE LITTÉRATURE DU RESO #02 - AOÛT 2017

**TIREZ VOTRE PLAN !
UNE ANALYSE DE « PLANS » POUR
PROMOUVOIR LA SANTÉ EN FLANDRE, EN
FRANCE, AU QUÉBEC ET EN SUISSE**

**SERVICE UNIVERSITAIRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ
RESO / IRSS / UCL**

REVUE RÉALISÉE PAR
Ségolène Malengreux

AVEC LA COLLABORATION DE
Isabelle Aujoulat, William D'Hoore,
Dominique Doumont et Philippe Vanstippen

AVEC LE SOUTIEN DE



UCL
Université
catholique
de Louvain



**UNE PUBLICATION DU RESO - SERVICE DE PROMOTION DE
LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN**

UCL
Université
catholique
de Louvain



AUTEURE :

MALENGREAUX Ségolène

AVEC LA COLLABORATION DE :

D'HOORE William, AUJOULAT Isabelle,
DOUMONT Dominique et VANSTIPPEN Philippe

REMERCIEMENTS :

COLLA Quentin et GRARD Adeline

MISE EN PAGE :

VANSTIPPEN Philippe

EDITEUR RESPONSABLE :

AUJOULAT Isabelle

CONTACT :

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.14,
B-1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique
Tél. +32(0)2 764 32 82 – resodoc@uclouvain.be

**RETROUVEZ LES AUTRES
PUBLICATIONS DU RESO A L'ADRESSE :**

WWW.UCLOUVAIN.BE/RESO

POUR CITER CE DOCUMENT :

MALENGREAUX Ségolène, *Tirez votre plan! Une analyse de
« Plans » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au
Québec et en Suisse.* Woluwe-Saint-Lambert : RESO, 2017.

AVEC LE SOUTIEN DE :



TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	8
1.1. Contexte	8
1.2. Objectif	9
2. PRÉSENTATION DES PLANS INCLUS	11
2.1. La Flandre (Belgique)	11
2.2. La France	12
2.3. Le Québec	14
2.4. La Suisse	17
3. LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DES PLANS	22
3.1. En Flandre	22
3.2. En France	22
3.3. Au Québec	22
3.4. En Suisse	22
4. LE CONTENU DES PLANS	25
4.1. Les méthodes de définition des priorités	25
4.2. La formulation des objectifs	26
4.3. Les thématiques prioritaires des Plans	28
4.4. Les approches de formulation des objectifs	34
5. LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS	36
5.1. En Flandre	36
5.2. En France	36
5.3. Au Québec	37
5.4. En Suisse	37
6. LES DISPOSITIFS D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS	39
6.1. En Flandre	39
6.2. En France	40
6.3. Au Québec	41
6.4. En Suisse	42
7. BIBLIOGRAPHIE	47
8. ANNEXES	49

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- Figure 1 :** Structure du Plan régional flamand
- Figure 2 :** Structure du Plan national français
- Figure 3 :** Structure du Plan régional français
- Figure 4 :** Fiche de l'axe 1 du Plan régional québécois
- Figure 5:** Structure des Plans régional et national québécois
- Figure 6:** Déclinaison du programme national de santé publique québécois
- Figure 7:** Structure du Plan national suisse
- Figure 8:** Structure du Plan régional suisse
- Figure 9:** Hiérarchisation des objectifs
- Figure 10:** Exemple de séquence d'objectifs
- Figure 11 :** Principales composantes de la stratégie d'évaluation du Plan national québécois
-
- Tableau 1:** Thèmes centraux des objectifs de l'approche par problématiques de santé
- Tableau 2:** Thèmes centraux des objectifs de l'approche par déterminants de la santé
- Tableau 3:** Thèmes centraux des objectifs de l'approche par populations
- Tableau 4:** Thèmes centraux des objectifs de l'approche par milieux de vie
- Tableau 5:** Thèmes centraux des objectifs de l'approche par stratégies d'action

ABRÉVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
COCOF	Commission communautaire française
FNES	Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé
INSPQ	Institut National de Santé Publique Québec
IReSP	Institut de Recherche en Santé Publique
IRISPC	Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada
MNT	Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles
MOSEB	Système de monitoring alimentation et activité physique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAR	Plan d'Action Régional
PNSP	Programme national de santé publique
PRS	Projet Régional de santé
PSCH	Promotion Santé Suisse
PSE	Promotion Santé à l'Ecole
SNS	Stratégie Nationale de Santé
VIGEZ	Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Depuis 1997, la politique de promotion de la santé en Belgique francophone est organisée par décret. Pour mettre en œuvre cette politique, un premier programme quinquennal (1998-2003) a été arrêté par le Gouvernement de la Communauté française. Ce programme/dispositif a fait l'objet d'un bilan en mai 2003 réalisé par les acteurs du secteur qui pointaient notamment un manque de ressources pour la mise en place d'un processus d'évaluation organisé/continu et l'absence d'indicateurs de suivi.

En 2003, le gouvernement vote un nouveau décret et un second programme quinquennal (2004-2008) voit le jour. Ce nouveau programme sera d'ailleurs prolongé jusqu'en 2014. Pour déterminer les priorités de la politique de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, trois axes fondamentaux sont identifiés : principes d'action (promouvoir la participation citoyenne, favoriser le travail en réseau, développer des procédures d'assurance de qualité des projets, etc.), acteurs prioritaires (acteurs des milieux de vie, pouvoirs locaux et tissu associatif local, acteurs politiques et institutionnels, etc.), thématiques de santé prioritaires (assuétudes, cancers, santé environnementale, dépistages néo-nataux, etc.)

Par décret, des plans communautaires opérationnels font suite à chacun des programmes quinquennaux (détermination d'objectifs opérationnels).

Suite à la sixième Réforme de l'Etat, de nombreuses compétences en matière de santé et d'action sociale ont été transférées aux Régions et aux Communautés. C'est ainsi qu'au 1er juillet 2014, le secteur de la promotion de la santé a été transféré de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Commission communautaire française (COCOF) à Bruxelles et à la Région wallonne. L'Office de la Naissance et de l'Enfance acquiert en début 2015 des compétences relatives au suivi préventif de la santé des enfants (PSE).

Ce nouveau découpage institutionnel a nécessité une réorganisation complète du secteur et la rédaction de nouveaux décrets et plans dans les deux régions.

Un nouveau décret proposant un cadre légal à la politique bruxelloise de promotion de la santé a été adopté par le Parlement francophone bruxellois début 2016 et le plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 du gouvernement francophone bruxellois vient d'être approuvé (juin 2017). Ce plan détermine « les grandes priorités de la Commission communautaire française en matière de promotion de la santé pour les cinq ans à venir, et constitue la base des appels à candidatures et aux appels à projets destinés aux opérateurs qui seront amenés à le mettre en œuvre »^[1].

Quant à la Région Wallonne, une note cadre relative aux enjeux majeurs du Plan Prévention Santé Horizon 2030^[2] a été proposée au Gouvernement wallon début 2017 (1ère partie du plan wallon fondée sur l'analyse du contexte institutionnel et épidémiologique wallon qui a permis d'identifier les priorités de santé publique et de déterminer les objectifs stratégiques). La seconde partie du plan permettra d'objectiver les mesures concrètes à mettre en place pour l'atteinte des objectifs stratégiques.

Ces décrets et *Plans* sont donc déterminants pour les acteurs de terrain. D'une part, ils fixent les priorités des régions en termes de prévention et de promotion de la santé dont découleront des financements pour des projets et des services. D'autre part, ils

[1] Mme Cécile Jodogne, Ministre de la Santé du gouvernement francophone bruxellois, http://www.jodogne.be/sites/jodogne.dd/files/1_fichiers/plan-promotion-sante-2018-22.pdf, consulté le 07/07/17

[2] Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie – Horizon 2030, <http://prevot.wallonie.be/plan-pr-vention-sant-horizon-2030-les-enjeux-majeurs-de-la-pr-vention-et-de-la-promotion-de-la-sant-en-wallonie>

sont garants d'une cohérence d'ensemble et du développement de synergies entre les différents acteurs de terrain.

1.2. Objectif

Ce contexte de transition a eu des implications importantes pour les instances nouvellement compétentes^[3] en matière de promotion de la santé. Un temps d'appropriation de la nouvelle compétence a notamment été nécessaire pour les cabinets et leurs administrations ainsi qu'un temps de familiarisation avec les acteurs de terrain œuvrant en promotion de la santé. Cette transition entraîne inéluctablement une réorganisation du secteur de la promotion de la santé initiée par les décrets et les *Plans* régionaux.

Une des missions du service universitaire de promotion de la santé RESO/UCL étant le soutien méthodologique pour l'aide à la décision politique, nous avons été consultés à plusieurs reprises par les personnes chargées de l'élaboration de ces *Plans*. A la suite de quoi, nous avons proposé d'examiner le *Plan* de la Région flamande, conçu dans le même contexte de régionalisation belge présenté ci-dessus, et les *Plans* de 3 autres pays francophones afin de mettre en exergue d'autres approches, des nouvelles pratiques et visions en matière de politique de promotion de la santé.

En termes de vocabulaire, nous avons cherché une terminologie appropriée et commune aux différents pays pour parler de ce qu'en Belgique francophone nous appelons un « Plan de promotion de la santé ». Finalement, nous avons choisi de garder le terme « Plan » qui, dans notre travail, désigne **toute production des politiques (stratégies, politiques, programmes, ...), autant nationales que régionales, visant à structurer le secteur de la santé hors soins, à prioriser les objectifs de santé à atteindre et à guider les actions des associations œuvrant pour améliorer la santé et le bien-être des populations dans une vision de la santé faisant écho à la charte d'Ottawa**^[4].

Ce dossier s'adresse aux politiques, experts et professionnels belges et d'ailleurs qui, dans le cadre de l'élaboration d'une politique de promotion de la santé (qu'elle soit locale, régionale ou nationale), seraient susceptibles de participer ou d'être directement impliqués dans celle-ci. L'objectif de ce dossier est de mettre en exergue des faits saillants des *Plans* de promotion de la santé en termes de conception, de contenu, de mise en œuvre et d'évaluation. L'objectif est également d'alimenter la réflexion politique et les débats méthodologiques amorcés lors de la construction des *Plans* bruxellois et wallon. Ce travail ne prétend pas à l'exhaustivité.

Le *Plan* flamand constitue notre premier choix de *Plan* pour son ancrage dans un contexte similaire à celui des Régions bruxelloise et wallonne. Nous avons décidé de compléter notre sélection par des *Plans* francophones afin de bien comprendre les nuances liées à la langue, et issus de pays proches du contexte socio-économique de la Belgique afin que la comparaison ait plus de sens. Nous avons d'abord sélectionné des pays de la francophonie européenne : la Suisse et la France. Nous avons également choisi de travailler avec la province du Québec qui se distingue par ses recherches et ses innovations en promotion de la santé

Nous avons ensuite sélectionné les *Plans* de promotion de la santé de ces pays. Pour chacun d'entre eux, nous avons identifié le *Plan* national et un *Plan* régional. Les *Plans* régionaux ont été sélectionnés sur base de la langue du document, de la disponibilité du document et de la date de publication du *Plan*. Les caractéristiques des *Plans* inclus sont présentées dans un tableau en [annexe 1](#).

[3] En Région bruxelloise, il s'agit du cabinet du Ministre de la santé au Gouvernement francophone bruxellois et de son administration, le Service public francophone bruxellois. En Région wallonne, il s'agit du cabinet du Ministre des travaux publics, de la santé, de l'action sociale et du patrimoine et de son administration, l'Agence pour une Vie de Qualité.

[4] Organisation Mondiale de la Santé, Promotion de la santé - Charte d'Ottawa, 1986

Notre travail se divise en 5 grandes parties. La première partie présente, de manière générale, les *Plans* inclus dans ce travail. La deuxième partie porte sur la démarche d'élaboration des *Plans*. La troisième partie traite des objectifs des *Plans*. La quatrième partie discute de la mise en œuvre des objectifs des *Plans*. La dernière partie développe les dispositifs d'évaluation de la mise en œuvre des *Plans*.

2. PRÉSENTATION DES PLANS INCLUS

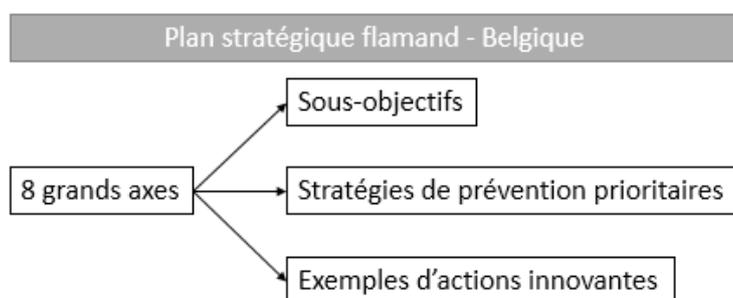
Nous commençons ce travail par une brève description des Plans inclus qui permettra, avant d'aller plus loin dans l'analyse, d'avoir une vision d'ensemble des différents Plans nationaux et régionaux que nous développons dans ce travail.

2.1. La Flandre (Belgique)

Le Plan stratégique de prévention de la Flandre couvre la période entre 2017 et 2025. Il faut d'emblée préciser qu'il n'était pas encore dans sa forme définitive au moment de la rédaction de ce travail. Ce Plan stratégique définit la politique de prévention en Flandre et est porté par l'Agence Soins et Santé du gouvernement flamand (Agenschap zorg & gezondheid).

La [figure 1](#) présente la structure des objectifs du *Plan* stratégique flamand. Ici, on voit 8 grands axes qui forment le fil rouge de la stratégie. Chaque axe est détaillé de la manière suivante : un ou plusieurs sous-objectifs, des stratégies de prévention priorisées et des exemples d'actions innovantes ou concluants sont présentés.

Figure 1 : Structure du Plan régional flamand



Les sous-objectifs font référence aux objectifs de santé visés d'ici 2025 et les exemples d'actions sont des interventions prenant place sur le territoire flamand qui ont un caractère innovant. Les stratégies de prévention prioritaires peuvent être de 4 types :

- L'éducation : information, sensibilisation, renforcement des compétences, etc. ;
- L'environnementale : physique, matériel, social ;
- La politique : plaidoyer, planification, mise en œuvre, réglementation à tous les niveaux de pouvoirs, etc. ;
- Les soins et l'accompagnement/soutien : implémentation d'un environnement bienveillant, détection et intervention précoces, soins de qualité, etc.

Le Plan flamand pose le cadre de la politique de santé autour des thématiques suivantes : l'alimentation, et l'activité physique, les comportements sédentaires, la malnutrition des personnes âgées, les troubles alimentaires, le tabac, l'alcool et les drogues, les substances psychoactives et les jeux de hasard et d'argent.

La stratégie flamande a pour principes de poser des objectifs et des stratégies réalisables et contextualisés, basés sur les preuves en termes d'efficacité et de rapport coût-efficacité, et qui soient acceptés et portés par le secteur et le politique au-delà de la santé.

2.2. La France

En France, la stratégie nationale de santé (SNS), publiée en 2013, définit « un cadre de l'action publique [...], pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires, ...) » (p.3).

Le fil rouge de la SNS tient donc en un double constat : le système de santé laisse subsister des inégalités et doit s'adapter aux besoins en mutation de la population. Cette stratégie nationale, portée par le Ministère des affaires sociales et de la santé, a été élaborée à partir des conclusions et recommandations du rapport du Comité des sages, un groupe d'experts^[5]. Son objectif est de « réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, diminuer la mortalité prématurée et améliorer l'espérance de vie en bonne santé. » (p.8) Pour y parvenir, la SNS mise essentiellement sur une adaptation du système de santé.

La [figure 2](#) illustre la déclinaison des axes stratégiques de la SNS. Trois grands axes la structurent. Ces grands axes sont assez généraux mais sont ensuite déclinés en axes puis en sous-axes qui ciblent des stratégies d'action plus précises.

Figure 2 : Structure du Plan national français



Le 26 janvier 2016, la *Loi de modernisation du système de santé* est publiée. Cette loi découle de la SNS et de ses priorités d'action.

En France, les travaux nationaux sont relayés par les *Agences Régionales de Santé* (ARS) qui les déclinent régionalement et localement pour élaborer des plans d'action adaptés aux réalités territoriales. La *Loi de modernisation du système de santé* s'accompagne en fait d'une forte territorialisation de la santé publique via ces ARS mais aussi d'une volonté de renforcer la démocratie sanitaire^[6]. Les ARS sont assez libres de leurs actions mais cadrées par les objectifs prioritaires de santé publique fixés au niveau national via la SNS et la *Loi de modernisation du système de santé*.

Cette loi prévoit également la création d'un centre d'expertise et de référence national appelé *Santé Publique France*. Cette Agence est au service du déploiement des

[5] Alain Cordier (inspecteur général des finances et ancien directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Geneviève Chêne (chef du pôle de santé publique au CHU de Bordeaux), Gilles Duhamel (inspecteur général des affaires sociales), Pierre de Haas (président de la Fédération française des maisons et Pôles de Santé, médecin généraliste), Emmanuel Hirsch (directeur de l'espace éthique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Françoise Parisot-Lavillonnière (directrice pour la Région Centre de l'Institut régional de formation sanitaire et social de la Croix-Rouge) et Dominique Perrotin (président de la conférence des doyens).

[6] « La démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. », ARS Ile de France

politiques publiques nationales d'une part, accompagne et soutient d'autre part le développement des politiques publiques régionales et locales^[7].

Les 17 ARS de France ont 2 grandes missions : le pilotage de la politique de santé publique (notamment par la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé) et la régulation de l'offre de santé en région afin de mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé (notamment par la formation des professionnels de santé et la création d'établissements et services de soins et médico-sociaux)^[8]. Dans ce travail nous nous concentrons sur la politique de santé publique de l'ARS des Pays de la Loire.

Le **Projet Régional de santé (PRS) des Pays de la Loire** couvre la période entre 2012 et 2016. Il s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens. Ce qui signifie qu'il définit les objectifs pluriannuels de l'Agence ainsi que les mesures destinées à les atteindre. Il a pour ambition d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité et le taux de mortalité évitable, de faire progresser l'organisation du système de santé par la formation des professionnels, l'innovation et la mise en place de parcours de santé individualisés et coordonnés et enfin, de faire face à l'augmentation de la population, du nombre de personnes vivant avec une maladie ou un handicap en répondant à leur besoin d'accompagnement personnalisé.

Le PRS des Pays de la Loire est un long document de près de 1 000 pages dans lequel sont distingués plusieurs programmes permettant d'atteindre les objectifs du PRS. En premier lieu, 3 grandes orientations stratégiques sont annoncées : la personne au cœur des préoccupations du système de santé – la proximité organisée – la maîtrise des risques concernant la santé des populations. En deuxième lieu, le PRS comporte 3 « schémas » régionaux qui fixent des objectifs pour la prévention et la promotion de la santé, l'organisation des soins et l'accompagnement médico-social. En troisième lieu, 5 programmes territoriaux (un par département) viennent présenter les actions qui seront réalisées en lien avec les objectifs des schémas et la réalité du territoire. En dernier lieu, 4 programmes régionaux thématiques déclinent les grandes actions qui seront menées pour 4 thématiques centrales : l'accès à la prévention et aux soins pour les populations plus fragiles et vulnérables, l'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, les systèmes d'information partagés et de télémédecine et enfin la gestion du risque.

Le schéma régional de prévention est le document qui correspond le plus à notre définition d'un *Plan* de promotion de la santé énoncée plus haut qui, pour rappel, vise « à structurer le secteur de la santé hors soins, à prioriser les objectifs de santé à atteindre et à guider les actions des associations œuvrant pour améliorer la santé et le bien-être des populations dans une vision de la santé faisant écho à la charte d'Ottawa ». C'est donc avec le schéma régional de prévention de l'ARS des Pays de la Loire que nous poursuivrons l'analyse.

Ce dernier a pour enjeu « de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés sur leurs missions de prévention et de réduction des inégalités de santé, permettre à chacun d'être acteur de sa santé, redéployer des moyens pour une politique de prévention active et déterminée, avec pour finalité la diminution du taux de mortalité prématurée évitable avant 65 ans » (p.64)

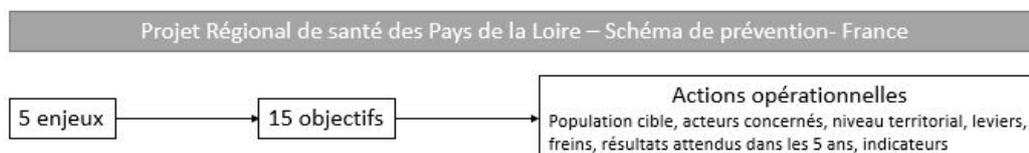
Le schéma régional de prévention est structuré de la manière suivante (cfr. [figure 3](#)) : 5 enjeux de prévention sont identifiés et déclinés en objectifs qui sont eux-mêmes traduits en actions opérationnelles et accompagnés de détails tels que le public cible de l'objectif, les acteurs responsables de mettre en œuvre les actions, le niveau territorial

[7] Santé Publique France, <http://www.santepubliquefrance.fr/>, consulté le 19-07-17

[8] Agences Régionales de la Santé, <https://www.ars.sante.fr>, consulté le 19-07-17

concerné, les freins et leviers à l'implémentation et les résultats attendus et indicateurs d'évaluation.

Figure 3 : Structure du Plan régional français



2.3. Le Québec

Le **programme national^[9] de santé publique (PNSP)** du Québec s'étend sur la période de 2015 à 2025. Il définit l'offre de services de santé publique qui sera déployée par le secteur médico-social par des actions sur les déterminants de la santé. Il a pour finalité le maintien et l'amélioration de la santé de la population ainsi que la réduction des inégalités sociales de santé. Le PNSP est un outil de planification socio sanitaire au niveau national et interrégional, coordonné par le Ministre de la Santé et des Services sociaux. Au niveau régional, des plans d'action sont élaborés par les différentes *directions de santé publique* en conformité avec le PNSP.

L'action en santé publique dans le PNSP est délimitée par les 4 fonctions essentielles de la santé publique : la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé de la population, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et la protection de la santé de la population.

Il définit 4 axes d'intervention et un axe transversal qui permettraient de favoriser « la convergence des efforts pour agir de manière intégrée au regard de déterminants communs à différents problèmes de santé évitables prioritaires » (p.37). Chaque axe est décliné en objectifs qui permettent d'indiquer « le sens de l'action visé et le progrès souhaité en vue d'atteindre des objectifs à plus long terme. » Outre les objectifs, les axes sont également traduits en une série de services, constituant *l'offre de services* (cfr. figure 5).

Comme dit précédemment, au niveau régional, les plans d'action sont élaborés par les *directions de santé publique*, propres à chaque région administrative, qui ont pour mandat d'une part, de veiller à la mise en œuvre d'actions de qualité en matière de promotion de la santé, de prévention de la maladie, des problèmes psychosociaux, des traumatismes et de protection de la santé publique et d'autre part, de surveiller l'état de santé de la population et de tirer de cette surveillance des données utiles pour identifier les besoins et mieux planifier les actions^[10]. Pour remplir ses missions, les *directions de santé publique* disposent d'outils nationaux tels que la *Loi sur la santé publique*^[11] et le PNSP et d'un outil majeur au niveau régional : le Plan d'action régional (PAR).

Pour ce travail, nous analysons le PAR de la Montérégie, une région située au Sud du Québec.

Le **Plan d'action régional** de la Montérégie (PAR Montérégie) est mis en place pour une durée de 5 ans entre 2016 et 2020. Le but du PAR est d'améliorer la santé de

[9] Nous nous devons de préciser que bien que le Québec soit une Province, l'intitulé de leur Plan utilise le terme « national »

[10] Santé Montérégie, <http://www.santemonteregie.qc.ca>, consulté le 19-07-17

[11] Cette loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général.

la population montérégienne. Il traduit et adapte l'offre de services présentée dans le PNSP à son contexte régional. Il convient de préciser que le PAR Montérégie ne reprend pas toute l'offre de services présentée dans le PNSP mais uniquement l'offre de services à destination des *Centres intégrés de santé et de services sociaux* (CISSS) et de la *Direction de Santé Publique*.

Au cœur du réseau de santé québécois il y a ces « centres intégrés de santé et de services sociaux » (CISSS) et les « centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux » (CIUSSS). Il s'agit d'établissements publics régionaux qui ont pour mission première de planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers. La différence entre les deux réside dans le fait que lorsqu'une université offrait un programme pré doctoral en médecine ou lorsqu'il y a un institut universitaire dans le domaine social dans la région socio sanitaire, le centre intégré se nomme *centre intégré universitaire de santé et de services sociaux*.

Des suites d'une réforme, on observe effectivement une centralisation importante de la gouvernance en santé publique sur le territoire québécois. La création des CISSS et CIUSSS a rassemblé sous un même établissement les offres de services de santé et sociaux qui étaient auparavant déclinés au niveau régional et local. Cette réforme a pour but d'harmoniser les pratiques et de faciliter l'accès aux services pour la population mais implique aussi un éloignement des établissements de la réalité territoriale du terrain qui s'illustre notamment par la disparition des *Plans* d'action locaux. Dorénavant, il est attendu que la mise en œuvre du *Plan* d'action régional soit adaptée par les acteurs à la réalité dans leur territoire.

Le PAR identifie donc un ensemble de services, adaptés du PNSP, qui est destiné aux CISSS/CIUSSS et à la *direction de santé publique*.

La **figure 4** ci-dessous illustre une fiche du PAR Montérégie. On y voit le service développé dans la fiche : Services de nutrition prénatals pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Un objectif de santé (« cibles ») est ensuite formulé suivi des freins (« défi ») à la réalisation de l'objectif. Cinq actions ont été identifiées pour atteindre cet objectif ainsi que l'/les acteur(s) étatique(s) responsable(s) de leurs réalisations et le cycle de réalisation.

Figure 4 : Fiche de l'axe 1 du Plan régional québécois

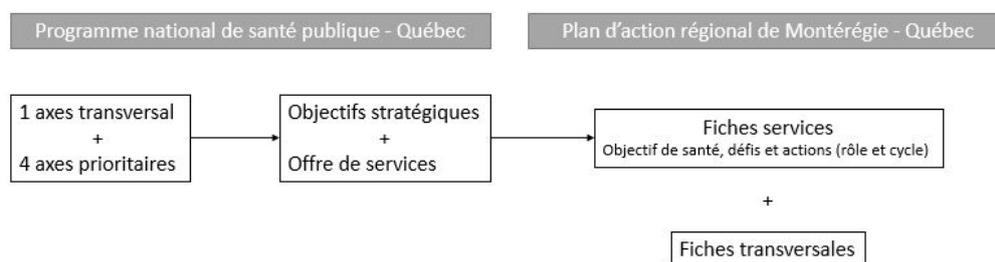
Service				
1-3	Services de nutrition prénatals et postnatals pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité			
Cibles	D'ici 2020, 80 % des femmes vivant sous le seuil de faible revenu auront bénéficié de services de nutrition prénatals et postnatals			
Défis	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte manuelle pour la reddition de comptes du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) exigeant temps et ressources • Complexité de la distribution de suppléments de vitamines et minéraux avec acide folique, car les nutritionnistes ne peuvent les remettre aux femmes enceintes (ordonnance collective) • Expertise des nutritionnistes requise et changements de pratique considérables pour l'application de la méthode Higgins • Pas de nutritionniste dans tous les territoires 			
Actions	Rôle		Cycle	
	CISSS	DSPublique	2016-2018	2018-2020
Poursuivre l'offre du programme de nutrition prénatal et postnatal auprès des femmes enceintes en situation de faible revenu (Fondation OLO, suppléments, etc.)				
Assurer la gestion administrative du PCNP et la reddition de comptes auprès de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC)				
Assurer un soutien dans la gestion administrative du PCNP et un suivi au niveau des plans de travail élaborés par les CISSS				
Explorer différentes possibilités pouvant permettre aux nutritionnistes de distribuer les suppléments de vitamines et minéraux avec acide folique				
Établir et mettre en œuvre des stratégies pour favoriser l'appropriation de l'Approche d'intervention nutritionnelle auprès des femmes enceintes en situation de faible revenu (selon la méthode Higgins et l'intervention nutritionnelle OLO) par les intervenantes				

Direction de santé publique de la Montérégie (2016), « Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 », Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, p.29, extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3858/PAR-VF.pdf, consulté le 07/07/2017

En plus des services issus du PNSP, la Montérégie s'est dotée de « fiches transversales ». Les sujets traités dans ces fiches sont des priorités ou fonctions de santé publique qui se retrouvent dans plusieurs axes du PNSP mais qui n'ont pas été traduits en services : les inégalités sociales de santé, le soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé, les communications, la fonction d'évaluation et l'enseignement et la recherche.

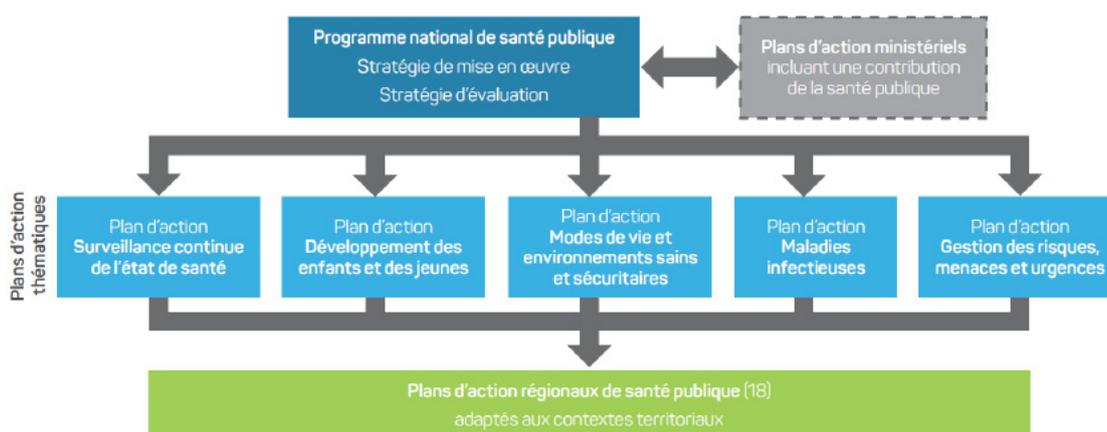
Dans la figure 5, présentant les Plans régional et national du Québec, on voit la continuité et le lien entre les deux Plans. Dans le Plan national, les axes sont identifiés et traduits en objectifs stratégiques puis en services. Le Plan régional priorise ensuite les services les plus en lien avec la réalité de son territoire et les décline dans des fiches (cfr. figure 4). La région a la liberté de sélectionner les services les plus pertinents sur son territoire et aussi d'en ajouter.

Figure 5: Structure des Plans régional et national québécois



Au Québec, les 2 Plans sont connectés par des liens forts comme le montre la figure 6. Le Plan d'action régional (en vert) doit être conforme à l'offre de services présenté dans le PNSP (en bleu foncé) mais en tenant compte des spécificités de sa population.

Figure 6: Déclinaison du programme national de santé publique québécois



« Programme national de santé publique pour améliorer la santé de la population du Québec 2015-2025 », Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 2015, p.61, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>, consulté le 07/07/2017

Il y a une cohérence d'ensemble entre le *Plan* national et le *Plan* régional. Entre les deux niveaux, il y a des Plans d'action thématiques (en bleu clair) qui traduisent les services du *Plan* national de manière opérationnelle et permettent une certaine harmonisation de l'action en santé publique entre le niveau national et régional puisque leur élaboration se fait en partenariat avec des acteurs étatiques nationaux, régionaux et avec l'Institut National de Santé Publique Québec (INSPQ). Ils précisent le partage des rôles et des responsabilités, les échéances, des indicateurs de résultats, de suivi et de gestion, etc

2.4. La Suisse

La **stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles** (MNT) et son plan de mesures s'étalent sur la période 2017-2024. Elle offre un cadre de référence aux acteurs étatiques et non-étatiques en matière de prévention des MNT. Le

Plan de mesures de la stratégie présente, quant à lui, les actions que la Confédération, les cantons et la fondation Promotion Santé Suisse (PSCH) mettront en œuvre pour améliorer la coordination entre les acteurs, accroître l'efficacité de la prévention et de la promotion de la santé et atteindre les objectifs visés par la stratégie.

La PSCH est une fondation de droit privé soutenue par les cantons et les assureurs. En vertu d'un mandat légal, elle initie, coordonne et évalue des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies^[12]. Chaque personne en Suisse verse par année un montant en faveur de la Fondation. Ce montant est prélevé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation.

La Suisse n'est pas la seule à s'être créé une fondation pour sécuriser les fonds à destination de la promotion de la santé : l'Autriche, l'Australie, l'Allemagne et la Hongrie ont fait de même. Dans un contexte où les pays dépensent parfois plus de 90% de leurs dépenses publiques dans le domaine de la santé et des soins de santé, dont seule une minime part (en moyenne 3,1% des dépenses allouées à la santé) est consacrée à la prévention et à la promotion de la santé, la sécurisation des fonds est un défi. Ainsi, la création d'une fondation de promotion de la santé, une entité indépendante avec des ressources publiques et sur du long-terme, est une alternative intéressante selon SCHANG *et al.*^[13] bien que comme les auteurs le rappellent, il ne s'agit pas pour autant d'un remède magique.

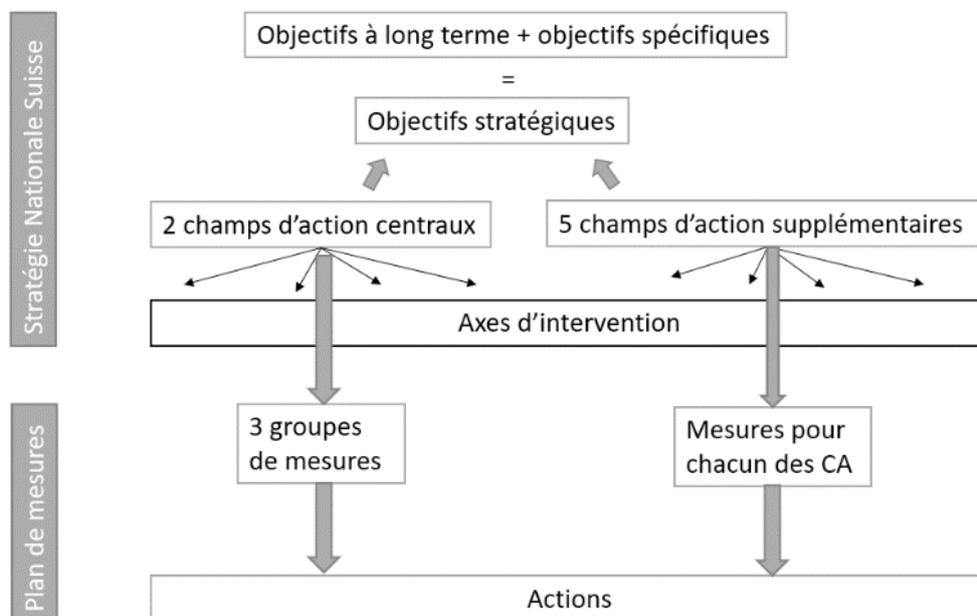
La vision de la stratégie nationale MNT est la suivante : « Plus de personnes restent en bonne santé ou bénéficient d'une qualité de vie élevée en dépit d'une maladie chronique. Moins de personnes souffrent de maladies non transmissibles évitables ou décèdent prématurément. Quel que soit leur statut socio-économique, les personnes sont encouragées à adopter des styles de vie sains dans un environnement favorable à la santé. » (p.32) La stratégie vise la santé et le bien-être des personnes en considérant qu'elles sont en mesure d'assumer la responsabilité pour elles-mêmes, leur santé et l'environnement. Elle vise donc à renforcer leur responsabilité individuelle, en encourageant le développement de leurs compétences en matière de santé. Elle encourage également le développement de conditions-cadres propices à la santé et prône la collaboration avec les différents domaines de la politique.

Le *Plan* national suisse suit une déclinaison assez complexe (cfr. [figure 7](#)). Pour atteindre les objectifs stratégiques, il est prévu de concentrer l'action dans 7 *champs d'action* (dont 2 sont centraux). Des axes d'intervention essentiels ont été identifiés et affectés à un *champ d'action* (bien que ces axes d'intervention peuvent agir sur plusieurs *champs d'action* simultanément). Ensuite, un *Plan* de mesures vient opérationnaliser ces *champs d'action* en identifiant les mesures permettant d'agir dessus. Enfin, chaque mesure est déclinée en activités concrètes pour lesquelles, les acteurs étatiques responsables de la mise en œuvre sont nommés : Confédération, Cantons ou PSCH. Le *Plan* répartit les principales mesures en trois groupes : promotion de la santé et prévention destinées à la population, prévention dans le domaine des soins et prévention dans l'économie et le monde du travail. Ces mesures sont complétées et renforcées par des mesures transversales émanant des *champs d'action* supplémentaires

[12] Loi sur l'assurance-maladie, article 19

[13] SCHANG L.K., CZABANOWSKA K.M. and LIN V., "Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland", Health Promotion International, vol. 27 2, 2011.

Figure 7: Structure du Plan national suisse



En Suisse, les cantons disposent d'un *service de la santé publique* mandaté pour promouvoir l'aménagement et le maintien des conditions de vie favorables à la santé, protéger la population par des mesures appropriées contre des risques ou des atteintes à la santé, assurer un accès sans discrimination aux prestations de soins et d'accueil aux personnes atteintes dans leur intégralité physique et psychique et veiller au respect de leurs droits et enfin, promouvoir la qualité des prestations en veillant à une utilisation judicieuse des ressources^[14]. La commission cantonale de prévention issue de ce service de santé publique participe à l'élaboration et au suivi de la politique cantonale de promotion de la santé.

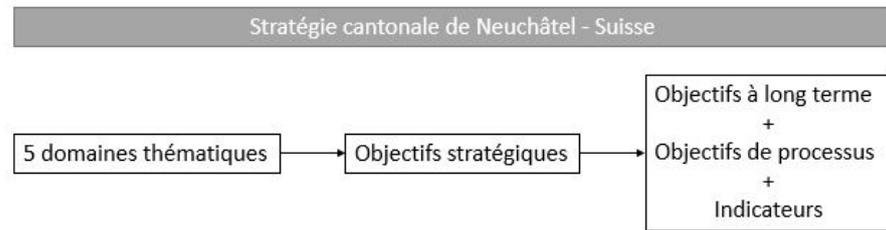
Nous avons choisi de travailler sur la politique cantonale de promotion de la santé du canton de Neuchâtel, situé à l'extrême ouest de la Suisse.

La **stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé de Neuchâtel** est prévue pour une durée de 10 ans entre 2016 et 2026. Elle est donc antérieure à la stratégie nationale. L'objectif de la stratégie est de définir et détailler la politique cantonale en matière de prévention et de promotion de la santé. Elle n'est donc pas restreinte aux MNT. Elle fixe 3 objectifs généraux et transversaux : développer la promotion de la santé et la prévention des maladies, favoriser la responsabilité multisectorielle et favoriser le développement de partenariats et de la coordination.

La structure de la stratégie cantonale est plus simple que la stratégie nationale (cfr. [figure 8](#)). Le canton distingue 5 domaines thématiques de la santé publique. Ces 5 domaines thématiques sont déclinés en objectifs stratégiques avec des objectifs spécifiques à long terme (2026) et des objectifs de processus (2022). Ceux-ci sont également accompagnés d'indicateurs.

[14] Neuchâtel, <http://www.ne.ch>, consulté le 19-07-17

Figure 8: Structure du Plan régional suisse



En Suisse, la communication politique entre les cantons et la Confédération passe le *Dialogue Politique nationale suisse de la santé*. Il s'agit de rencontres entre la Confédération et les cantons afin d'échanger des informations sur des thèmes communs et de coordonner le lancement de projets communs. Les cantons sont représentés par la *conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé* (CDS) qui a aussi participé à l'élaboration de la stratégie nationale MNT. Ce qui permet finalement une coordination et une concertation régulière sur les objectifs et activités de la Confédération et des cantons dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Malgré le fait que le *Plan* national n'ait pas encore été élaboré au moment de la publication du Plan régional, il y est fait référence. Il y est annoncé que la région se servira des recommandations fédérales pour optimiser sa propre politique de prévention et de promotion de la santé. Le fait que le *Plan* national soit annoncé dans le Plan régional qui lui est pourtant antérieur illustre l'existence d'une forte concertation entre les différents niveaux politiques.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Au travers de la structure des Plans, nous observons qu'ils partent tous d'axes ou d'objectifs très généraux qu'ils déclinent ensuite en objectifs spécifiques.

Les Plans régionaux vont bien souvent jusqu'à donner des détails d'implémentation de leurs objectifs comme en nommant les acteurs concernés, les freins et les leviers, les indicateurs d'évaluation, etc. Là où les Plans nationaux détaillent l'opérationnalisation de leurs objectifs très succinctement.

Il faut reconnaître une continuité et une cohérence entre les Plans régionaux et les Plans nationaux. Continuité sur le plan des priorités de santé ciblées et d'actions préconisées, particulièrement dans le cas du Québec, et cohérence en matière de vision : tous les Plans ont en ligne de mire les inégalités de santé.

Les Plans régionaux sont assez libres de choisir leurs priorités de santé qu'ils contextualisent.

Les Plans nationaux peuvent être considérés comme des outils de références pour les régions du pays.

Les Plans s'inscrivent dans une période plus ou moins longue allant de 5 à 10 ans.

Ils proposent avant tout un cadre de référence pour les pouvoirs publics (ministères, agences, institutions, etc.) et les acteurs de terrain (organisations, associations, fédérations, etc.) et permettent de circonscrire l'action en santé publique et de fixer des priorités.

Les Plans ciblent soit l'action des pouvoirs publics (comme les Plans national et régional québécois et les Plans nationaux français et suisse), soit l'action des acteurs de terrain subventionnés (comme les Plans régionaux suisse, français et le Plan de la Flandre).

3. LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DES PLANS

Nous nous sommes d'abord posé la question de la démarche d'élaboration/de construction des Plans. C'est ce que nous traitons dans cette troisième partie.

3.1. En Flandre

En **Flandre**, la première étape consistait à réaliser une évaluation de la politique précédente et une analyse du contexte afin de doter d'une base solide les travaux du *Plan* suivant. Cette évaluation et cette analyse ont été confiées à divers acteurs du secteur répartis en groupes de travail. Leurs analyses ont ensuite été soumises à des experts et à des acteurs pour avis. Sur base de leurs retours, une note a été réalisée portant sur les objectifs de santé et les stratégies de prévention. Cette note a de nouveau fait l'objet d'une consultation par des acteurs de terrain et a formé la base d'une conférence organisée en décembre 2016 qui avait pour objectif de stimuler l'engagement du terrain vis-à-vis de cette note pré-*Plan* et aussi de renforcer et partager les connaissances en termes de stratégies *evidence based* en prévention.

3.2. En France

Le **Plan national français** a été élaboré sur base d'un rapport réalisé par un groupe d'experts, appelé « le comité des sages », chargé par le Ministre de la santé de l'accompagnement des différentes étapes, de la mise en œuvre et du déploiement du *Plan*. Une démarche de concertation avec les acteurs de terrain a également nourri la réflexion. Ce *comité des Sages* est somme toute de composition assez homogène. Il s'agit principalement d'experts du monde médical.

Le **Plan régional français** s'appuie sur une démarche partenariale avec les instances de la démocratie sanitaire. Cette démarche s'est structurée autour d'un comité de pilotage et d'un comité stratégique qui a validé les étapes. En plus d'être partenariale, la démarche était également ouverte vers l'extérieur avec un débat public dans chaque territoire, des rencontres avec des usagers et des professionnels, des présentations multiples et des colloques thématiques (précarité, gestion du risque, handicap, addiction, etc.).

3.3. Au Québec

L'élaboration du **Plan national québécois** a reposé sur le *Ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS). D'autres personnes comme des décideurs, des gestionnaires ou des professionnels ont aussi contribué à son élaboration. Ces personnes proviennent de toutes les régions du Québec et sont actifs au MSSS ou à l'*Institut national de santé publique* (INSPQ). Elles ont été réparties dans des comités, des groupes et des sous-groupes de travail constitués et mandatés par le MSSS. On retrouve notamment : un comité stratégique, un comité directeur, des groupes de travail surveillance et promotion-prévention, des sous-groupes de travail sur les maladies infectieuses, l'action intersectorielle et les politiques publiques favorables à la santé, la *littérature* en santé, etc.

La coordination de l'élaboration du **Plan** régional québécois s'est déroulée sous la direction de la *Direction de santé publique* (qui a pour mandat la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et l'évaluation des programmes). Cependant, la réflexion a été menée par les trois CISSS. Une consultation du réseau de la santé et des partenaires a également nourri la réflexion.

3.4. En Suisse

L'élaboration du **Plan national suisse** a été coordonnée par des représentants de la Confédération (fédéral), des Cantons (régional) et de la *fondation Promotion Santé Suisse*. La construction de la stratégie et de son plan de mesures s'est faite en

parallèle. Deux rapports^[15], élaborés par des groupes de travail et portant pour l'un sur la « prévention dans le domaine des soins » et pour l'autre sur « les facteurs de risque, les activités nationales en matière de prévention et les synergies avec les stratégies spécifiques à des maladies », ont permis l'élaboration d'un premier projet de stratégie nationale qui a ensuite été mis en consultation aux acteurs pour avis. Les remarques ont été analysées et le projet retravaillé.

Le **Plan régional suisse** présente très succinctement son processus d'élaboration. Il y est fait état de diverses rencontres avec les acteurs du terrain.

[15] Office Fédérale de la Santé Publique, « Elaboration et plan de mesures de la stratégie MNT », <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/erarbeitung-massnahmenplanung-ncd.html> consulté le 26-01-2017

CE QU'IL FAUT RETENIR

Les Plans inclus dans ce travail développent assez succinctement leur méthodologie d'élaboration. Généralement, elle consiste en un comité de pilotage composé de représentants de structures publiques (cabinet ministériel, administration, institut public, etc.) et en un processus de concertation avec les professionnels, les usagers, les partenaires, etc. pour la réflexion autour du Plan.

Les Plans nationaux sont souvent sous la direction du cabinet du ministre en charge de la santé.

Au niveau régional, cela dépend fortement de la fragmentation politique : les Plans sont de la compétence du ministre régional (comme en Belgique) ou d'une instance publique en charge d'appliquer les politiques nationales et de piloter la politique régionale (comme les ARS en France, les services de santé publique en Suisse ou les CISSS au Québec).

Les Plans ne traversent donc pas ou peu les autres disciplines politiques au niveau de la conception.

Il y a une volonté d'adopter une approche inclusive et participative pour l'élaboration des Plans. Les acteurs invités à participer à leur élaboration sont variés : scientifiques, acteurs publics, usagers, fédérations, professionnels, associations, etc.

Les acteurs de terrain suisse et français participent également à l'élaboration des Plans bien qu'ils soient concernés par les financements qui en découleront.

Pour le travail de réflexion, les acteurs sont généralement rassemblés en groupes de travail.

La démarche inclusive se traduit notamment par une mise en consultation du Plan pour les acteurs de terrain dans le but de récolter leur avis et leurs remarques, comme pour la stratégie nationale suisse et le Plan d'action régional de Montérégie.

En complément des acteurs publics et des acteurs de terrain, les scientifiques ont également une place dans l'élaboration. Ils peuvent avoir divers rôles : relecteurs (Flandre), concepteurs (France) ou contributeurs (Québec, Suisse).

4. LE CONTENU DES PLANS

Ensuite, nous nous sommes intéressés au contenu des Plans en matière d'objectifs de santé. Premièrement, nous avons examiné les méthodes de définition des priorités de santé de chaque Plan. Deuxièmement, nous avons donné au lecteur une vue d'ensemble des (nombreux) objectifs des Plans. Pour ce faire, nous avons identifié les thématiques centrales des objectifs que nous avons classées en catégories. Ces dernières représentent les différentes approches de formulation d'objectifs adoptées par les Plans inclus. Le point 2 présente la méthode de travail que nous avons suivie pour l'analyse des points 3 et 4. Le point 3 aborde les thématiques des objectifs de chaque Plan et le point 4 traite des approches privilégiées par les Plans pour formuler leurs objectifs.

4.1. Les méthodes de définition des priorités

Poser des priorités concerne, d'après PINEAULT et DAVELUY^[16], l'orientation à donner à une organisation ou à des programmes. Cela « vise à sélectionner, d'une part, les problèmes qui feront l'objet des interventions de santé, c'est-à-dire les priorités d'action et, d'autre part, ceux pour lesquels il est d'abord nécessaire d'en mieux connaître les causes et les solutions, c'est-à-dire les priorités de recherche. » (p.277) Un processus de comparaison et de prise de décision doit donc être mené, qui peut se faire à l'aide de méthodes ou de techniques d'ordonnancement. La finalité de l'identification de priorités est avant tout d'éviter un éparpillement des ressources afin de les concentrer sur des sujets (problématiques, stratégies, actions, etc.) auxquels la préséance est donnée sur d'autres. Nous observons dans les *Plans* de ce travail diverses façons de déterminer les priorités de santé.

D'abord, tous les *Plans* commencent par une analyse détaillée du contexte dans lequel ils s'inscrivent avec notamment une analyse de l'état de santé des populations, des inégalités de santé, des différences territoriales, etc. et des besoins et éventuellement des solutions qui en découlent.

Bien souvent, les résultats de l'évaluation du *Plan* précédent constituent aussi une base de travail pour définir des priorités (c'est le cas des **Plans flamand et régional français**).

Le **Plan national suisse** s'appuie quant à lui sur les orientations définies par l'OMS. Ces orientations sont axées sur la prévention des maladies cardiovasculaires, du cancer, des affections chroniques des voies respiratoires et du diabète.

Enfin, une série de *Plans* fixe des critères de priorisation. Le **Plan national québécois** pose par exemple les critères suivants pour déterminer son offre de service : la pertinence, l'efficacité, la faisabilité, l'acceptabilité et l'équité des services. C'est également le cas du **Plan régional suisse** qui identifie 8 critères de priorisation : la base légale, les données épidémiologiques, le potentiel de prévention/promotion de la santé, une analyse coût/bénéfices, la cohérence avec le contexte national/intercantonal/international, les opportunités du terrain, les ressources à disposition et un bilan du plan précédent (cfr. [annexe 2](#)). C'est aussi le cas du **Plan flamand** qui utilise des critères pour déterminer et justifier les choix de thématiques et problématiques de santé prioritaires et les choix de stratégies et d'actions mis en avant : le coût social (DALY'S), le gain social (QUALY'S), la fréquence d'occurrence du problème, l'existence de stratégies de prévention fondées sur des données probantes, l'efficacité et la rentabilité des stratégies de prévention, la faisabilité et l'acceptation des stratégies de prévention et les valeurs sociales et tendances (stigmatisation, inégalités, préoccupations/anxiété, etc.).

[16] PINEAULT R. et DAVELUY C., « La planification de la santé – concepts, méthodes, stratégies », éditions nouvelles, Ottawa, 1995

4.2. La formulation des objectifs

Une fois les priorités identifiées, il reste encore à formuler des objectifs en lien. La formulation des objectifs se doit d'être claire, précise et compréhensible. En effet, les objectifs sont le point de départ pour l'action et son évaluation. Ils sont donc de grande importance. Leur analyse est cependant complexe. Le terme « objectif » souffre effectivement de déclinaisons très plurielles, chacun y apportant sa propre conceptualisation. Les *Plans* utilisent une multitude de termes pour les décliner : axe, objectifs, sous-objectifs, mesures, actions, etc. Pour permettre l'analyse du contenu de leurs objectifs, nous les avons reportés dans une conceptualisation commune à tous les *Plans* tirée de Pineault et Daveluy^[17].

La [figure 9](#) présente les différents types d'objectifs identifiés par ces auteurs. Nous avons ajouté un niveau supplémentaire d'objectifs : le ou les objectif(s) des Plans. Nous retrouvons ces derniers tout en haut de la pyramide. En nombre restreint, ces objectifs reflètent la vision du Plan. Ils ont été présentés dans la partie présentant les Plans ci-dessus. En dessous, nous retrouvons les objectifs généraux, détaillés par des objectifs opérationnels ayant trait à des actions ou des mesures qui sont en lien direct avec les objectifs supérieurs. Entre les objectifs généraux et opérationnels, il se peut que des objectifs intermédiaires soient insérés. Il n'est, bien entendu, pas toujours nécessaire de passer par cette séquence (objectifs généraux, intermédiaires et opérationnels) comme l'illustre la [figure 10](#)^[18].

Figure 9: Hiérarchisation des objectifs

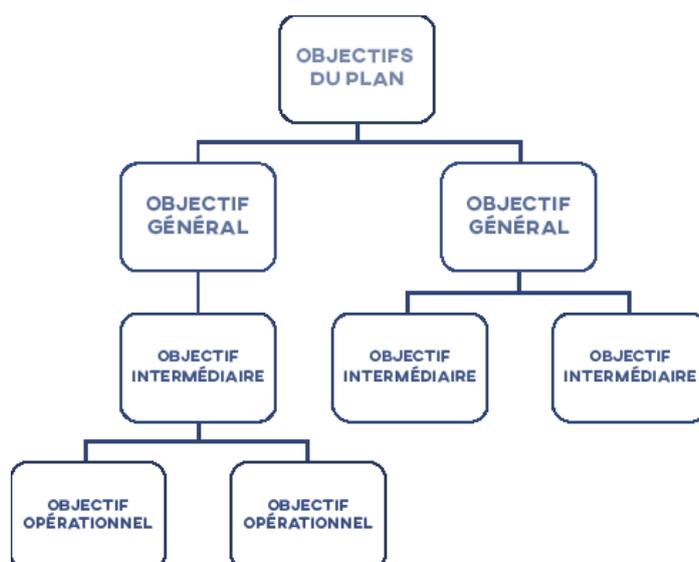


Source : Adaptée de Pineault et Daveluy 1995
(p.345)

[17] *Ibid.*

[18] *Ibid.*

Figure 10: Exemple de séquence d'objectifs



Source : Adaptée de Pineault et Daveluy, 1995
(p.343)

Par exemple, l'objectif du Plan national français est de *définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre*. Un des objectifs généraux est de *mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale*. Un des objectifs intermédiaires de cet objectif général est de *adapter les formations ainsi qu'investir dans les systèmes d'information*. Enfin, un des objectifs opérationnels de cet objectif intermédiaire est de *renforcer la formation continue et de l'adapter aux priorités de la Stratégie Nationale de Santé*.

Autre exemple avec le *Plan* régional suisse. Les objectifs du Plan sont de *développer la promotion de la santé et la prévention des maladies, de favoriser la responsabilité multisectorielle et de favoriser le développement de partenariats et de la coordination*. Un des objectifs généraux est que *d'ici 2026, la population neuchâteloise se nourrisse de manière plus équilibrée et fasse davantage d'activité physique*. Un objectif opérationnel est que *durant la période 2016-2022, le programme cantonal « Alimentation & Activité physique » continue à être mis en place sur l'ensemble du canton en collaboration avec la fondation Promotion Santé Suisse*. Dans ce dernier exemple, il n'y a donc pas d'objectifs intermédiaires.

Les objectifs reflètent les priorités des politiques. En ce sens, leur contenu est riche en informations. Pour l'analyser, nous avons reporté dans plusieurs tableaux (voir ci-dessous) les thématiques sur lesquelles portent les objectifs des *Plans*.

Pour construire ces tableaux, nous avons utilisé les objectifs intermédiaires des *Plans* lorsque ceux-ci en disposaient. Dans le cas contraire, nous avons utilisé les objectifs opérationnels. Ce fût le cas pour le *Plan* régional suisse et le *Plan* flamand. Comme le montre la [figure 10](#), les objectifs opérationnels découlent directement d'un objectif intermédiaire. Ensemble, ces deux niveaux d'objectifs constituent donc un groupe homogène en termes de thématique visée.

La première étape a été d'identifier la thématique centrale de chaque objectif intermédiaire (et opérationnel pour les *Plans* régional suisse et flamand).

Ensuite, nous avons classé ces thématiques en 5 catégories :

- Les thématiques ayant trait à des problématiques de santé. Par exemple, le tabac, les cancers, les chutes, etc.
- Les thématiques ayant trait à des déterminants de la santé. Par exemple, les comportements individuels, les conditions de vie, l'environnement, etc.
- Les thématiques ayant trait à des populations spécifiques. Par exemple, les adolescents, les femmes enceintes, les populations vulnérables, etc.
- Les thématiques ayant trait à des milieux de vie. Par exemple, l'école, le travail, les milieux de soins, les quartiers, etc.
- Les thématiques ayant trait à des stratégies d'action. Par exemple, la formation des professionnels, le dépistage, la vaccination, etc.

Une priorité de santé peut effectivement être formulée par différentes approches ou « portes d'entrée ». Ces catégories reflètent ces différentes approches de formulation des objectifs.

Enfin, nous avons reporté cette classification dans un tableau commun à tous les *Plans*.

Le but de la démarche est de faire ressortir, d'une part **les thématiques prioritaires des plans** et, d'autre part la ou les **approches de formulation des objectifs**. Comme nous l'avons dit au début de cette partie, la définition des objectifs est liée à un processus de prise de décision des priorités de santé propre aux réalités de chaque *Plan*. Ce tableau n'est pas destiné à rapporter les thématiques non abordées par les *Plans* et à tirer des conclusions sur les éventuelles omissions. Ce tableau est évidemment un outil de simplification et de schématisation : il permet d'avoir une vue d'ensemble globale et immédiate des thématiques des plans. L'analyse qui suit lui apporte nuances et précisions. Il forme une grille de lecture dont des travaux ultérieurs pourraient s'inspirer pour analyser d'autres plans.

4.3. Les thématiques prioritaires des Plans

Comme on peut le voir dans le [tableau 1](#), les problèmes de santé qui font régulièrement l'objet d'objectifs dans les plans sont liés à l'alimentation, l'activité physique, les drogues et autres substances psychoactives, le tabac, l'alcool, la santé mentale et psychosociale (incluant le suicide), les maladies infectieuses, la santé affective, sexuelle et reproductive suivis de près par la santé environnementale (eaux, air, sols, etc.) et la problématique des chutes des personnes âgées. A noter que dans certains plans, les jeux de hasard et d'argent sont compris dans la prévention des conduites addictives au même titre que le tabac, l'alcool et les drogues.

A contrario, nous observons des problématiques de santé qui sont moins fréquemment considérées comme prioritaires dans les *Plans* inclus comme la santé buccodentaire, les diabètes, le cancer, la perte d'autonomie ou encore la nutrition prénatale et postnatale et les problèmes d'adaptation sociale. Ces deux dernières problématiques prioritaires au Québec (l'une au niveau national, l'autre au niveau régional) sont relativement saillantes. La nutrition prénatale et postnatale porte, dans le Plan régional québécois, sur la distribution de suppléments de vitamines et minéraux avec acide folique aux femmes enceintes en contexte de vulnérabilité et la promotion de l'allaitement. Les problèmes d'adaptation sociale sont définis par le Plan national québécois comme « des altérations importantes du fonctionnement social, qui prennent source soit dans la personne elle-même, soit dans son environnement social. » (p.16)

Tableau 1: Thèmes centraux des objectifs de l'approche par problématiques de santé

APPROCHE DE FORMULATION DES OBJECTIFS	THÈMES CENTRAUX DES OBJECTIFS	PLAN NATIONAL FRANÇAIS	PLAN RÉGIONAL FRANÇAIS	PLAN NATIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN RÉGIONAL QUÉBÉCOIS	PSLAN NATIONAL SUISSE	PLAN RÉGIONAL SUISSE	PLAN FLAMAND
PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ	Alimentation							
	Activité physique							
	Drogues							
	Tabac							
	Alcool							
	Autres substances psychoactives							
	Santé mentale et psychosociale							
	Maladies et risques infectieux							
	Santé affective, sexuelle et reproductive							
	Santé environnementale							
	Chutes des personnes âgées							
	Jeux de hasards et d'argent							
	Santé buccodentaire							
	Nutrition prénatale et postnatale							
	Cancer							
	Problèmes d'adaptation sociale							
	Diabète							
	Perte d'autonomie							

Les déterminants de la santé les plus fréquemment ciblés dans les objectifs des *Plans* sont la qualité et l'accès aux soins et à la prévention, la politique de santé, les milieux de vie et les conditions environnementales (cfr. [tableau 2](#)). Il nous semble important de pointer la formulation « qualité et accès aux soins **et à la prévention** ». En effet, plusieurs *Plans* identifient comme priorité l'accessibilité pour tous à la prévention, ce en lien avec les inégalités de santé. Un *Plan* cible également l'éducation.

Tableau 2: Thèmes centraux des objectifs de l'approche par déterminants de la santé

APPROCHE DE FORMULATION DES OBJECTIFS	THÈMES CENTRAUX DES OBJECTIFS	PLAN NATIONAL FRANÇAIS	PLAN RÉGIONAL FRANÇAIS	PLAN NATIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN RÉGIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN NATIONAL SUISSE	PLAN RÉGIONAL SUISSE	PLAN FLAMAND
DÉTERMINANTS DE SANTÉ	Qualité et accès aux soins et à la prévention							
	Politique de santé							
	Milieux de vie							
	Conditions environnementales							
	Education							

Dans le [tableau 3](#), on voit que les populations les plus fréquemment ciblées par les objectifs des Plans sont la petite enfance, l'adolescence, les populations vulnérables, les parents et les personnes âgées. La notion de vulnérabilité renvoie à des définitions multiples et est utilisée différemment selon les Plans. Elle est en lien avec l'exposition des personnes à des risques spécifiques. Seul, ce terme « population vulnérable » ne veut pas dire grand-chose. C'est le contexte et les caractéristiques personnelles qui induisent la vulnérabilité. Dans une moindre mesure, les femmes enceintes, les adultes, les personnes en perte d'autonomie et les personnes en période de rupture sont également des populations prioritaires. La notion de « personne en période de rupture » est également un terme peu utilisé. Le Plan régional français l'entend au sens des personnes en rupture familiale ou professionnelle ainsi que les personnes en deuil ou qui entrent en institution.

Tableau 3: Thèmes centraux des objectifs de l'approche par populations

APPROCHE DE FORMULATION DES OBJECTIFS	THÈMES CENTRAUX DES OBJECTIFS	PLAN NATIONAL FRANÇAIS	PLAN RÉGIONAL FRANÇAIS	PLAN NATIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN RÉGIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN NATIONAL SUISSE	PLAN RÉGIONAL SUISSE	PLAN FLAMAND
POPULATIONS	Petite enfance (et naissance)							
	Adolescence							
	Populations vulnérables							
	Personnes âgées							
	Parents							
	Femmes enceintes							
	Adultes							
	Personnes en période de rupture							
	Personne en perte d'autonomie							

En ce qui concerne les milieux de vie, le milieu professionnel, l'école et les communautés/quartiers sont les plus fréquemment ciblés dans les objectifs (cfr. [tableau 4](#)). En outre, d'autres milieux de vie sont cités : le milieu familial, les milieux d'accueil (crèches, loisirs, garderies, etc.), les milieux de loisirs pour enfant, les milieux de soins et du bien-être, le milieu carcéral, les milieux d'accueil pour demandeurs d'asile ou encore l'école supérieure et l'université.

Tableau 4: Thèmes centraux des objectifs de l'approche par milieu de vie

APPROCHE DE FORMULATION DES OBJECTIFS	THÈMES CENTRAUX DES OBJECTIFS	PLAN NATIONAL FRANÇAIS	PLAN RÉGIONAL FRANÇAIS	PLAN NATIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN RÉGIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN NATIONAL SUISSE	PLAN RÉGIONAL SUISSE	PLAN FLAMAND
MILIEUX DE VIE	Milieu professionnel							
	Ecole							
	Quartier / communauté							
	Milieu familial							
	Milieux d'accueil pour les enfants							
	Ecole supérieure et université							
	Milieux de loisirs pour enfants							
	Milieux de soins et du bien-être							
	Milieux d'accueil pour demandeurs d'asile							
	Milieu carcéral							

Enfin, les stratégies d'action prioritaires dans les objectifs sont multiples comme le montre le [tableau 5](#) : développer le système d'information et de collecte des données, agir sur les compétences en santé des populations et les compétences des acteurs de terrain, favoriser la coordination et l'articulation entre les acteurs et avec le politique, former les acteurs de terrain, augmenter la couverture vaccinale, surveiller l'état de santé de la population, gérer et contrôler les risques, intégrer la prévention et la promotion de la santé dans les établissements de soins et médico-sociaux ou encore investir dans la recherche en santé. Ces dernières reviennent le plus régulièrement dans les objectifs des Plans inclus. Nous avons identifié d'autres stratégies moins souvent prioritaires par les Plans comme le dépistage, la qualité et l'évaluation des projets et programmes, la démocratie sanitaire, l'éducation thérapeutique du patient, les innovations et les nouvelles technologies, la proximité des services, le transfert des connaissances, informer et sensibiliser et enfin soutenir les acteurs de terrain.

Tableau 5: Thèmes centraux des objectifs de l'approche par stratégies d'action

APPROCHE DE FORMULATION DES OBJECTIFS	THÈMES CENTRAUX DES OBJECTIFS	PLAN NATIONAL FRANÇAIS	PLAN RÉGIONAL FRANÇAIS	PLAN NATIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN RÉGIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN NATIONAL SUISSE	PLAN RÉGIONAL SUISSE	PLAN FLAMAND
STRATÉGIES	Système d'informations et de collecte de données	■	■	■	■	■	■	
	Coordination, articulation entre les acteurs de terrain et avec le politique	■	■		■	■		
	Compétences en santé (empowerment)		■	■	■	■		■
	Couverture vaccinale		■	■	■		■	
	Gestion et contrôle des risques	■	■	■	■			
	Surveillance de l'état de santé de la population		■	■	■	■	■	
	Compétences des acteurs de santé	■	■		■	■		
	Intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans les établissements de soins et médico-sociaux		■		■	■		■
	Recherche en santé	■			■	■		
	Dépistage				■		■	
	Qualité et évaluation des projets et programmes				■	■		
	Démocratie sanitaire	■						
	Education thérapeutique du patient		■					
	Innovations et nouvelles technologies				■	■		
	Proximité des services	■	■					
	Transfert des connaissances					■		
	Informier et sensibiliser					■		
	Soutenir les acteurs de terrain			■				

4.4. Les approches de formulation des objectifs

Le tableau en [annexe 3](#) nous permet de faire ressortir la ou les approches privilégiées par lesquelles les *Plans* de cette analyse ont formulé leurs objectifs.

En Flandre

Le Plan flamand définit ses objectifs en ciblant presque uniquement des milieux de vie. Il s'agit en effet d'un de leurs principes directeurs que d'avoir des stratégies qui visent les milieux de vie pour plus de cohérence et de durabilité. En réalité, le Plan précise d'emblée qu'il ne porte que sur un nombre limité de problématiques de santé (cfr. [p.7](#)). Ces problématiques de santé ne sont cependant pas abordées dans les objectifs. Nous verrons au point suivant comment le Plan flamand inclut ces problématiques dans la stratégie..

En France

Les *Plans* français inclus dans ce travail adoptent tous deux une approche ciblant des stratégies d'action. Ils ciblent des objectifs assez larges et transversaux comme la formation des professionnels, la recherche, la démocratie sanitaire, la gestion des risques, etc. Par ailleurs, le *Plan* régional cible également des problématiques de santé et des populations spécifiques. Cependant, ces thématiques constituent à elles seules un objectif : « cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie ». Ces priorités régionales sont la nutrition et l'activité physique, les conduites addictives, le bien-être mental et le risque de suicide, la santé environnementale, les relations affectives et sexuelles, la prévention de la perte d'autonomie et les risques infectieux et la politique vaccinale. Les périodes sensibles visées sont la petite enfance et l'adolescence, la vulnérabilité sociale, les périodes de rupture (défini ci-dessus) et les situations de handicap particulier. Le *Plan* régional adopte donc principalement une approche de formulation de ces objectifs par stratégies.

Au Québec

Les deux *Plans* québécois mêlent des approches multiples : par population, par problématique de santé, par déterminant et par stratégie. Les objectifs des *Plans* québécois peuvent être regroupés en 3 groupes d'approches : les objectifs visant une meilleure surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants d'une part et la gestion des risques d'autre part (stratégies), les objectifs visant les enfants et les jeunes (population), les objectifs visant des modes de vie et des environnements sains et sécuritaires d'une part et la prévention des maladies infectieuses d'autre part (problématiques de santé). Comme nous l'avons fait remarquer au [point 2](#), les *Plans* québécois ont une forte continuité l'un avec l'autre, notamment en termes de structure. Le *Plan* régional énonce un plus grand nombre d'objectifs, ce qui explique aussi la quantité plus élevée de thématiques abordées. De plus, ce dernier s'est doté d'objectifs transversaux complémentaires au *Plan* national : l'enseignement et la recherche, la fonction d'évaluation, les communications, l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé et les inégalités sociales de santé. Les objectifs de ces *Plans* couvrent donc un assez large panel de thématiques.

En Suisse

Le *Plan* national suisse adopte deux approches plus prononcées: une approche par stratégies et par populations cibles. Au niveau du *Plan* régional suisse, c'est l'approche par problématiques de santé qui ressort clairement du tableau. Rappelons que c'est le seul pays de notre travail dans lequel le *Plan* régional est antérieur au *Plan* national. Ce qui pourrait peut-être expliquer cette différence d'approche.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Nous observons diverses façons de déterminer des priorités de santé : en analysant l'état de santé de la population, en se basant sur les résultats de l'évaluation du Plan précédent, en s'alignant sur les orientations de l'Organisation Mondiale de la Santé ou en définissant des critères de priorisation.

Les objectifs formulés sur base de ces priorités sont déclinés en objectifs généraux, intermédiaires et opérationnels ou dans certains cas en objectifs généraux et en objectifs opérationnels.

Les thématiques des objectifs sont assez semblables entre les Plans bien que certaines sortent du lot comme la nutrition prénatale et postnatale, les problèmes d'adaptation sociale, les personnes en période de rupture ou encore les milieux du loisir pour enfants.

Les thématiques identifiées peuvent être rassemblées en 5 catégories : populations, milieux de vie, problématiques de santé, déterminants de la santé et stratégies d'action.

Ces catégories représentent 5 approches pour formuler les objectifs de santé.

Un même Plan combine généralement plusieurs approches.

La diversité des thématiques suggère une timide ouverture vers d'autres secteurs comme l'environnement ou l'enseignement.

5. LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS

Après avoir examiné la démarche d'élaboration et le contenu, nous nous sommes questionnés sur la mise en œuvre des Plans. Autrement dit, comment ils prévoient d'atteindre leurs objectifs.

5.1. En Flandre

La mise en œuvre du *Plan flamand* s'échelonne jusqu'en 2025 et est répartie en 2 cycles d'implantation avec une évaluation intermédiaire prévue en 2021. Un cadre^[19] (« raamwerk ») a été réalisé pour guider l'implémentation du *Plan* stratégique. Il s'agit de tableaux à double entrée. Chaque problématique de santé prise en compte dans le *Plan* fait l'objet d'un tableau dans lequel on retrouve l'ensemble des milieux de vie ciblés par les objectifs du *Plan* stratégique. En fonction de chaque problématique et pour chaque milieu de vie, une série de stratégies, d'actions et de prérequis est énoncée. Ces tableaux à double entrée sont évolutifs et sont également des outils pour l'évaluation du *Plan*.

5.2. En France

La mise en œuvre du *Plan national français* prévoit trois étapes. D'abord l'introduction des premières mesures dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (2014). Ensuite, l'organisation d'une phase de concertation en région. Enfin, l'élaboration de la loi de santé^[20] qui intègre les mesures nécessaires à la mise en œuvre du *Plan* national. A terme, le *Plan* est donc traduit en loi nationale. Cette loi a été publiée en janvier 2016. Lorsque l'on lit le *Plan* et puis son opérationnalisation (autrement dit, la loi qui en découle) force est de constater les différents niveaux d'ambition des deux documents. Alors que le *Plan* s'est donné un cadre reflétant des principes de prévention et de promotion de la santé, la loi a revu les ambitions du *Plan* à la baisse par rapport à ce qui était prévu initialement. Les mesures de la loi restent intéressantes mais peu approfondies et portent principalement sur la prévention (« faire de la prévention le socle de notre système de santé »). Ce qui a poussé une coalition d'associations partenaires de la Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé (FNES) à écrire un « manifeste pour une reconnaissance et un financement fiable de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention collective et de la santé communautaire »^[21] dans lequel, elle propose 7 mesures pour favoriser le développement de la promotion de la santé dans les milieux de vie.

La mise en œuvre du *Plan* régional français se fait via les programmes territoriaux de santé propres à chaque département et les programmes régionaux thématiques. Le *Plan* est arrivé à son terme puisqu'il couvrait la période de 2012 à 2016. Les programmes territoriaux déclinent les actions opérationnelles, les orientations stratégiques et les objectifs du *Plan* régional au niveau territorial. Les actions prévues dans les programmes territoriaux sont détaillées de la même manière que les objectifs du *Plan* régional : argumentation territorialisée de l'action, territoire de l'action, leviers particuliers sur le territoire, freins particuliers sur le territoire, résultat attendu sur le territoire, échéance, ressources nécessaires, partenaires à mobiliser. Il y a donc une contextualisation supplémentaire au niveau territorial. Les programmes régionaux thématiques fixent quant à eux les grandes actions qui précisent ce qui sera concrètement réalisé par rapport à 4 thématiques spécifiques : l'accès à la prévention et à la promotion de la santé des populations fragiles et vulnérables, l'accompagnement des personnes en

[19] https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/raamwerk_voortraject_GC.xlsx, consulté le 09-08-17

[20] LOI 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

[21] « Manifeste pour une reconnaissance et un financement fiable de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention collective et de la santé communautaire », <http://manifestepreventions.wixsite.com/manifeste-prev-sante>, consulté le 30-03-2017

perte d'autonomie, le développement des systèmes d'informations et la gestion du risque.

5.3. Au Québec

La mise en œuvre du *Plan national québécois* est guidée par des principes directeurs transversaux (évoqués plus haut) caractérisant les approches à privilégier : la communication, l'ouverture, le renforcement de la capacité d'agir des personnes et des communautés, l'excellence, l'adaptation et l'innovation. Elle s'échelonne sur 10 ans (entre 2015 et 2025) et est répartie en 2 cycles d'implantation avec une mise à jour à mi-parcours. La stratégie de mise en œuvre^[22] du *Plan national* fait l'objet d'un travail de concertation qui vient compléter le *Plan*. Elle indique les conditions à mettre en place et les actions à réaliser pour tendre vers la finalité du *Plan*. Elle poursuit des objectifs généraux (comme par exemple soutenir la planification et la prise de décision en santé publique, pour structurer et renforcer l'action) et privilégie des orientations stratégiques (comme par exemple, la mobilisation des acteurs disposant de levier pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé). Elle s'attarde particulièrement sur l'appropriation du *Plan national* et la mobilisation autour des leviers d'action en mettant l'accent sur la responsabilité populationnelle, le renforcement de l'intersectorialité, la consolidation des partenariats et des mécanismes de coordination, etc.

Concernant la mise en œuvre du *Plan régional québécois*, elle est programmée en deux cycles de 2 ans chacun : 2016-2018 et 2018-2020. Les fiches réalisées pour chaque objectif sont des outils de mise en œuvre précieux pour les acteurs étatiques.

5.4. En Suisse

La mise en œuvre du *Plan national suisse* repose sur un *Plan* de mesures et s'échelonne entre 2017 et 2024. Des mesures sont définies conjointement par la Confédération, les Cantons et la PSCH ainsi qu'avec d'autres secteurs. Il est prévu dans le *Plan national* que ces mesures soient basées sur ce qui existe déjà, assurent la continuité et renforcent les approches axées sur plusieurs facteurs de risque ainsi que les approches de la prévention en matière de soins. La coordination générale de la mise en œuvre (vue d'ensemble des activités et coordination de la communication) est assurée par des représentants étatiques accompagnés de représentants d'acteurs clés. Le suivi de la mise en œuvre des mesures est réparti entre ces mêmes acteurs étatiques. Une conférence est également organisée annuellement afin d'offrir aux acteurs un lieu d'échanges sur les pratiques de chacun. Elle permet de présenter les approches réussies, d'encourager le développement de projets spécifiques et de renforcer les réseaux et le transfert des connaissances.

La mise en œuvre du *Plan régional suisse* est assuré par le *Département de la santé du canton* qui peut à cet effet consulter des commissions cantonales (la commission de prévention, la commission de psychiatrie et de santé mentale et la commission addictions) qui agissent comme des experts et des organes de coordination. Il collabore avec les communes, les organismes subventionnés et d'autres partenaires. La mise en application des activités se fait notamment par la définition de contrats de prestations avec les acteurs de terrain pour la période 2016-2026.

[22] Ministère de la santé et des services sociaux, « Stratégie de mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 », Québec, Gouvernement du Québec, 2016, 31 p.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Le Plan flamand et les Plans québécois prévoient la mise en œuvre de leurs mesures en deux cycles d'implémentation avec une évaluation intermédiaire. Ces cycles ont une durée allant de 2 à 5 ans d'écart.

La mise en œuvre des Plans peut faire l'objet d'un plan de mesures dans lequel des actions plus concrètes sont énoncées comme pour les Plans flamand, national suisse et québécois.

La mise en œuvre du Plan national français est assez unique puisqu'il s'agit d'une Loi nationale.

Le Plan régional français est implémenté via des programmes territoriaux et des programmes régionaux thématiques favorisant ainsi une contextualisation par rapport aux réalités territoriales.

Les fiches du Plan régional québécois sont assez précises que pour être implémentées directement par les institutions ciblées pour chaque action.

Le Plan régional suisse met en œuvre les activités prévues par des contrats de prestations avec les acteurs de terrain.

6. LES DISPOSITIFS D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS

L'évaluation des programmes et actions de promotion de la santé est au cœur de nombreux débats entre acteurs/chercheurs/décideurs. Un bref cadrage nous semble utile pour rappeler ou préciser que l'évaluation d'un plan ou d'un programme peut prendre différentes significations^[23].

Évaluer un plan ou un programme, c'est :

- évaluer le besoin d'un programme, lequel est justifié par la perception et l'analyse d'un « problème » de santé au sens large ;
- évaluer la théorie du programme ou modèle logique, elle-même constituée de trois éléments : la théorie de l'impact du programme, le plan d'utilisation des services, et le plan de l'organisation du programme ;
- évaluer l'implémentation du programme, sa mise en œuvre (sa fidélité notamment), par le biais du monitoring des processus (fourniture de services, accessibilité et couverture de la population-cible, gestion du programme, ...) et par le biais du monitoring des résultats ou « outcomes » (symptômes, savoirs, attitudes, comportements, utilisation réelle des services, ...) ;
- évaluer l'efficacité du programme et son impact, qui réfère au degré de résolution du problème initial qui a motivé l'élaboration du programme.

L'évaluation de la théorie du programme et de la mise en œuvre est parfois nommée « évaluation formative », car elle est censée permettre l'ajustement du programme en cours de route en vue de l'améliorer. L'évaluation de l'efficacité du programme est appelée « évaluation sommative ». Elle est réalisée *après* que le programme ait été implémenté. Cette évaluation a en quelque sorte une fonction certificative.

L'évaluation de l'implémentation et l'évaluation de l'efficacité d'un programme sont particulièrement complexes, car un programme est toujours mis en œuvre dans un contexte, incluant des acteurs, qui lui est préexistant, et qui interagit à des degrés divers avec le programme. De plus, les résultats (*outcomes*) sont affectés par des événements et circonstances indépendants du programme et ne peuvent donc être simplement et directement interprétés comme les résultats *du* programme. Ces difficultés ont amené au développement de deux notions :

- la notion d'erreur de type III, c'est-à-dire bien implémenter le « mauvais programme » ou mal implémenter le « bon programme » et, dans tous les cas, répondre correctement à la mauvaise question,
- la notion d'évaluation réaliste, qui met l'accent sur l'analyse des conditions et interactions par lesquelles un programme peut être efficace dans un contexte, et inefficace dans un autre.

C'est en gardant à l'esprit ces distinctions que nous poursuivons la rédaction de ce document.

6.1. En Flandre

La mise en œuvre du *Plan stratégique flamand* fait l'objet d'une surveillance/évaluation régulière, permettant des réajustements si nécessaires. A cet effet, deux évaluations

[23] Rossi PH, Lipsey MW, Freeman H. Evaluation – a systematic approach. 7th ed. London: Sage Publications. 2004.

intermédiaires sont prévues en 2018 et en 2021. Des indicateurs de processus (*output*) et des indicateurs de santé (*outcome*) sont élaborés pour mesurer les différents progrès tant au niveau des objectifs de santé qu'au niveau des stratégies et activités de prévention. Ces indicateurs, quantitatifs et qualitatifs sont les outils de monitoring du *Plan*. Tous les 3 ans, l'*Institut flamand pour la promotion de la santé et la prévention des maladies* (VIGEZ) réalise un monitoring des indicateurs dans 3 milieux : le milieu scolaire, le milieu professionnel et au niveau des autorités locales. À l'avenir, il est prévu que ce monitoring ait aussi lieu dans le milieu des soins et du bien-être et dans les milieux d'accueil pour les enfants (garderies et loisirs).

6.2. En France

Le *Plan national français* ne s'attarde pas sur les dispositifs d'évaluation. Il prévoit néanmoins la création d'un comité interministériel pour la santé qui réunira les ministres en charge des politiques publiques ayant un impact sur la santé. Le rôle de ce comité est d'assurer la coordination de l'action du Gouvernement en matière de santé et d'assurer une bonne articulation avec l'agenda national de la recherche et les enjeux de la formation des professionnels et de l'éducation à la santé. Chaque année ce comité fera un bilan de l'année écoulée et proposera des orientations pour l'année à venir. Ce comité fait écho au rapport « *Health in all policies* »^[24], la santé dans toutes les politiques. Le *Plan* identifie également des pistes pour assurer l'efficacité de la mise en œuvre des mesures de prévention : importer et adapter des programmes validés ou prometteurs par le repérage des programmes efficaces dans la littérature internationale, partir des initiatives françaises existantes, adapter les actions aux caractéristiques spécifiques des groupes concernés et des territoires, coordonner les interventions des différents acteurs sanitaires et sociaux, favoriser l'adhésion de la population et des patients aux interventions proposées et impliquer l'entourage.

La démarche d'évaluation du *Plan* régional français est par contre assez complète. L'évaluation du *Plan* consiste à émettre un jugement sur les modalités et les résultats de sa mise en œuvre. Elle est réalisée sur 3 domaines :

Domaine 1 : L'évaluation des stratégies mises en œuvre par le projet

Il s'agit d'évaluer les stratégies déployées sur le terrain pour apprécier dans quelle mesure les actions prévues dans le *Plan* produisent les effets attendus. Cette évaluation est réalisée en mobilisant des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de moyens, de réalisations, de résultats ou d'impacts et des démarches de type *benchmarking*, des comparaisons entre actions similaires sur plusieurs territoires, une analyse de pratiques ou techniques de résolution de problème.

Domaine 2 : L'évaluation d'impact sur des thématiques ciblées

Il s'agit d'évaluer les résultats et l'impact des politiques publiques sur certaines thématiques prioritaires identifiées au regard des orientations stratégiques du *Plan*. Ces thématiques reposent sur une approche populationnelle (exemples : la qualité de vie des personnes âgées de plus de 75 ans, la santé des populations en grande vulnérabilité, etc.) mais l'évaluation croise aussi les dimensions stratégiques et organisationnelles.

Domaine 3 : L'évaluation globale en fin de projet

Il s'agit de mesurer les résultats obtenus, capitaliser les évaluations thématiques réalisées au cours du projet et les données du suivi des indicateurs.

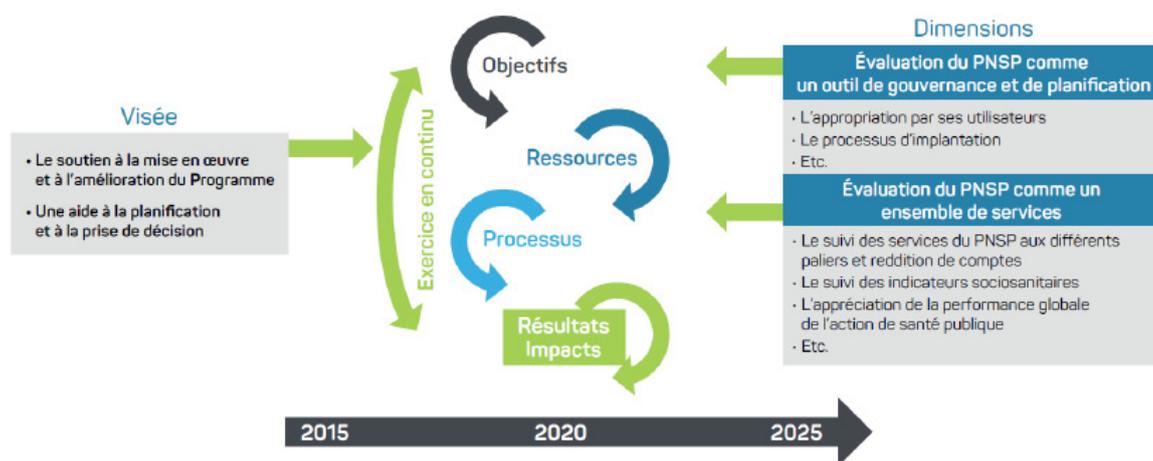
[24] Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. "Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments", Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute.

Etant donné l'évaluation détaillée prévue, un document de programmation de l'évaluation du *Plan* et un dispositif institutionnel d'évaluation (comité de pilotage, instance d'évaluation, équipe projet, groupes de pilotages ad hoc) encadrent le travail d'évaluation. Vingt-cinq indicateurs ont été proposés pour mettre en évidence les changements avant/après le *Plan*. Il y a des indicateurs traceurs (colonne de gauche) et des indicateurs de synthèse (colonne de droite). Ces indicateurs sont présentés en annexe 4.

6.3. Au Québec

Le *Plan national québécois* est évalué à la fois comme outil de gouvernance et de planification et comme un ensemble de services. Il y a donc une double dimension dans son évaluation et la stratégie d'évaluation a un double objectif : le soutien à la mise en œuvre et à l'amélioration du programme d'une part, et une aide à la planification et à la prise de décision d'autre part. Les principales composantes de la stratégie d'évaluation sont notamment l'appropriation du *Plan* national par ses opérateurs, le suivi des indicateurs socio-sanitaires et le processus d'implantation du *Plan*. Elle comporte des évaluations multiniveaux pour permettre une comparabilité entre les régions et dans le temps. Il est prévu d'utiliser des données existantes mais aussi de construire de nouveaux indicateurs. Un travail a été lancé pour développer une structure de tableau de bord comprenant à la fois des indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui portent sur des ressources, des processus, des résultats et des impacts. Il est également prévu la conduite d'études évaluatives particulières pour approfondir des éléments plus complexes ou stratégiques. Enfin, il est précisé qu'une rétroaction des résultats d'évaluation auprès des acteurs de santé publique est primordiale, notamment pour leur permettre d'adapter et d'ajuster leurs pratiques de terrain. Les composantes de la stratégie d'évaluation du *Plan* national québécois sont illustrées sur la figure 11.

Figure 11 : Principales composantes de la stratégie d'évaluation du *Plan* national québécois



« Programme national de santé publique pour améliorer la santé de la population du Québec 2015-2025 », Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 2015, p.63, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>, consulté le 07-07-2017

Le *Plan* régional québécois prévoit de développer un outil reprenant l'ensemble des indicateurs et éléments de suivis pour chaque action du *Plan* (les indicateurs sont formulés dans le *Plan* national). Ces indicateurs et éléments ne se limitent pas aux

indicateurs prévus dans la stratégie d'évaluation du *Plan* national mais porteront aussi sur des informations concernant la planification, la gestion, les partenariats menés, etc. Cet outil permet un bilan annuel. Il est également prévu de réaliser un suivi de mi-parcours pour connaître l'avancement des actions vers les objectifs fixés et documenter les obstacles rencontrés. Mais au-delà, les éléments de suivi permettent aussi d'assurer l'amélioration continue de l'action de santé publique, la planification et la prise de décision (mécanisme d'appréciation de la performance).

6.4. En Suisse

Le *Plan national suisse* est évalué sous l'angle de la pertinence, de l'efficacité, de l'économicité et de la durabilité des mesures. Les objectifs stratégiques sont quantifiés en concertation avec les acteurs impliqués. Une valeur cible minimum à atteindre sur une période déterminée est définie pour chaque objectif. Ces valeurs cibles permettent de vérifier l'efficacité de la stratégie. Le monitoring et la recherche font partie d'un des champs d'action développés dans la stratégie dans le but d'évaluer les projets et la stratégie. La volonté étant que les projets soient testés pour analyser leur efficacité avant d'être, éventuellement, introduits sur l'ensemble du territoire. Un système de monitoring basé sur des bases de données existantes qui enregistre des informations nationales sur la charge de morbidité, les facteurs de risque, les déterminants sociaux et les groupes de la population menacés est prévu. Ces indicateurs permettent aussi de déterminer dans quelle mesure les objectifs de la stratégie sont atteints. Des évaluations spécifiques de projets peuvent également être menées. Ce système de monitoring repose sur un système de monitoring existant qu'il va remplacer : le MOSEB – Système de monitoring alimentation et activité physique. Les indicateurs sont disponibles en allemand sur le site web indiqué en note de bas de page^[25].

Au niveau du *Plan* régional suisse, des indicateurs ont été déterminés dès l'élaboration des objectifs de santé et des objectifs de processus. Annuellement, le canton élabore un compte rendu synthétique et tous les deux ans, il y a également un bref rapport. Par contre, au bout de 6 ans, il y a un rapport plus circonstancié. Le *Plan* a utilisé un cadre conceptuel pour l'évaluation des *Plans* de santé inspiré d'un document tessinois « *Strategia e programma di prevenzione e promozione della salute* »^[26] que nous reprenons du *Plan* régional suisse en annexe 5.

Nous avons abordé la question des dispositifs d'évaluation des *Plans* qui se distinguent des dispositifs d'évaluation des interventions en promotion de la santé. Ces derniers sont également encouragés et soutenus par les politiques. Il nous a donc semblé intéressant de les mettre en avant pour compléter cette partie. Nous abordons ci-dessous les méthodes et outils utilisés par les pays de notre analyse pour évaluer les interventions et favoriser la qualité des actions de terrain.

[25] Office Fédéral de la Santé Publique, « Système de monitoring des maladies non transmissibles (MNT) », <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/ressortforschung-evaluation/forschung-im-bag/forschung-nichtuebertragbare-krankheiten/monitoring-systemncd.html> consulté le 01-06-2017

[26] M. Bouvier Gallacchi, A. Tomada, O. Beretta, M. Perucchi e i collaboratori SPVS, « Strategia e programma quadro di prevenzione e promozione della salute Cantone Ticino », http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Pubblicazioni/ProgrammaSPVS_2013-2015.pdf, consulté le 19-07-17

Focus sur l'évaluation des interventions de promotion de la santé

Les interventions en promotion de la santé sont des interventions complexes au même titre que l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique ou que la majorité des interventions en sciences sociales et de la santé. Nous parlons de complexité car chaque situation est unique de par la multitude de paramètres qui coexistent et qui vont influencer le résultat de l'intervention. Ces paramètres sont en flux constant, ce qui signifie qu'ils s'influencent et évoluent dans le temps et donc aussi, pendant la durée de l'intervention. Les résultats vont dépendre du contexte, des conditions de mise en œuvre, des acteurs qui y participent, d'évènements externes, etc. Deux interventions identiques menées à deux endroits différents n'auront pas les mêmes résultats. Il n'est donc pas étonnant que nous ayons des difficultés à évaluer ces interventions.

Pourtant, les décideurs attendent des interventions de promotion de la santé qu'elles soient basées sur des données probantes. Données encore trop peu nombreuses et peu accessibles aux acteurs. L'évaluation et la recherche ont en commun qu'elles visent toutes deux à produire des connaissances. De plus, l'évaluation fait appel à des méthodes de recherche et des techniques d'enquête similaires à celles de la recherche. Malgré tout, il existe des outils et des méthodes adaptés à l'évaluation de telles interventions. Inutile de réaliser un essai contrôlé randomisé qui nécessite de pouvoir contrôler les facteurs contextuels ... Ces outils et méthodes se doivent d'être plus « flexibles » et de s'adapter aux réalités de terrain.^{[27][28]}

Le système suisse d'amélioration continue de la qualité quint-essenz

La Fondation promotion santé suisse (PSCH), que nous avons évoquée à plusieurs reprises déjà, a développé un tel outil. En réalité, elle a développé plusieurs outils pour soutenir les professionnels de la santé à améliorer les interventions en promotion de la santé sur le plan de la qualité, des effets et de l'efficacité. Ainsi, le système d'amélioration continue de la qualité *quint-essenz*^[29] propose des aides à la planification, la réalisation et l'évaluation de projets et de programmes. Il comprend d'abord les bases théoriques pour la planification, la réalisation et l'évaluation des projets. Ce système de qualité englobe également un outil en ligne de gestion de projet qui permet aux professionnels de saisir les données du projet pour en faire ressortir des concepts, des calendriers, des rapports, etc. Il offre enfin une plateforme avec une vue d'ensemble des projets, associations et professionnels dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention.^[30]

Le modèle suisse de catégorisation des résultats

Outre le système qualité *quint-essenz*, la fondation PSCH a développé un modèle de catégorisation des résultats qui aide à comprendre les problèmes de santé et à développer des stratégies d'intervention efficaces et à planifier l'évaluation de projets et programmes. En suivant le raisonnement induit par le modèle, les professionnels mènent une réflexion sur l'origine du problème de santé, les déterminants et les facteurs de risque à l'œuvre. Ce modèle permet donc de vérifier la cohérence d'un projet de promotion de la santé et facilite ensuite l'évaluation^[31].

[27] CAMBON L., « Étude de la transférabilité des interventions de promotion de la santé dans une perspective de promotion des démarches "evidence based health promotion" : développement d'un outil d'analyse de la transférabilité des interventions », thèse présentée à l'université de Lorraine, 2012.

[28] BRETON E., JABOT F., et al., « La promotion de la santé – comprendre pour agir dans le monde francophone », presses de l'EHESP, Rennes, 2017.

[29] Promotion Santé Suisse, Quint-essenz, <https://www.quint-essenz.ch/fr>, consulté le 12-07-17

[30] Promotion Santé Suisse, Système de qualité quint-essenz, <https://promotionsante.ch/bases/gestion-des-impacts/qualite/quint-essenz.html>, consulté le 26-06-17

[31] Promotion Santé Suisse, Modèle de catégorisation des résultats, <https://promotionsante.ch/>

Le cadre d'orientation suisse « pratique exemplaire »

Enfin, la fondation PSCH a construit un cadre d'orientation pour aider les chargés de projet à prendre des décisions de façon éthique, professionnelle et en tenant compte du contexte. Elle appelle ce cadre d'orientation « pratique exemplaire » qui comprend 3 principes qui influenceront la qualité des interventions :

- les valeurs et principes de la promotion de la santé et de la prévention sont pris en compte,
- les connaissances scientifiques actuelles et le savoir d'experts comme base pour la construction de l'action et,
- les facteurs contextuels déterminants sont pris en compte.[32]

La matrice flamande d'évaluation en promotion de la santé

En Flandre, le centre d'expertise VIGEZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie) met également à disposition des acteurs de terrain une aide à l'évaluation. Leur outil se base sur le modèle RE-AIM développé par Glasgow *et al.* en 1999^[33]. A partir du modèle de Glasgow *et al.*, VIGEZ a créé une matrice servant de *checklist* pour construire l'évaluation de son action de promotion de la santé. Leur outil prend la forme d'un manuel appelé « Een kei in evalueren – werkboek evalueren in de gezondheidsbevordering »^[34] pouvant être traduit comme « un expert en évaluation – manuel d'évaluation en promotion de la santé ». Cette matrice se base sur les 5 facteurs qui ont un impact sur une intervention selon Glasgow *et al.* et prend en compte deux niveaux d'acteurs : le niveau individuel et le niveau intermédiaire (*settings*).

- **Reach** : atteinte du projet au niveau du public cible (niveau individuel). Par exemple la proportion d'individus ayant participé au projet.
- **Effectiveness / efficacy** : l'impact du projet sur la santé, les déterminants de la santé, les comportements, etc. aussi bien au niveau des individus qu'au niveau intermédiaire (politique, partenaires, etc.) Par exemple, mesurer l'atteinte de l'objectif visant à adopter un comportement spécifique (niveau individuel) ou mesurer la dissémination du projet (niveau intermédiaire).
- **Adoption** : l'intégration du projet par les intermédiaires. Par exemple, la proportion d'organisations partenaires ayant participé au projet.
- **Implementation** : les freins et leviers liés à l'implémentation de l'intervention aussi bien au niveau individuel qu'intermédiaire.
- **Maintenance** : ancrage des effets de l'intervention à moyen terme aussi bien au niveau individuel qu'intermédiaire.

Les acteurs sont donc invités à suivre une procédure en plusieurs étapes tournant autour de cette matrice qui les aide à définir les objectifs de leur action et les objectifs de son évaluation (objectifs SMART^[35]), à identifier les méthodes de collecte des données

[bases/gestion-des-impacts/qualite/categorisation-des-resultats.html](https://promotionsante.ch/bases/gestion-des-impacts/qualite/categorisation-des-resultats.html), consulté le 26-06-17

[32] Promotion Santé Suisse, Pratiques exemplaires, <https://promotionsante.ch/bases/gestion-des-impacts/qualite/pratique-exemplaire.html>, consulté le 26/06/17

[33] GLASGOW R.E., VOGT T.M., BOLES S.M., « Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework », *American Journal of Public Health*, vol.89, 9, 1999.

[34] STEENHUYZEN S. et STEVENS V. « Een kei in evalueren – werkboek evalueren in de gezondheidsbevordering », VIGEZ, 2016 <http://www.vigez.be/themas/algemene-gezondheidsbevordering/evalueren-van-projecten> consulté le 26-06-2017

[35] Il s'agit d'objectifs répondant aux critères suivants : spécifique, mesurable, acceptable,

(interviews, questionnaire, *focus group*, etc.), à collecter les données et à les analyser puis enfin à en tirer des conclusions. La matrice sert donc d'outil tout au long de ce processus.

La recherche interventionnelle en santé des populations

Autre réponse à ce besoin de méthodes d'évaluation plus adaptées aux réalités des interventions en promotion de la santé : la recherche interventionnelle en santé des populations. Au Canada et en France, on observe un financement croissant de recherches interventionnelles visant la production de connaissances **scientifiques** sur des **interventions précises** et dans des **contextes spécifiques**. Les Instituts de Recherche en santé du Canada définissent la recherche interventionnelle comme suit : « La recherche interventionnelle en santé des populations n'est pas de la recherche clinique et ne se pratique pas en laboratoire. [...] Elle se définit plutôt comme l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions touchant les politiques et les programmes, dans le secteur de la santé ou à l'extérieur, et qui pourraient avoir des effets sur la santé des populations. »^[36]

Alors que l'on demande aux acteurs de fonder leurs interventions sur des données probantes, ceux-ci ne peuvent que constater le manque de telles données. Les décideurs sont aussi en demande de données et d'outils qui permettront de renforcer les politiques publiques de santé. Les chercheurs enfin investissent peu dans ces recherches qui manquent de reconnaissance académique et sont difficiles à publier. L'émergence de la recherche interventionnelle en santé des populations représente aujourd'hui un levier pour le développement de la promotion de la santé et pour faire évoluer ces constats.^[37] Pour plus d'information sur la recherche interventionnelle, nous vous renvoyons vers un dossier spécial de la revue « la santé en action » publié en 2013^[38].

Comme dit précédemment, le Canada et la France investissent de plus en plus dans ces recherches. Au Canada, *l'initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada* (IRISPC), découlant des Instituts de recherche en santé du Canada, est un groupement de personnes et d'organismes qui cherchent à « accroître la quantité, la qualité et l'utilisation de la recherche interventionnelle en santé des populations »^[39]. En France, l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) qui a pour mission de développer et de promouvoir la recherche française en Santé publique soutient les recherches portant sur la prévention et les déterminants de la santé par des recherches interventionnelles pouvant aller jusqu'à un soutien financier de 250 000€^[40].

réaliste et temporellement défini.

[36] Instituts de Recherche en Santé du Canada, Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38731.html>, consulté le 26/06/2017

[37] JOANNY R., *Recommandations pour l'élaboration d'un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé*, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé – Bretagne, préface de Christine Ferron et Eric Le Grand, 2014.

[38] Institut National de prévention et d'éducation pour la santé, « La santé en action », Septembre 2013- 452, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf>

[39] Instituts de Recherche en Santé du Canada, A propos, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38732.html>, consulté le 26-06-2017

[40] Institut de Recherche en Santé Publique, Appel à projets de recherche Général 2017 – volet prévention, <http://www.iresp.net/files/2017/03/Texte-AAP-G--n--ral-2017-Volet-Pr--vention.pdf>, consulté le 19-07-17

CE QU'IL FAUT RETENIR

Dans les plans sélectionnés, des indicateurs d'évaluation de l'implémentation (processus-outcomes) et de l'efficacité sont prévus, ce qui semble indiquer une préoccupation « formative » destinée à effectuer des ajustements nécessaires en cours de route.

Il ne semble pas clair cependant si les dispositifs d'évaluation permettraient de vérifier la présence d'effets de contexte, c'est-à-dire dans quelle mesure le contexte (socio-économique, culturel, ethnique, géographique, ...) et les acteurs (professionnels, citoyens, ...) interagissent avec l'implémentation des plans, affectent leur fidélité, et affectent leur potentiel d'efficacité pour la santé des personnes et des communautés.

L'évaluation des interventions de promotion de la santé permet de produire des connaissances autant sur les effets de ces interventions que sur leurs processus.

L'enjeu est notamment de s'appuyer sur ces connaissances pour optimiser les actions menées sur le terrain. Le transfert de connaissances sur les interventions est devenu primordial. En réponse à un besoin d'outils et de méthodes adaptés aux réalités des interventions de promotion de la santé, nous avons relevé quelques initiatives des pays de notre analyse.

Les outils sont directement à destination des acteurs de terrain. Ils visent à soutenir les professionnels de la santé à améliorer leurs interventions. C'est le cas des outils *quint-essenz*, de catégorisation des résultats et du cadre d'orientation « pratique exemplaire » de la fondation PSCH et de la matrice flamande.

La recherche interventionnelle en santé des populations vise la production de connaissances scientifiques sur des interventions précises et dans des contextes spécifiques. Le Canada et la France investissent de plus en plus dans ces recherches qui répondent au besoin croissant de données probantes sur lesquelles baser les interventions de promotion de la santé.

7. BIBLIOGRAPHIE

Sites web

Mme Cécile Jodogne, Ministre de la Santé du gouvernement francophone bruxellois, http://www.jodogne.be/sites/jodogne.dd/files/1_fichiers/plan-promotion-sante-2018-22.pdf

Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie – Horizon 2030, <http://prevot.wallonie.be/plan-pr-vention-sant-horizon-2030-les-enjeux-majeurs-de-la-pr-vention-et-de-la-promotion-de-la-sant-en-wallonie>

Santé Publique France, <http://www.santepubliquefrance.fr/>

Agences Régionales de la Santé, <https://www.ars.sante.fr>

Santé Montérégie, <http://www.santemonteregie.qc.ca>

Neuchâtel, <http://www.ne.ch>

Office Fédérale de la Santé Publique, « Elaboration et plan de mesures de la stratégie MNT », <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/erarbeitung-massnahmenplanung-ncd.html>

« Manifeste pour une reconnaissance et un financement fiable de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention collective et de la santé communautaire », <http://manifestepreventions.wixsite.com/manifeste-prev-sante>

Office Fédéral de la Santé Publique, « Système de monitoring des maladies non transmissibles (MNT) », <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/ressortforschung-evaluation/forschung-im-bag/forschung-nichtuebertragbare-krankheiten/monitoring-systemncd.html>

Promotion Santé Suisse, Quint-essenz, <https://www.quint-essenz.ch/fr>

Promotion Santé Suisse, Système de qualité quint-essenz, <https://promotionsante.ch/bases/gestion-des-impacts/qualite/quint-essenz.html>

Promotion Santé Suisse, Modèle de catégorisation des résultats, <https://promotionsante.ch/bases/gestion-des-impacts/qualite/categorisation-des-resultats.html>

Promotion Santé Suisse, Pratiques exemplaires, <https://promotionsante.ch/bases/gestion-des-impacts/qualite/pratique-exemplaire.html>

Instituts de Recherche en Santé du Canada, Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38731.html>

Instituts de Recherche en Santé du Canada, A propos, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38732.html>

Institut de Recherche en Santé Publique, Appel à projets de recherche Général 2017 – volet prévention, <http://www.iresp.net/files/2017/03/Texte-AAP-G--n--ral-2017-Volet-Pr--vention.pdf>

Zorg en gezondheid, « raamwerk », https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/raamwerk_voortraject_GC.xlsx

Littérature grise

Organisation Mondiale de la Santé, Promotion de la santé - Charte d'Ottawa, 1986

Ministère de la santé et des services sociaux, « Stratégie de mise en oeuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 », Québec, Gouvernement du Québec, 2016, 31 p.

M. Bouvier Gallacchi, A. Tomada, O. Beretta, M. Perucchi e i collaboratori SPVS, « Strategia e programma quadro di prevenzione e promozione della salute Cantone Ticino », 2013, http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Pubblicazioni/ProgrammaSPVS_2013-2015.pdf

STEENHUYZEN S. et STEVENS V. « Een kei in evalueren – werkboek evalueren in de gezondheidsbevordering », VIGEZ, 2016, <http://www.vigetz.be/themas/algemene-gezondheidsbevordering/evalueren-van-projecten>

JOANNY R., Recommandations pour l'élaboration d'un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé », Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé – Bretagne, préface de Christine Ferron et Eric Le Grand, 2014.

Institut National de prévention et d'éducation pour la santé, « La santé en action », Septembre 2013-452, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf>

Articles scientifiques

SCHANG L.K., CZABANOWSKA K.M. and LIN V., "Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland", *Health Promotion International*, vol. 27 2, 2011.

CAMBON L., « Étude de la transférabilité des interventions de promotion de la santé dans une perspective de promotion des démarches «evidence based health promotion» : développement d'un outil d'analyse de la transférabilité des interventions », thèse présentée à l'université de Lorraine, 2012.

Ouvrages

PINEAULT R. et DAVELUY C., « La planification de la santé – concepts, méthodes, stratégies », éditions nouvelles, Ottawa, 1995

ROSSI PH, LIPSEY MW, FEEMAN H. *Evaluation – a systematic approach*. 7th ed. London: Sage Publications. 2004.

BRETON E., JABOT F., et al., « La promotion de la santé – comprendre pour agir dans le monde francophone », presses de l'EHESP, Rennes, 2017.

8. ANNEXES

- Annexe 1 : Plans inclus dans ce travail
- Annexe 2 : Critères de priorisation du Plan régional suisse
- Annexe 3 : Tableau reprenant les approches de formulation des objectifs formalisés des *Plans*
- Annexe 4 : Les 25 indicateurs clés du Plan régional français
- Annexe 5 : Exemple de cadre conceptuel pour évaluer un plan de santé - Plan régional suisse

Annexe 1 : Plans inclus dans ce travail

TERRITOIRE	TITRE	DURÉE	SITE INTERNET
BELGIQUE			
Flandre	« Strategisch plan – de vlaming leeft gezonder in 2025 » ^[a]	2017-2025	Site web
FRANCE			
National	« Stratégie nationale de santé, feuille de route » ^[b]	2013-...	Site web
Les Pays de la Loire	« Projet Régional de Santé des Pays de la Loire – Schéma régional de prévention » ^[c]	2012-2016	Site web
QUÉBEC			
National	« Programme national de santé publique pour améliorer la santé de la population du Québec » ^[d]	2015-2025	Site web
Montérégie-Centre	« Plan d'action régional de santé publique » ^[e]	2016-2020	Site web
SUISSE			
National	« Stratégie nationale prévention des maladies non transmissibles » ^[f] et son <i>Plan</i> de mesures	2017-2024	Site web
République et canton de Neuchâtel	« Stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé » ^[g]	2016-2026	Site web

^[a] « Strategisch plan – de vlaming leeft gezonder in 2025 (versie voor de gezondheidsconferentie) », Agentschap Zorg & Gezondheid, décembre 2016.

^[b] « Stratégie Nationale de Santé, feuille de route », Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Septembre 2013.

^[c] « Projet Régional de Santé des Pays de la Loire », version actualisée du 26 mars 2016, Agence Régionale de Santé Pays de la Loire.

^[d] « Programme national de santé publique pour améliorer la santé de la population du Québec 2015-2025 », Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 2015.

^[e] Direction de santé publique de la Montérégie (2016), « Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 », Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre.

^[f] « Stratégie Nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024 », Berne, Office fédéral de la Santé Publique et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016

^[g] « Stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé 2016-2026 », République et canton de Neuchâtel

Annexe 2 : Critères de priorisation du Plan régional suisse

A) BASE LÉGALE	La thématique est-elle inscrite dans la loi de santé?
B) DONNÉES	<p>Quel est l'impact de la thématique sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mortalité? - La morbidité? - Les années de vie perdues? - Les coûts de la santé? - La souffrance humaine? - D'autres indicateurs de santé?
C) POTENTIEL DE PRÉVENTION/ PROMOTION DE LA SANTÉ	La prévention ou promotion de la santé a-t-elle un impact potentiel sur la thématique? Des mesures de santé publique acceptables (éthiquement, socialement, juridiquement, économiquement) ont-elles prouvé leur efficacité?
D) ANALYSE COÛT/ BÉNÉFICES	L'accent a été mis sur les thématiques et les mesures dont le ratio coût/bénéfice était favorable, selon la littérature actuellement disponible. Les connaissances à ce sujet se développent en effet rapidement; de plus en plus d'études mettant en lumière l'efficacité de la prévention et de la promotion de la santé et son «retour sur investissement» positif.
E) COHÉRENCE AVEC LE CONTEXTE NATIONAL/ INTERCANTONAL/ VOIRE INTERNATIONAL	La thématique fait-elle partie de la stratégie de la Confédération et/ ou des autres cantons, afin de permettre des synergies? (stratégie 2020 de la Confédération, stratégie de la fondation Promotion santé suisse, priorités de la Conférence des Directrices et directeurs de Santé, etc.)
F) OPPORTUNITÉS DU TERRAIN	Y a-t-il déjà dans le canton des acteurs spécialisés dans cette thématique? Où sont les forces à exploiter? Où sont les lacunes? Quelles opportunités de coordination existe-il?
G) RESSOURCES À DISPOSITION	Les possibilités de ressources externes ont également été prises en compte, afin que le canton bénéficie à sa juste hauteur des subventionnements fédéraux à disposition concernant des thématiques de santé prioritaires au niveau national et cantonal.
H) BILAN DU PLAN PRÉCÉDENT	Les priorités découlent également de l'analyse des activités découlant du plan directeur 2009 et du degré d'atteinte des objectifs de santé de ce dernier.

Adapté de la stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé de Neuchâtel, p.13

Annexe 3 : Approches de formulation des objectifs formalisés des Plans

APPROCHE DE FORMULATION DES OBJECTIFS	THÈMES CENTRAUX DES OBJECTIFS	PLAN NATIONAL FRANÇAIS	PLAN RÉGIONAL FRANÇAIS	PLAN NATIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN RÉGIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN NATIONAL SUISSE	PLAN RÉGIONAL SUISSE	PLAN FLAMAND
PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ	Alimentation							
	Activité physique							
	Drogues							
	Tabac							
	Alcool							
	Autres substances psychoactives							
	Santé mentale et psychosociale							
	Maladies et risques infectieux							
	Santé affective, sexuelle et reproductive							
	Santé environnementale							
	Chutes des personnes âgées							
	Jeux de hasards et d'argent							
	Santé buccodentaire							
	Nutrition prénatale et postnatale							
	Cancer							
	Problèmes d'adaptation sociale							
	Diabètes							
	Perte d'autonomie							
	DÉTERMINANTS DE SANTÉ	Qualité et accès aux soins et à la prévention						
Politique de santé								
Milieus de vie								
Conditions environnementales								
Education								
POPULATIONS	Petite enfance (et naissance)							
	Adolescence							
	Populations vulnérables							
	Personnes âgées							
	Parents							
	Femmes enceintes							
	Adultes							
	Personnes en période de rupture							
	Personne en perte d'autonomie							

APPROCHE DE FORMULATION DES OBJECTIFS	THÈMES CENTRAUX DES OBJECTIFS	PLAN NATIONAL FRANÇAIS	PLAN RÉGIONAL FRANÇAIS	PLAN NATIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN RÉGIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN NATIONAL SUISSE	PLAN RÉGIONAL SUISSE	PLAN FLAMAND
MILIEUX DE VIE	Milieu professionnel							
	Ecole							
	Quartier / communauté							
	Milieu familial							
	Milieus d'accueil pour les enfants							
	Ecole supérieure et université							
	Milieus du loisir pour enfants							
	Milieus de soins et du bien-être							
	Milieus d'accueil pour demandeurs d'asile							
	Milieu carcéral							
STRATÉGIES	Système d'informations et de collecte de données							
	Coordination, articulation entre les acteurs de terrain et avec le politique							
	Compétences en santé (empowerment)							
	Couverture vaccinale							
	Gestion et contrôle des risques							
	Surveillance de l'état de santé de la population							
	Compétences des acteurs de santé							
	Intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans les établissements de soins et médico-sociaux							
	Recherche en santé							
	Dépistage							
	Qualité et évaluation des projets et programmes							
	Démocratie sanitaire							
	Education thérapeutique du patient							
	Innovations et nouvelles technologies							
	Proximité des services							
	Transfert des connaissances							
	Informier et sensibiliser							
Soutenir les acteurs de terrain								

Annexe 4: Les 25 indicateurs clés du Plan régional français

LES 25 INDICATEURS CLÉS	
INDICATEURS TRACEURS	INDICATEURS DE SYNTHÈSE
Axe 1.1. être acteur de sa santé	
Taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur pour les personnes de 75 ans et plus	Nombre de connexions à la plateforme d'intégration des données de santé
Pourcentage de patients en ALD 5 (insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales) et ALD 13 (infarctus coronaire), ALD 8 (diabète type 1 et 2), ALD 14 (insuffisance respiratoire grave) bénéficiant d'un programme d'ETP autorisé	Taux de mortalité prématurée évitable
Taux de prévalence de l'obésité et du surpoids en grande section de maternelle	
Axe 1.2. Une démarche centrée sur la personne	
Taux de personnes suivies par un établissement ou service médico-social bénéficiant d'un projet personnalisé	Évolution du nombre DMP créés sur la plateforme e-santé (accord du patient obtenu)
Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants standardisé par âge	
Axe 2.1. Une offre de premier recours à conforter	
Nombre de nouveaux programmes d'ETP autorisés coordonnés par des professionnels du premier recours	% de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale
Nombre de structures d'exercice collectif développées en ambulatoire pour 100 000 habitants	
Axe 2.2. Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces	
Taux d'hospitalisation directe des personnes âgées de plus de 75 ans (ie sans passage aux urgences).	Indicateur issu de Trajectoire - % des dossiers dans Trajectoire ne comportant pas de renseignements sur l'environnement de la personne (indicateur en cours de stabilisation)
Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an	Part des services dans l'offre médico-sociale
	Pourcentage des personnes âgées de plus de 80 ans restant à domicile
2.3. Un accès assuré aux services spécialisés	
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs	Délai d'attente pour un premier rendez-vous auprès d'une plateforme d'expertise
Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé (en K€)	
3.1. La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale	
Nombre de consultations du site Internet de l'ARS sur l'onglet « Veille sanitaire »	Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en prévention à destination des professionnels de santé de 1er recours
	Nombre de déclarations de maladies infectieuses à prévention vaccinale et à déclaration obligatoire adressées à l'ARS
3.2. La mobilisation pour réduire les inégalités de santé	
Écart du taux de participation au dépistage organisé (ou non) du cancer du sein entre population totale, population CMU et population CMUC	Écarts intra-régionaux d'équipement en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes atteintes de handicap de 0-59 ans ; personnes âgées de 75 ans et plus)
Pourcentage des unités de distribution alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité	

Adapté de « *Projet Régional de Santé des Pays de la Loire* »,
version actualisée du 26 mars 2016, Agence Régionale de
Santé Pays de la Loire, p.23

Annexe 5 : exemple de cadre conceptuel pour évaluer un plan de santé - Plan régional suisse

TYPE D'OBJECTIFS	RÉSULTATS ATTENDUS	INDICATEURS – POSSIBILITÉ DE MESURE	REMARQUES
Objectifs de processus			
	Activités et prestations prévues	Quantité et qualité des prestations, accessibilité, adéquation des ressources, satisfaction des usagers. Les manières de mesurer ces indicateurs dépendra du type de prestations.	Dans le cadre du présent document, il s'agit essentiellement de la mise en place de programmes cadres, avec des objectifs spécifiques qui seront évalués programme par programme. L'évaluation de ces objectifs se fera par un monitoring et une autoévaluation du SCSP.
Objectifs concernant les déterminants de la santé, en termes de :			
Capacités individuelles			
- Conscience (de l'existence d'un problème)	Modification du niveau de conscience, de sensibilité à une problématique, croyances	Conscience plus grande de l'importance d'une thématique. Ex: conscience de l'impact de la sédentarité sur la santé (au moyende sondages par ex.)	
- Connaissances	Modification du niveau deconnaissances	Augmentation des connaissances en matière de santé. Ex: connaître les recommandations suisses en matière d'activité physique	L'évaluation de ces objectifs nécessite plus de moyens. Dans le cadre de l'évaluation de ce document, il sera essentiellement fait appel à l'Enquête suisse sur la santé ou d'autres sources de données spécifiques.
- Attitude	Modification de l'attitude (négative/ positive) par rapport à une thématique	Changements d'attitudes. Ex: juger positivement les plans de mobilité douce (et voter les crédits nécessaires)	Il sera donc possible de suivre une tendance, mais sans évaluer si les tendances observées découlent directement des activités de la stratégie.
- Compétences	Modification du niveau de compétences	Augmentation des compétences. Ex: savoir où trouver une offre d'activité physique	L'évaluation sera doncpartielle.
Comportements	Modification des comportements	Adoption de comportements plus favorables à la santé. Ex. pratiquer plus d'activité physique	
Environnement	Modification de l'environnement physique et social	Développement d'environnements plus favorables à la santé. Ex. augmentation du nombre de pédibus et de pistes cyclables	Les modifications de l'environnement seront évaluées au cas par cas, selon les objectifs mentionnés dans chacun des champs prioritaires.
Objectifs de santé	Modifications de l'Etat de santé, de la distribution des facteurs de risque, de la qualité de vie	Baisse de la mortalité et de la morbidité liées à la sédentarité	Les objectifs de santé feront également l'objet d'un suivi, notamment en se référant aux données de l'Enquête suisse sur la santé (chiffres NE) et d'autres sources de données (chiffres CH) déjà existantes. Un mandat est confié chaque 5 ans à l'Obsan pour l'exploitation de ces données. Cela permet de suivre une tendance, mais à nouveau, sans permettre de vérifier si les changements constatés découlent directement des activités décrites dans ce document.

REVUE DE LITTÉRATURE DU RESO #02 - AOÛT 2017

TIREZ VOTRE PLAN ! UNE ANALYSE DE « PLANS » POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ EN FLANDRE, EN FRANCE, AU QUÉBEC ET EN SUISSE

En 2014, la sixième Réforme de l'Etat provoquait le transfert du secteur de la promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers la Région wallonne et la Commission communautaire française (COCOF) en Région de Bruxelles-Capitale. Ce nouveau découpage institutionnel a nécessité une réorganisation complète du secteur et la rédaction de nouveaux décrets et Plans dans les deux régions. Une des missions du service universitaire de promotion de la santé RESO/UCL étant le soutien méthodologique pour l'aide à la décision politique, nous avons été consultés à plusieurs reprises par les personnes chargées de l'élaboration de ces Plans.

Guidés par les questionnements suscités lors des travaux de construction des Plans wallon et bruxellois, nous avons réalisé ce dossier à destination des politiques, experts et professionnels belges et d'ailleurs qui, dans le cadre de l'élaboration d'une politique de promotion de la santé (qu'elle soit locale, régionale ou nationale), seraient susceptibles de participer ou d'être directement impliqués dans celle-ci. A travers des Plans nationaux et régionaux flamand, français, québécois et suisse, nous mettons en avant des faits saillants en matière de conception, de contenu, de mise en œuvre et d'évaluation.

WWW.UCLOUVAIN.BE/RESO