

Santé publique

1.	DÉFINITIONS	3
1.1.	La Santé: définition	3
1.2.	La Santé Publique: définition	3
2.	APPROCHE MULTISECTORIELLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	4
3.	LA PLANIFICATION SANITAIRE	5
3.1.	Définition - Objectif	5
3.2.	Détermination des besoins de santé	6
3.2.1.	<i>La méthode des besoins normatifs</i>	6
3.2.2.	<i>La méthode des objectifs de prestations</i>	6
3.2.3.	<i>La méthode des besoins souhaités par la population</i>	6
3.2.4.	<i>En pratique</i>	7
3.3.	Détermination des priorités sanitaires	7
3.3.1.	<i>Facteurs de choix</i>	7
3.3.2.	<i>Faisabilité</i>	8
3.3.3.	<i>Coût</i>	9
3.4.	Evaluation des plans sanitaires	10
4.	PRÉVENTION	11
5.	PROMOTION DE LA SANTÉ	11
5.1.	Conditions	12
5.2.	Moyens	12
5.2.1.	<i>Moyens techniques</i>	12
5.2.2.	<i>Moyens sanitaires</i>	12
5.2.3.	<i>Moyens politiques</i>	13
5.3.	Acteurs	13
5.3.1.	<i>Les décideurs</i>	13
5.3.2.	<i>Les acteurs de terrain</i>	13
6.	EDUCATION POUR LA SANTÉ	14
6.1.	Populations cibles	14

6.2. Thèmes	15
6.3. Moyens	15
6.3.1. <i>Moyens techniques</i>	15
6.3.2. <i>Moyens humains</i>	16
6.3.3. <i>Moyens institutionnels</i>	16
6.4. Méthodes: de l'action collective à la personnalisation de l'information	16
7. LA COOPÉRATION SANITAIRE	17
7.1. La coopération intersectorielle	17
7.2. La coopération internationale	17
7.2.1. <i>Organisation Mondiale de la Santé (OMS)</i>	17
7.2.2. <i>Autres organisations internationales</i>	18

1. DÉFINITIONS

1.1. La Santé: définition

Dans sa constitution de 1946, l'OMS a élargi le concept de santé par rapport à la définition trop réductrice d'absence de maladie, et y a ajouté une dimension psychosociale: *"Tous les peuples du monde ont le droit d'accéder au meilleur état de santé possible, la santé étant définie non seulement comme l'absence de maladie, mais comme un état de complet bien-être physique, mental et social"*. La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine, biologiques, psychologiques et sociales. Cet équilibre exige d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les être humains (besoins affectifs, nutritionnels, sanitaires, éducatifs et sociaux), d'autre part une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation.

1.2. La Santé Publique: définition

"Science et art de prévenir les maladies, d'améliorer, de prolonger la vie, la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en oeuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité." (Winslow)

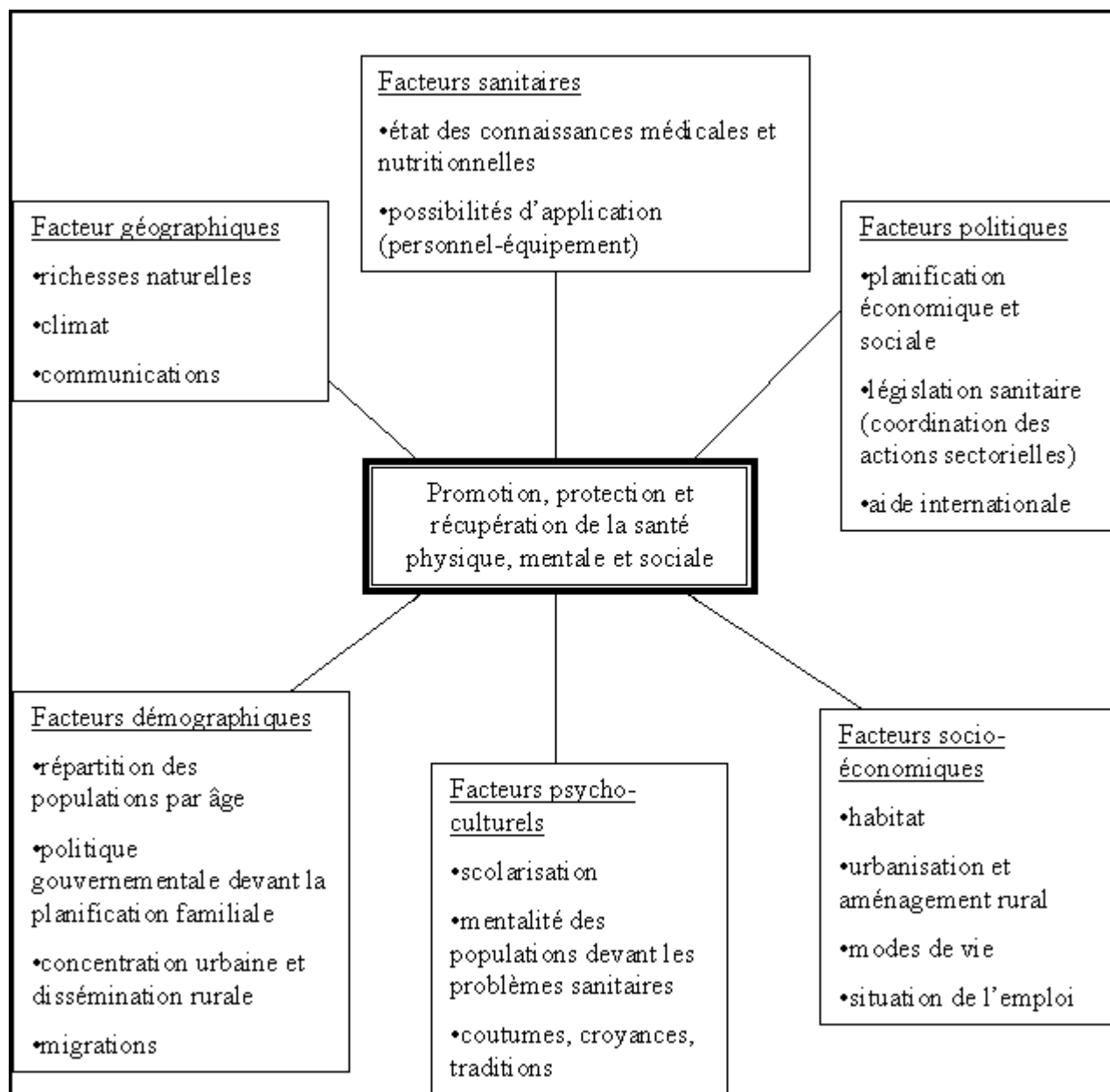
La définition de la santé publique selon l'OMS est la suivante (1973) : *"Alors que, traditionnellement, elle recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles, elle s'est progressivement élargie... On utilise aujourd'hui santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins"*. La santé publique est devenue une discipline autonome qui s'occupe de la santé **globale** des populations sous tous ses aspects **curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux**.

L'OMS, en 1985, en a défini les objectifs en quatre propositions:

- Assurer l'égalité dans la santé en réduisant les disparités sanitaires entre pays ou entre catégories socio-professionnelles;
- Ajouter de la vie aux années en donnant aux individus les moyens d'une plénitude physique et psychique optimale;
- Ajouter de la santé à la vie en diminuant la morbidité et l'incapacité;
- Ajouter des années à la vie en luttant contre la mort prématurée, c'est-à-dire en allongeant l'espérance de vie.

2. APPROCHE MULTISECTORIELLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Tous les problèmes que posent la promotion et la protection de la santé des hommes sont complémentaires et indépendants. Ils ne peuvent pas être dissociés et doivent faire l'objet d'une approche globale qui n'est possible que par le regroupement et la coordination des efforts poursuivis dans les différents secteurs de l'activité humaine : santé, éducation, agriculture, économie, travaux publics, information..



3. LA PLANIFICATION SANITAIRE

La Santé Publique a pour objectif de mettre en place une action d'ensemble susceptible d'améliorer la santé des populations. Les objectifs, définis par l'OMS, conduisent à une action qui déborde largement le secteur sanitaire. Elle procède nécessairement d'une démarche de planification indispensable à la mise en oeuvre des moyens. Elle vise essentiellement, outre la restauration de la santé, la prévention et la promotion de la santé. Elle s'individualise spécifiquement dans l'éducation pour la santé et la coopération sanitaire.

La planification sanitaire précède nécessairement toute décision d'action en Santé Publique. La diversité des situations impose en effet un choix parmi de nombreux moyens selon les possibilités sociales, économiques ou culturelles.

Elle implique une démarche multidisciplinaire composée de plusieurs étapes :

- l'étape stratégique détermine les besoins de la population à partir de l'épidémiologie et établit les objectifs prioritaires selon les moyens et ressources disponibles;
- l'étape tactique, essentiellement technique, définit le plan de programme selon le progrès scientifique, le milieu envisagé et la population-cible;
- l'étape opérationnelle met en oeuvre ce programme et mobilise les ressources en vue d'en accomplir les objectifs;
- l'étape évaluative juge de l'efficacité du programme d'action mis en place et de ses modalités. Les indicateurs de performance ayant été fixés à l'avance, elle permet les réajustements nécessaires.

Les programmes d'application s'étendent à des secteurs divers :

- Secteurs d'activités, tels que les programmes de médecine du travail, de protection maternelle et infantile ou de lutte antituberculeuse...
- Secteurs géographiques avec des programmes de santé régionaux, municipaux..

3.1. Définition - Objectif

Le terme désigne l'action d'organiser selon un plan. En économie contemporaine, elle permet aux pouvoirs publics d'encadrer le développement économique de la nation et d'en prévoir l'évolution sur quelques années. La planification sanitaire est, dans cette perspective, une démarche consistant à utiliser au mieux les ressources disponibles pour faire face aux besoins de santé de la population.

Le but de la planification de la santé est toujours d'organiser avec méthode et logique de grandes actions (appelées programmes) afin d'obtenir une amélioration de l'état de santé d'une population. Cette amélioration pourra être appréciée objectivement grâce à l'utilisation de mesures empruntées à l'épidémiologie et à la démographie (morbidité, mortalité, espérance de vie...)

3.2. Détermination des besoins de santé

La détermination des besoins dits sanitaires correspond à la première grande étape de la planification. Il s'agit d'essayer d'identifier au niveau de la population considérée les grands problèmes de santé. Le besoin de santé correspondra à la différence significative entre un état de santé observé et un état de santé désiré.

Hall propose trois approches pour l'étude des besoins dans le cadre d'une planification :

3.2.1. La méthode des besoins normatifs

Des besoins théoriques sont définis par des "experts" (le plus souvent des médecins, des administrateurs, ou des politiciens) relativement à une "norme". C'est une approche idéaliste qui cherche, par exemple, à déterminer les besoins en personnel et en équipement pour soigner telle maladie. Il est facile d'extrapoler ensuite ces besoins avec les tendances épidémiologiques et démographiques de la population. L'un des principaux inconvénients de cette méthode est qu'elle aboutit souvent à un projet trop ambitieux et rarement réalisable.

3.2.2. La méthode des objectifs de prestations

Des objectifs de production et de distribution de services médicaux sont élaborés en tenant compte à la fois des besoins théoriques, des souhaits éventuels des individus, et des conditions économiques. Cette méthode est difficile à mettre en oeuvre car elle exige la connaissance d'informations très nombreuses et variées.

3.2.3. La méthode des besoins souhaités par la population

Cette méthode prend en considération les besoins tels qu'ils peuvent être ressentis par les différentes catégories de population. Cette approche est très réaliste et démagogique par définition mais tend à occulter les services de prévention. En effet, la demande en "prévention" provient rarement des populations parce que l'efficacité de telles actions est peu perceptible à court terme. Une action de prévention ne peut s'évaluer qu'en termes de nombre de malades potentiellement évités, notion difficile à apprécier et à exprimer par les individus eux-mêmes...

Ces méthodes, bien que très théoriques et rarement utilisées telles quelles, sont intéressantes à présenter car elles soulignent bien la complexité des problèmes posés par le concept de "besoin de santé".

La théorie est pondérée par le fait qu'il n'est pas nécessaire de prendre en considération un besoin (même exprimé) si l'on ne peut rien faire pour le satisfaire à l'aide d'interventions réalistes. En économie comme en médecine, la faisabilité des actions est une notion très importante à envisager.

3.2.4. En pratique

Pratiquement, l'étude des besoins se fait de façon consensuelle en deux grandes étapes :

- La première est l'**identification des problèmes de santé par la mesure quantitative et qualitative de "l'état de santé" des individus**. C'est le stade important de la "collecte" des informations grâce à l'exploitation d'enquêtes épidémiologiques et démographiques classiques.
- La deuxième correspond à l'**interprétation et au tri de ces informations brutes afin de les rendre les plus explicites possibles**. L'analyse de ces résultats pourra permettre d'estimer l'importance apparente de chaque besoin sur la base de considérations épidémiologiques, économiques, sociales, politiques et administratives. Elle peut aussi permettre d'identifier plusieurs sous-groupes de population ayant les mêmes besoins.

L'étude des besoins sanitaires d'une population est donc un travail long, fastidieux et difficile. Il est de ce fait compréhensible que certaines équipes chargées d'organiser la planification sanitaire tentent le plus possible de minimiser cette étape. Ceci est parfois réalisable dans le cas d'extrapolation d'études déjà entreprises sur une population comparable, ou dans le cas d'un problème majeur de santé publique représentant un besoin évident et urgent.

3.3. Détermination des priorités sanitaires

3.3.1. Facteurs de choix

La détermination des priorités sanitaires consiste à faire une sélection parmi les différents besoins qui auront été identifiés. Cette sélection servira ensuite de base à la définition d'un programme de santé (par exemple un programme de vaccination) mais aussi parfois à un programme de recherche (par exemple, l'aide à la recherche sur le SIDA, maladie qui ne dispose pas encore de réelle solution thérapeutique, mais pour laquelle la recherche d'une solution est devenu un besoin prioritaire). Afin de mener à bien cette opération, un processus méthodique de comparaison et de prise de décision doit être utilisé, ce qui entraînera nécessairement l'abandon de certains problèmes.

Bryant propose de se baser sur **huit facteurs** pour établir des priorités :

- nombre d'habitants susceptibles de bénéficier d'un programme sanitaire,
- nombre de malades et de décès dus à la maladie ou diminution probable par suite du programme,
- efficacité des techniques disponibles ou possibilité de lancement du programme,
- existence de méthodes sûres permettant d'assurer la phase d'entretien,
- probabilité d'atteindre la phase d'entretien du programme,
- coût réel de l'exécution du programme et de sa phase d'entretien,
- effet probable du programme sur le développement économique de la zone couverte,
- désir exprimé par la population.

Ces informations permettent de disposer de critères d'ordonnement des besoins, mais ils ne permettent pas de connaître toutes les possibilités de résolution de ces problèmes. Il est donc nécessaire d'explorer aussi ce qu'il est convenu de nommer les *alternatives à l'intervention*. Par exemple, dans le cas du cancer du sein, les alternatives d'intervention pourront être :

- favoriser la prévention par autopalpation,
- favoriser la prévention par consultation régulière chez le médecin généraliste,
- favoriser le dépistage par mammographie,
- favoriser la prévention des complications après un premier traitement
- etc...

Chaque option doit, bien entendu, être considérée préalablement comme efficace.

D'après Pineault, pour être reconnue efficace une intervention doit être à la fois **fiable et valide** :

- La **fiabilité** est la capacité de l'intervention à donner les mêmes résultats lorsqu'elle est répétée dans des conditions semblables (bonne reproductibilité).
- La **validité** est la capacité de l'intervention à obtenir un résultat conforme au résultat attendu...

Certaines des différentes options ayant été considérées efficaces. il convient à présent de les envisager sous l'angle de leur faisabilité.

3.3.2.Faisabilité

Celle-ci peut être de quatre types principaux :

- **Faisabilité politique**
Que pense le régime politique officiel de telle intervention? Par exemple, en Afrique, il peut être souhaité par un chef d'Etat qu'une région considérée comme "défavorable" demeure sous-médicalisée et qu'une région considérée comme "favorable" devienne surmédicalisée...
- **Faisabilité légale**
Est-ce que la législation permet tel type d'intervention ? Pour citer un nouvel exemple africain, les véhicules sanitaires de certains Etats sont affectés à un département et ne peuvent sortir de celui-ci qu'après les avis favorables de différentes administrations; ce qui peut mettre plusieurs jours ou semaines, et compromettre sérieusement un programme de dépistage précoce ou d'organisation de secours d'urgence.
- **Faisabilité organisationnelle**
Il n'est, par exemple, pas concevable en Afrique sub-saharienne d'hospitaliser un patient sans héberger sa famille. Les hôpitaux construits sur le modèle occidental sont donc amenés à subir de graves dysfonctionnements dans l'organisation des soins.
- **Faisabilité éthique**

Les considérations éthiques varient énormément dans l'espace mais aussi dans le temps. Le concept même de priorités sanitaires est traditionnellement mal perçu par les populations car il s'agit de faire des choix parmi les malades.

Certaines options ayant été identifiées comme efficaces et faisables, il est maintenant possible de les envisager sous l'angle de leur coût respectif.

3.3.3. Coût

Un programme de santé "idéal" du point de vue économique devrait coûter le moins cher possible et être le plus efficace (meilleur rapport coût-efficacité), ces propriétés étant rarement observées simultanément! S'il est facile d'éliminer a priori les options les plus onéreuses et les moins efficaces, il est par contre moins aisé de comparer des solutions plus ou moins chères et plus ou moins efficaces...

Les économistes, intéressés par ce type de comparaisons, ont introduit en France à la fin des années 60 une méthode dite de "rationalisation des choix budgétaires" (RCB). Cette méthode serait inspirée de certains principes techniques du "**Planning, Programing Budgeting System**" (PPSB) qui est une méthode de gestion mise au point pour la planification économique aux Etats-Unis.

Le principe est relativement simple. Après avoir dégagé les dimensions d'un problème, puis s'être fixé un ou plusieurs objectifs, on recherche de manière systématique l'ensemble des moyens les plus adaptés du point de vue de leur efficacité et de leur coût, pour obtenir les résultats souhaités.

Il est utile aux décideurs de connaître le rapport coût-avantage d'une intervention de santé, (c'est-à-dire le gain net de santé pouvant être exprimé de différentes façons (par rapport au moins à ce qui se passerait si l'on ne faisait rien) pondéré par le coût. Les pouvoirs publics peuvent générer cette information et l'utiliser de deux manières. Ils peuvent en premier lieu l'utiliser pour déterminer si une intervention donnée du secteur public est efficace par rapport à ce qu'elle coûte: il faut pour cela évaluer l'amélioration de santé par rapport à ce qui se passerait si, en l'absence d'action de l'Etat, les décisions étaient laissées au secteur privé. Ils peuvent ensuite fournir des renseignements sur les avantages et le coût de diverses interventions de santé aux prestataires de services, aux assureurs et aux consommateurs.

Ces **études coût-avantage** peuvent être classiquement de quatre formes :

- Les **études de minimisation des coûts** comparent les coûts de plusieurs actions médicales à conséquences équivalentes. Elles sont aussi appelées études coût-coût, et ne constituent en fait qu'un cas particulier des études coût-efficacité.
- Les **études coût-bénéfice** relient les coûts d'une action médicale à ses conséquences exprimées en unités monétaires. Cette méthode implique une valorisation de la vie humaine, c'est-à-dire une appréciation des gains matériels et éventuellement des pertes qu'entraîne le prolongement de la vie. La plupart des grands programmes de santé dans le monde ont été étudiés (a fortiori ou a posteriori) dans cette perspective.
- Les **études coût-efficacité** relient les coûts d'une action médicale à ses conséquences exprimées en unités physiques (années de vie sauvées, nombre de malades évités, etc.).

- Les **études coût-utilité** relient les coûts d'une action médicale à ses conséquences exprimées de manière qualitative. La notion de "qualité de vie restante" introduit une nouvelle dimension aux études et nécessite l'élaboration de nouveaux systèmes de mesure.

Ces outils sont donc précieux pour l'aide au choix des projets ou programmes. Ils permettent d'argumenter devant les décideurs car il est souvent intéressant, sur le plan économique, d'investir par exemple dans le domaine de la prévention.

Il faut toutefois se souvenir que les notions d'éthique ou de solidarité sont complètement exclues de cette approche car les maladies des personnes actives (dites "productives") sont privilégiées au détriment des maladies des personnes inactives (dites "improductives"). Le coût des services sanitaires peut donc être considéré au niveau d'une société, soit comme un investissement, soit comme une perte financière selon le degré d'activité de sa population... Il est bien sûr aussi possible de considérer le coût de l'entretien des personnes improductives comme une dépense demandée par le reste de la population, consciente du fait qu'une situation d'activité est toujours provisoire (redistribution horizontale et verticale)... Dans cette perspective, le coût des services médicaux pour les sujets inactifs ne correspond plus à une réelle perte financière pour la société, mais à une forme de mutualisation du risque d'inactivité.

Selon l'idéologie politique prédominante dans chaque type de société et les mesures sociales qui en découlent, les sujets inactifs seront donc plus ou moins bien pris en charge par le reste de la population.

La détermination des priorités sanitaires, qu'il s'agisse de priorités d'action ou de priorités de recherche, consiste donc à ordonner non seulement les besoins de santé, mais aussi les différents moyens efficaces d'intervention qui peuvent exister pour un même besoin.

3.4. Evaluation des plans sanitaires

L'évaluation est un ensemble de **méthodes visant à déterminer avec quel degré de succès les objectifs préalablement définis ont été atteints**. Dans le domaine de la santé, l'évaluation est ce qui permet d'énoncer un **jugement de valeur sur un programme considéré**, qu'il soit diagnostique, thérapeutique ou organisationnel.

Un tel jugement repose sur des critères fondés sur des normes aidant à déterminer le niveau de succès dans l'atteinte des objectifs fixés.

Souvent considérée comme une phase uniquement terminale, l'évaluation doit être théoriquement contemporaine de chaque étape du processus de planification. Par exemple, l'étude des différentes alternatives, lors de la détermination des priorités sanitaires, peut être considérée dans certains cas comme une évaluation anticipée.

Cette démarche est difficilement acceptée par les services de planification et les décideurs eux-mêmes car elle les pose d'emblée en juges et parties.

En effet, évaluer consiste à se poser la question de savoir quelle est la qualité de ce qui vient d'être fait. C'est pourquoi l'évaluation est fréquemment "escamotée" des processus de planification; elle peut aussi risquer d'être très coûteuse et parfois même plus coûteuse que le programme à évaluer.

De toute façon, évaluer sincèrement des programmes de santé pose toujours de nombreux problèmes car la santé est un concept difficile à quantifier.

Il faut utiliser des quantifications indirectes appelées indicateurs. Mais ceux-ci possèdent aussi leurs propres limites. Par exemple l'amélioration de la santé peut être bien réelle grâce au plan mais pas obligatoirement suffisante pour être mesurée significativement par ces indicateurs. De plus, l'amélioration constatée de l'état de santé peut être liée à des facteurs différents de ceux mis en jeu dans le programme de santé étudié.

Pratiquement, une évaluation consiste à monter une **enquête de type épidémiologique**. Un sondage est réalisé sur la population bénéficiaire du programme pour tenter d'apprécier pourquoi et dans quelle mesure il y a eu (ou il n'y a pas eu) amélioration de l'état de santé grâce à ce programme. Par exemple, l'évaluation d'un programme de vaccination consiste classiquement à organiser une enquête de couverture vaccinale afin d'avoir un pourcentage de personnes vaccinées. Une comparaison "avant-après" permet ainsi de savoir si le programme de vaccination a servi à quelque chose.

Selon le temps, les moyens, ou la volonté des services chargés de la planification, des **enquêtes plus précises** peuvent être réalisées et permettre éventuellement d'apprécier les déterminants d'un bon résultat ou d'un échec. Les questions porteront alors sur la qualité du personnel, l'organisation du travail, la qualité des équipements et des installations, l'utilisation des budgets, etc...

L'exploitation des résultats de ces études permettra d'affiner les opérations à effectuer lors des réalisations des programmes à venir.

4. PRÉVENTION

Elle se propose d'éviter ou de réduire le nombre et la gravité des maladies ou accidents, et fait essentiellement appel à des moyens techniques individuels ou collectifs.

- **La prévention stricto sensu**, dite primaire, empêche l'apparition d'un problème de santé, donc réduit le risque d'apparition de nouveaux cas: elle diminue l'incidence.

Deux autres niveaux de prévention sont classiquement retenus:

- **La prévention secondaire** veut réduire la durée d'évolution de la maladie: elle diminue la prévalence (exemple du dépistage et de l'intervention qu'il déclenche afin d'agir directement sur l'évolution de la maladie),
- **La prévention tertiaire** a pour objet de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle après la maladie: elle diminue la prévalence des incapacités ou des récidives.

5. PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé élargit le concept de prévention: elle met à la disposition des populations les moyens d'augmenter leur capital santé. Ces moyens ne sont plus seulement

techniques mais aussi économiques, sociaux, culturels. La promotion de la santé est l'objectif d'un vaste mouvement mondial actuel de santé publique (OMS 1986, Charte d'Ottawa).

5.1. Conditions

- Prise de conscience d'une réalité préventive tant au niveau de la décision politique que des acteurs de terrain.
- Participation de tous à l'action dans le cadre de responsabilités individuelles et collectives.
- Intégration de cette action aux actions curatives avec réorientation du système de santé.
- Épidémiologie préalable en vue d'une connaissance de la population et de ses besoins.

5.2. Moyens

5.2.1. Moyens techniques

Ce sont les moyens essentiels de la prévention :

Les moyens médicaux non spécifiques :

- Le dépistage : il consiste à identifier une maladie encore inaperçue pour en assurer l'éradication (prévention secondaire); il est tantôt dépistage de masse systématique, tantôt sélectif ou individuel. Il s'appuie sur des tests ou techniques qui doivent être spécifiques, simples, acceptables et reproductibles.
- Les examens de santé : soit examens médicaux sélectifs (avant incorporation dans l'armée, en médecine du travail, conducteurs de poids lourds); soit examens systématiques préventifs: examen prénuptial, examens prénatals, examens scolaires, examens prévus dans le cadre de l'assurance maladie, effectués dans des centres privés ou publics (relevant des caisses d'assurance maladie). Ces bilans sont chers et peu efficaces.

Les moyens médicaux spécifiques : ils sont propres à chaque type de maladie.

5.2.2. Moyens sanitaires

Ils protègent la population des nuisances extérieures et favorisent des comportements individuels non nocifs :

- Protection de l'environnement
- Éducation pour la santé

5.2.3.Moyens politiques

Ils conditionnent les moyens techniques et favorisent la plus forte égalité possible par des mesures sociales, économiques et fiscales indispensables à une véritable promotion de la santé. Dans les pays en voie de développement, la planification familiale en est la condition majeure.

5.3. Acteurs

5.3.1.Les décideurs

Il leur appartient de fixer les grandes orientations, d'élaborer les textes réglementaires et d'assurer le financement des actions.

- L'Etat élabore les lois, répartit le budget. Certaines actions préventives sont de son unique ressort: alcoolisme, toxicomanie, Sida...
- Les collectivités territoriales veillent à l'organisation de la prévention et adaptent la réglementation aux situations locales.
- Le département finance sur ses fonds propres certaines actions (éducation pour la santé) et élabore le règlement sanitaire départemental, document qui fixe les prescriptions nécessaires à la salubrité des conditions de vie; il traite notamment des eaux de consommation, des denrées alimentaires, de l'évacuation des déchets, du bruit, de la salubrité des locaux d'habitation et des bâtiments publics ou commerciaux et industriels.
- La commune a mission de contrôle et de désinfection, assurée dans les grandes villes par le Service communal d'hygiène et de santé.
- Les organismes de protection sociale: Les caisses d'assurance maladie (caisses régionales et caisses primaires) exercent une action de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de programmes définis grâce à un Fond national de prévention créé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie et financé par prélèvements sur les cotisations.

5.3.2.Les acteurs de terrain

Sur le terrain, les actions préventives sont assurés par de très nombreux organismes ou associations diverses. Les professionnels de santé occupent également une place de choix dans ce dispositif.

6. EDUCATION POUR LA SANTÉ

Sur le plan des actions collectives, les acteurs de terrain sont coordonnés par par les Comités d'Education pour la Santé et de Promotion de la Santé (1982) aux niveaux régional, départemental et local. Les Comités régionaux ont permis la mise en place d'observatoires régionaux de la santé destinés à améliorer la connaissance de l'état de santé des populations (registre permanent des indicateurs de santé régionaux) et à aider à la décision et à l'évaluation d'actions de santé. L'Education Pour la Santé (EPS) est l'une des pièces maîtresses des actions de Santé Publique. Elle a pour objectif de mettre à portée de tous l'information nécessaire à des choix adaptés à la santé présente et future. Elle permet ainsi à chacun :

- de modifier ses comportements de manière à les rendre plus conformes à ses besoins de santé;
- de connaître les possibilités du dépistage systématique;
- d'avoir son attention appelée sur d'éventuels symptômes avant-coureurs permettant un diagnostic précoce.

6.1. Populations cibles

L'éducation pour la santé s'adresse à tous les groupes de population, certains d'entre eux pouvant en bénéficier plus largement.

L'éducation de masse représente plus une sensibilisation qu'une information précise. Elle vise toutes les catégories de population confondues et a recours aux moyens de diffusion les plus larges, écrits ou audiovisuels.

L'éducation de groupe est destinée à des catégories très diverses pour qui l'éducation s'impose du fait de la nature du risque ou des chances de le prévenir :

- Selon l'âge, il faut souligner l'importance de l'éducation sanitaire de l'enfant. C'est à l'école que sont au mieux réunies les conditions d'une telle éducation: âge d'acquisition du savoir, exemplarité des modèles (l'éducation porte indirectement sur la famille), chances d'efficacité à long terme (sur les comportements notamment);
- Selon le sexe, l'éducation sanitaire de la femme revêt une importance toute particulière et doit être axée sur la grossesse et les risques de cancers génitaux. Chez l'homme, les maladies cardio-vasculaires en sont l'objet essentiel;
- Selon la profession, l'éducation sanitaire est plus particulièrement orientée vers la maladie professionnelle ou le risque d'accidents du travail;
- Selon le milieu culturel (immigrés).

6.2. Thèmes

Les thèmes de l'éducation pour la santé tiennent compte de la fréquence des facteurs de risque des maladies et de leurs implications sociales et économiques.

Les **thèmes généraux** concernent essentiellement le mode de vie et les comportements, universels par nature; ils traitent des facteurs fondamentaux que sont l'alcool, le tabac, la drogue, le déséquilibre alimentaire, le stress dont les effets se conjuguent souvent pour initier des pathologies très diverses. Il convient de ne pas les traiter en termes d'interdits et d'offrir le choix d'un dérivatif nécessaire (sport par exemple).

Les **thèmes spécifiques** relèvent de domaines plus limités: contraception, SIDA, vaccinations, cancer, hypertension artérielle... Ils sont souvent d'accès plus difficile et exigent une analyse critique préalable à toute diffusion de message collectif. Le risque est en effet grand d'engendrer une angoisse collective qui peut conduire à des positions individuelles et sociales excessives. Ils sont davantage traités en termes de généralités.

6.3. Moyens

6.3.1. Moyens techniques

- Le **message écrit** va du document, brochure, tract, affiche, à l'article, voire au livre plus ou moins documenté. Il fait appel tout autant à l'illustration qu'au texte; il exploite typographie, couleur... Et bénéficie du conseil en communication. Internet est aujourd'hui un support majeur de communication écrite (sites dédiés, mails...)
- Le **message parlé** emprunte plusieurs voies:
 - *L'émission radiophonique*, à visée collective;
 - La *télécommunication*, notamment le téléphone: plus personnalisée, intervenant sur appel, elle s'adresse en priorité aux situations de détresse (suicide, SOS amitié...) Et tient plus du social que du sanitaire.
 - Le *message audiovisuel* : l'impact de l'image est tel que celle-ci tend à se substituer aux autres moyens. Il faut, en fait, l'associer à ceux-ci dont elle n'est qu'un complément :
 - La *télévision* connaît un large succès mais reste obligatoirement limitée à une sensibilisation à certains problèmes.
 - Le *film* sous ses diverses formes représente un moyen très utile à la condition de faire l'objet d'une réflexion multidisciplinaire pour sa conception et sa réalisation. Il sert notamment de point de départ à des débats de groupe où le message passe bien.
 - *Internet*, à la différence des autres moyens, fait appel à la recherche personnelle des intéressés.

6.3.2. Moyens humains

Les **professionnels de santé** en sont le pivot. Leur savoir permet l'information à la fois la plus documentée et la plus nuancée.

Des **éducateurs-relais** sont indispensables à la plus large diffusion des messages. Sont particulièrement concernées les professions à caractère relationnel: formateurs (notamment tous les enseignants), journalistes et responsables de groupes (sociaux, culturels, sportifs).

6.3.3. Moyens institutionnels

Souvent structurés de manière précaire, ils sont cependant indispensables aux choix et à la mise en place d'actions éducatives de santé publique et à la coordination ou au financement de celles-ci :

- Les **Comités d'Education pour la Santé** assurent sur le terrain (comités régionaux et départementaux) la mise en place des actions sous des formes adaptées aux populations et la formation continue des éducateurs sanitaires. Ils fonctionnent selon le mode d'associations à but non lucratif financées par le biais de subventions des collectivités;
- Les **organismes de protection sociale** ont récemment introduit dans leur mission d'action sanitaire et sociale des actions éducatives sous des formes diverses (campagnes de la CNAM et des CRAM, réseaux de santé de la Mutualité Social Agricole...);
- D'autres organismes sont à l'origine d'initiatives privées d'éducation sanitaire: organismes caritatifs (Croix Rouge, Rotary Club...), comités d'entreprise, collectivités locales.

6.4. Méthodes: de l'action collective à la personnalisation de l'information

Pour définir au mieux les objectifs et les stratégies de demain, l'EPS se doit d'utiliser l'ensemble des **méthodes de connaissance et d'analyse** qui sont à sa disposition (démographie, épidémiologie, psychologie, sociologie, économie, droit, sciences de l'éducation et de la communication, etc...). D'autant qu'il existe une complémentarité entre les sciences exactes et les sciences humaines, entre le qualitatif et le quantitatif, entre l'individuel et le collectif.

Les campagnes nationales d'EPS contribuent à faire évoluer les représentations culturelles (cigarette, préservatif, accident domestique...), mais pour que les comportements s'inscrivent dans la durée, les campagnes médiatiques doivent être complétées par des actions de terrain, dont le but est de diffuser l'information, de répondre aux besoins et aux attentes des gens, avec la possibilité pour eux de s'exprimer et d'échanger. Le médecin joue ici un rôle privilégié dans

la ***personnalisation de l'information*** et, d'une manière plus générale, l'éducation du patient se doit également d'être développée à l'échelon individuel, à la faveur d'un partenariat et d'un dialogue actifs entre les patients et les soignants.

La tâche n'est cependant pas aisée : lorsqu'il s'agit d'apprendre (ou de réapprendre) aux patients atteints d'une affection chronique à mieux gérer leur maladie, à exercer des compétences dans la banalité du quotidien, la confrontation avec les représentations, les idées préconçues et les erreurs est inévitable... et il incombe à l'"éducateur" de lever ces obstacles.

7. LA COOPÉRATION SANITAIRE

La coopération, impliquant une participation active de tous, est indispensable à la coordination des actions de Santé Publique au nom de l'intérêt réciproque et de la solidarité.

7.1. La coopération intersectorielle

Elle est une nécessité dans le cadre d'une politique de santé qui déborde largement le secteur sanitaire et est directement dépendante de la politique sociale et économique. Ce travail commun se situe à tous les niveaux: national, régional, départemental, communal.

7.2. La coopération internationale

La dimension planétaire de nombreux problèmes sanitaires (SIDA, toxicomanies, maladies transmissibles) requiert une coordination tant au niveau de la recherche que de la législation. La réglementation mise en place relève de traités entre Etats (conventions sanitaires internationales, notamment convention de Genève) ou d'organisations autonomes.

7.2.1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Emanation de l'ONU, elle réunit les Etats en un conseil exécutif avec secrétariat permanent et en une Assemblée mondiale annuelle de la Santé.

Elle veille à l'application du règlement sanitaire international établi par son assemblée mondiale en vue de la lutte contre les maladies transmissibles.

Elle coordonne la recherche épidémiologique ainsi que la recherche médicale (centres internationaux de référence) et assure la standardisation des techniques sanitaires ou des substances biologiques et pharmaceutiques.

Elle met à la disposition des gouvernements des services consultatifs (comités d'experts).

7.2.2. Autres organisations internationales

D'autres organisations internationales prennent en compte les problèmes sanitaires dans leurs activités.

C'est le cas de la FAO (organisation pour l'alimentation et l'agriculture), de l'UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), de l'OIT (organisation internationale du travail), de la FISE (fonds des Nations Unies pour l'enfance) et du Centre international de l'Enfance (Paris), du Conseil de l'Europe et de la Communauté Economique Européenne (CEE).

D'autres organisations internationales, **non gouvernementales**, participent à l'action sanitaire commune. Parmi elles, les Unions internationales contre le cancer et la tuberculose, et surtout la Croix Rouge Internationale, dont la contribution est grande en matière d'assistance, d'écoles de soins infirmiers, de service social, et qui, en temps de guerre, veille à l'application des conventions de Genève.