

FÉVRIER 2011

Glossaire

Education pour la santé, promotion de la santé et santé publique

à destination de l'Agence régionale de santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur

CRES PACA - Gaëlle Lhours

Sommaire

Animation territoriale	4
Atelier santé ville	4
Contrat local de santé	5
Plan local de santé publique (PLSP)	6
Comportement de santé	6
Démocratie sanitaire	7
Déterminant de santé	8
Développement durable	9
Education pour la santé	9
Education thérapeutique du patient	11
Efficacité	11
Analyse coût efficacité	11
Efficacité théorique (Efficacité potentielle)	11
Efficacité pratique	11
Effizienz	12
Environnement favorable à la santé	12
Equité en matière de santé	12
Espérance de vie	13
Espérance de vie en (bonne) santé	13
Espérance de vie sans incapacité	13
Évaluation	13
Evaluation de l'impact	13
Evaluation des processus	13
Evaluation de résultats	13
Inégalités sociales de santé	15
Méthode de projet	16
Gestion (management) du projet	16
Projet	16
Morbidité	17
Mortalité (taux de)	17
Taux spécifique de mortalité	17
Planification	18
Pilotage du système de santé	19
Prévention	20
Prévention des maladies	20
Promotion de la santé	21
Qualité de vie	22
Risque	22
Gestion des risques	24
Facteur de risque	24
Evaluation du risque	24
Santé	25
Santé communautaire	25
Santé environnementale	26
Santé mentale	26
Santé publique	27
Surveillance sanitaire	28
Système de surveillance sanitaire	28
Territoire	28
Territoire de santé	28
Veille et sécurité sanitaire	29
Surveillance de santé publique	30
Annexes	31
Charte d'OTTAWA	31

Ce glossaire a été élaboré en vue d'outiller le groupe technique du Programme régional de santé de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il propose une base commune de vocabulaire du champ de l'éducation pour la santé, la promotion de la santé, la santé publique et l'organisation territoriale des politiques de santé.

Il est constitué de définitions et argumentaires relatifs à 52 termes. Il a été réalisé à partir d'une recherche documentaire regroupant à la fois des glossaires et des extraits d'ouvrages de référence. Les termes documentés sont présentés par ordre alphabétique et sourcés.

Prochainement accessible sur le site du CRES, ce glossaire est destiné à être enrichi régulièrement.

Les liens des documents consultables en ligne ont été vérifiés en février 2011. Dans chaque référence bibliographique qui accompagne les extraits, la pagination renvoie aux pages du document imprimé (et non à la pagination du fichier électronique).

Animation territoriale

À la rencontre des domaines du développement local et de la santé, l'animateur territorial de santé contribue au développement d'un territoire et à la promotion de la santé en impliquant les professionnels, les élus, les bénévoles et les usagers.

(au sujet des animateurs territoriaux de santé institués en région Bretagne en 2002)

JABOT Françoise, LONCLE Patricia

Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influence sur les métiers

Santé Publique, vol. 19, supplément n° 1, 2007/01, p. 533

www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_070_0021

La réalisation du projet territorial de santé implique le recrutement d'un animateur territorial de santé. Il aura notamment pour missions de :

- Mobiliser des moyens pour réaliser un diagnostic partagé et l'actualiser ;
- Financer, professionnaliser et coordonner la prévention ;
- Formaliser un projet local de santé ;
- Mobiliser les acteurs locaux dans la mise en oeuvre des actions, sur la base d'objectifs précis, concrets et évaluables ;
- Impliquer la population, les usagers ;
- Favoriser les échanges entre les acteurs et la diffusion de bonnes pratiques ;
- Être un appui de proximité pour les porteurs de projet ;
- Développer la prise en compte des enjeux de santé publique dans les politiques locales. Afin de mener à bien l'ensemble de ces missions, l'animateur territorial de santé devra être identifié et reconnu au sein du territoire par l'ensemble des acteurs

LEURIDAN Nathalie

Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, pp. 77-78.

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1253.pdf

Atelier santé ville

Les « ateliers santé ville », développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions, ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration place en interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat ; elle permet en particulier d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux.

JAKOWLEFF Anne, LANEYRIE Jean-Marie

Ateliers santé ville - Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Paris : Editions de la DIV, 2007/09, p. 8

www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

Les missions d'un coordonnateur d'un atelier santé ville : 7 axes de travail interdépendants

- la coordination des actions sur un territoire donné (ou « contribution à »),
- la gestion de projet de santé (aspects méthodologiques portés directement ou en collaboration),
- la mobilisation des habitants,
- l'appui méthodologique aux acteurs de première ligne,
- l'animation d'actions de prévention,
- le montage de dossiers pour la recherche de financements,
- d'autres tâches administratives.

MANNONI Chantal

Le métier de coordonnateur de la démarche Atelier santé ville

Cahiers du DSU, 2005/09, pp. 33-34

http://www.crdsu.org/f1149_Le_metier_de_coordonnateur_de_la_demarche_Atelier_sante_ville_Les_cahiers_du_DSU_n_43_automne_hiver_2005.pdf

Contrat local de santé

Les Contrats locaux de santé publique (CLSP) ont d'abord été annoncés dans le cadre du Plan espoir banlieues en juin 2008 qui précise : « Les Contrats locaux de santé publique, prolongements contractuels des Ateliers santé ville (ASV), permettent de développer dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires. L'ensemble des partenaires [] désireux d'agir en partenariat dans le domaine de la santé publique convient d'un plan d'actions et d'un calendrier pour concourir à l'amélioration de la situation sanitaire des quartiers populaires. Ces CLSP sont intégrés au Plan régional de santé publique et bénéficient d'une évaluation prioritaire de leurs demandes de financement ». La circulaire de Mmes Bachelot et Amara du 20 janvier 2009 annonce la mise en place de Contrats locaux de santé (CLS) visant à soutenir et amplifier les initiatives locales conduites en matière de santé au sein des Contrats urbains de cohésion sociale. Ces éléments sont confirmés par la loi HPST : « La mise en oeuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de Contrats locaux de santé conclus par l'agence [régionale de santé], notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Le changement de dénomination (passage du CLSP au CLS) n'est pas neutre. Dans la loi HPST, les collectivités territoriales deviennent de possibles signataires mais leur place n'est pas obligatoire et elles ne sont plus les seules nommées (des réseaux de santé, des centres hospitaliers peuvent être porteurs de CLS). Par ailleurs, l'enjeu de réduction des inégalités de santé et l'attention aux populations précaires ne sont plus aussi clairement affichés. Enfin, un CLS peut être élaboré indépendamment des territoires prioritaires de la politique de la ville. Aujourd'hui, dans l'attente des décrets d'application, les acteurs ne bénéficient que de très peu d'informations sur ce nouveau contrat, source d'interprétations différentes.

De l'Atelier santé ville au Plan local de santé. Vers une consolidation des dynamiques territoriales en santé Synthèse des Ateliers permanents Janvier-Juin 2010

Les Echos... Des ateliers permanents du CRDSU, n° 7, octobre 2010, p. 7

www.crdsu.org/f1781__De_l_Atelier_sante_ville_au_Plan_local_de_sante_Vers_une_consolidation_des_dynamiques_territoriales_en_sante_Les_Echos_des_ateliers_permanents_du_CR_DSU_n_7_octobre_2010.pdf

Circulaire du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et sur la préparation de la mise en place des Contrats locaux de santé

Paris : Ministère de la santé et des sports, Secrétariat d'État chargé de la politique de la ville, 2009

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-03/ste_20090003_0100_0151.pdf

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Paris : JORF n°0167, 22 juillet 2009/07/22

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFT EXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id

Voir aussi :

Contrat local de santé entre le préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le directeur général de l'agence régionale de santé et le maire de la ville de Marseille pour la période 2009-2011

Marseille : Préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ville de Marseille, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010, 52 p.

www.marseille.fr/sitevdm/social-et-sante/actions-de-prevention/documents-et-reglementation

Plan local de santé publique (PLSP)

L'éclairage de Chantal Mannoni, médecin de santé publique : Il est important de considérer le Plan local de santé comme une consolidation et un prolongement de la dynamique territoriale en santé déjà engagée. L'Atelier santé ville a produit sur les territoires des avancées significatives qu'il s'agit de conforter. Par le Plan local de santé, la collectivité affirme son engagement politique et assoit un projet stratégique de santé publique allant au-delà de la juxtaposition d'actions. Elle affirme ainsi son rôle en matière de santé, entendue au sens du « bien-être sur un territoire ». Engager la rédaction du Plan local de santé constitue l'opportunité de questionner les choix et les réalisations opérées jusqu'à présent, de consolider la qualité de ce qui se réalise : quels sont les acquis de l'Atelier santé ville ? Quelles sont nos priorités (publics, thématiques) ? Quelles articulations pouvons-nous mettre en oeuvre avec nos partenaires ? À quelle échelle territoriale souhaitons-nous mener l'action ? Nos modalités de pilotage sont-elles pertinentes ? Dotée d'un Plan local de santé, la collectivité sera ensuite en mesure de demander sa contractualisation via un Contrat local de santé conclu entre le maire ou le représentant de la collectivité, le préfet et le directeur de l'Agence régionale de santé. On peut alors supposer que la signature d'un contrat conduira à des engagements de moyens respectifs. Les territoires qui travaillent aujourd'hui à consolider leurs démarches territoriales en santé bénéficieront d'avancées importantes au moment de faire des choix. Restera à débattre de la mise en adéquation des moyens par rapport à des objectifs ambitieux convenus entre l'État et les collectivités territoriales.

De l'Atelier santé ville au Plan local de santé. Vers une consolidation des dynamiques territoriales en santé Synthèse des Ateliers permanents Janvier-Juin 2010

Les Echos Des ateliers permanents du CRDSU, n° 7, octobre 2010, p. 9

www.crdsu.org/f1781__De_l_Atelier_sante_ville_au_Plan_local_de_sante_Vers_une_consolidation_des_dynamiques_territoriales_en_sante_Les_Echos_des_ateliers_permanents_du_CR_DSU_n_7_octobre_2010.pdf

Comportement de santé

Toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but.

On peut soutenir que presque tous les comportements ou toutes les activités d'un individu ont des effets sur son état de santé. Dans ce contexte, il est utile d'établir une distinction entre les comportements adoptés délibérément pour promouvoir ou protéger la santé (comme indiqué dans la définition qui précède) et ceux qui sont adoptés indépendamment des conséquences pour la santé. Une distinction est établie entre les comportements en matière de santé et les comportements à risque, qui sont des comportements liés à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une cause déterminée de mauvaise santé. Les comportements en matière de santé et les comportements à risque sont souvent liés entre eux dans un ensemble plus complexe de comportements appelés « modes de vie ».

Glossaire de la promotion de la santé

Genève : OMS, 1999, p. 9

www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

Pour élaborer des actions pertinentes d'éducation pour la santé, il est nécessaire de comprendre les facteurs d'influence et de genèse des comportements de santé, les processus d'apprentissage de la santé, de même qu'en épidémiologie ou en médecine on cherche à établir le lien causal entre agent et maladie, entre risque et maladie, entre comportement, risque et conséquence... Il faut donc analyser les besoins éducatifs, poser un « diagnostic éducatif et/ou comportemental » (Green et coll., 1980 ; Green et Kreuter, 1991). Toute méthode d'analyse des besoins repose sur un modèle explicatif ou une théorie des comportements de santé. Dans le champ de l'éducation pour la santé, plus de vingt modèles ont été élaborés ou utilisés. Ils peuvent être regroupés en huit catégories principales : le modèle biomédical, les théories de l'information et de la communication, les théories de la personnalité, les théories valeur-attentes, le modèle PRECEDE, les théories d'apprentissage social, la théorie des représentations sociales et les modèles intégratifs. À ces modèles peuvent s'ajouter ceux qui touchent aux processus (et étapes) de changement individuel, tels ceux décrits par Prochaska et Diclemente (1992), mais qui ne constituent pas des cadres explicatifs ou de compréhension des comportements de santé. Chacun de ces théories et modèles présente à la fois des qualités et des limites, du fait qu'ils ont été élaborés à partir d'observations et d'expérimentations, souvent dans le cadre de disciplines et de perspectives « limitées », pédagogiques, psychologiques (cognitivistes, comportementalistes...), épidémiologiques [...] et sans articulation interdisciplinaire.

ARWIDSON Pierre, BURY Jacques, CHOQUET Marie
Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes

Paris : Editions INSERM, 2001/06, pp. 25-26

www.inserm.fr/content/download/7310/56261/version/1/file/Texte+integral+education+sante+jeunes+%282001%29.pdf

Démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire ne recouvre pas seulement la participation directe et organisée des citoyens aux délibérations et aux décisions prises par le pouvoir politique. Elle veut garantir l'égalité d'accès aux soins et le droit de savoir pour les patients. Elle peut transformer l'organisation des soins, du seul fait que le profane bénéficie d'un droit à la parole au sein d'un monde médical jusqu'alors réputé fermé.

LETOURMY Alain, NAIDITCH Michel

L'émergence de la démocratie sanitaire en France.

Santé société et solidarité : revue de l'Observatoire Franco-québécois, n°2-2009, 2010, p. 18

www.persee.fr/articleAsPDF/oss_1634-8176_2009_num_8_2_1346/article_oss_1634-8176_2009_num_8_2_1346.pdf

La loi du 4 mars 2002 présentait la démocratie sanitaire comme « la participation conjointe des professionnels, usagers et élus à la définition d'une politique de santé publique afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé ». La loi HPST vise à la mettre en mouvement au sein des régions et sur les territoires. Dans cette perspective, plusieurs instances sont concernées, au sein desquelles les patients, et de manière plus générale les usagers du système de santé, sont représentés :

Tout d'abord, le conseil de surveillance de l'ARS. Ensuite, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les conférences de territoires. Ces assemblées sont présentées et organisées comme des lieux de débats. Elles sont composées de 95 membres au niveau régional et de 50 par conférence de territoire (c'est-à-dire, au total, plusieurs centaines de personnes par région et des milliers, France entière). La CRSA est « chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétence ». Elle dispose d'un collège spécifique

« droits des usagers » où les associations de patients sont représentées. Par ailleurs, une des cinq commissions de la CRSA est spécialisée dans les droits des usagers du système de santé. Elle élabore un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers, l'égalité d'accès aux services de santé et la qualité des prises

en charge dans les domaines sanitaire et médico-social. Enfin, au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé, deux représentants des usagers siègent.

BAUDIER François

La loi HPST et la nouvelle donne des agences régionales de santé

ADSP, n° 72, septembre 2010, p. 43

www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-72/ad724345.pdf

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Version consolidée au 26 février 2010

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFT EXT000000227015

Elle est affichée comme un enjeu majeur de la future loi. En promotion de la santé et en prévention, c'est une dimension fondamentale (charte d'Ottawa), sur le plan des valeurs comme sur celui des méthodes et de l'efficacité des interventions. (...) Par ailleurs, il est nécessaire de rappeler que la « démocratie sanitaire » n'est pas un domaine autonome. Il faut s'en préoccuper dans tous les autres champs et se poser la question de la place qui sera faite aux citoyens, aux usagers, aux patients dans l'ingénierie et la conduite de projet, dans la construction des référentiels, dans les démarches qualité.

BOURDILLON François

Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé

Saint-Denis: Editions INPES, 2009, p. 160

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf

Déterminant de santé

Pour l’OMS, la possession du meilleur état de santé qu’il est capable d’atteindre constitue l’un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient son origine, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. Un bon état de santé est essentiel pour une croissance économique durable de la société et est une condition préalable au bien-être et à la qualité de vie de tous les individus.

On entend par « déterminants de la santé » les facteurs personnels, sociaux ou environnementaux qui ont une relation de causalité avec la santé des individus ou des populations. Au centre de la figure 1, qui représente les déterminants de la santé, se trouvent les caractéristiques individuelles irréductibles qui ont un impact sur la santé, comme l’âge, le sexe et le patrimoine génétique.



Figure 1. Les déterminants sociaux de la santé³

Réseau français des villes-santé de l’organisation mondiale de la santé

Villes-santé en actions

Rennes : Presses de l’EHESP, 2010, p. 17

www.villes-sante.com/datas/doc_som/doc_actu/EVENEMENTS/VS%20en%20actions/livre%20VS%20en%20actions.pdf

Développement durable

(écodéveloppement)

Concilier la poursuite de la croissance économique mondiale avec la préservation des ressources naturelles pour les générations futures et la lutte contre les inégalités, tel est le pari contenu dans l'idée du développement durable (sustainable development en anglais). En usage dès la fin des années 70 dans l'enceinte de certaines organisations internationales, l'expression a été popularisée par le rapport Brundtland de 1987, du nom du premier ministre norvégien qui présidait la Commission mondiale sur l'environnement et le développement mis en place par l'Assemblée générale des Nations unies. Consacrée à l'occasion du Sommet de la Terre de Rio, en 1992, la notion s'est ensuite très largement diffusée auprès des grandes organisations internationales (ONU, OCDE...) et de la Commission européenne. En vertu des engagements pris par les Etats, le développement durable figure aussi dans les textes de loi nationaux [...], les programmes d'actions de collectivités territoriales élaborées dans le cadre de l'Agenda 21 (l'Agenda 21, élaboré lors du sommet de Rio, définit des mesures concrètes que les gouvernements se sont engagés à appliquer en tout ou partie).

DORTIER Jean-François

Le dictionnaire des sciences humaines

Paris : Editions Sciences humaines, 2004, pp. 146-147

Education pour la santé

L'éducation pour la santé comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé.

L'éducation pour la santé informe sur les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes affectant la santé, aussi bien que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. Ainsi, l'éducation pour la santé peut impliquer à la fois la communication d'informations et le développement des aptitudes qui démontrent la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de diverses formes d'actions pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Dans le passé, l'expression éducation pour la santé a été employée pour rassembler un large éventail d'actions comprenant la mobilisation sociale et le playdoyer. Ces méthodes sont maintenant incluses dans la promotion de la santé, et une définition plus étroite de l'éducation pour la santé est proposée ici pour souligner la distinction.

D'autres préfèrent définir l'éducation pour la santé plus largement comme la construction d'actions sociales planifiées et d'expériences d'apprentissage conçues pour permettre à des personnes d'obtenir le contrôle des déterminants de la santé et des comportements de santé, et les conditions qui affectent leur état de santé et l'état de santé des autres.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

L'éducation pour la santé s'inscrit par ailleurs comme une activité clé dans tout programme de promotion de la santé. La promotion de la santé, telle que définie par la charte d'Ottawa, est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, et d'améliorer celle-ci. L'intervention en promotion de la santé passe par le développement de cinq axes : élaboration de politiques publiques saines, création de milieux favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles et réorientation des services de santé. L'éducation pour la santé a pour objectif de donner les moyens à la population d'adopter des comportements plus favorables à leur santé, en lui apportant les savoirs, savoir-être et savoir-faire nécessaires, et s'insère ainsi dans l'axe d'acquisition d'aptitudes individuelles. Elle vise également à l'appropriation des problèmes de santé par la communauté, et encourage la participation communautaire, ce qui relève de l'axe de renforcement de l'action communautaire. L'appropriation des problèmes par la commu-

nauté est un facteur clé de la pérennisation des activités promotrices de santé.[...] La santé n'est pas considérée ici comme un état de bien-être à atteindre, mais comme une ressource de la vie quotidienne, et c'est à l'individu de faire ses arbitrages, de trouver son équilibre et de déterminer ce qui est bon pour lui. L'éducation pour la santé vise alors à permettre à chacun de pouvoir faire des choix responsables en matière de comportements ayant une influence sur sa santé et sur celle de la communauté. L'implication de l'individu vise aussi à promouvoir une démarche participative en santé.

Plusieurs approches coexistent en éducation pour la santé, certaines s'opposent sur certains points et d'autres se complètent. On pourra retenir trois principales approches:

- l'approche injonctive ou persuasive, qui a pour objectif la modification systématique des comportements des individus et des groupes ;
- les approches informative et responsabilisante, qui recherchent la prise de conscience par les individus de ce qui est bon pour eux ;
- l'approche participative, qui vise l'implication, la participation des individus et des groupes

GUEGUEN Juliette, FAUVEL Guillaume, LUHMANN Niklas (et al.)

Éducation pour la santé. Guide pratique pour les projets de santé

Paris : Médecins du Monde, 2010/06, pp. 4, 9 et 10

www.mdm-scd.org/media/01/00/662164303.pdf

L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes. S'inscrivant dans le cadre de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé s'attache à développer :

- La démocratie participative et l'action communautaire, en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ses interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation et l'empowerment.
- Les aptitudes personnelles et collectives, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée, et en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences.
- L'éducation du patient, qui s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soin et à leur entourage, basée sur la construction d'une relation patient-soignant fondée sur la participation active du patient et visant l'autonomie de ce dernier.

BOURDILLON François

Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé

Saint-Denis: Editions INPES, 2009, p. 144

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf

Education thérapeutique du patient

Un processus continu d'apprentissage, intégré à la démarche de soins. L'éducation du patient est centrée sur le patient et comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements prescrits, les soins à l'hôpital ou dans d'autres lieux de soins, et des informations sur l'organisation des soins et sur les comportements liés à la santé et à la maladie. L'éducation du patient est destinée à aider les patients et leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants, à vivre sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique
2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

- Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.
- Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient.

Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation

Saint-Denis : HAS, 2007/06, p. 1

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

Efficacité

Degré d'accomplissement d'un objectif dans les conditions d'utilisation réelles. L'efficacité est mesurée typiquement en termes de santé. L'efficacité doit être distinguée de l'efficacité théorique ou potentielle et de l'efficience.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique
2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Analyse coût efficacité

Méthode d'évaluation économique qui lie les coûts monétaires d'un projet de santé et ses résultats exprimés en unités physiques plutôt simples comme les maladies évitées, les années de vie gagnées, le nombre de patient évité,... Le coût par cas évité de cancer est un exemple de mesure simplifiée dans une analyse coût efficacité

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique
2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Efficacité théorique (*Efficacité potentielle*)

Niveau de résultats bénéfiques produit par une intervention dans des conditions idéales. L'efficacité théorique ou potentielle d'une intervention est mesurée typiquement en termes de santé - par exemple des symptômes ou des maladies évités. L'efficacité théorique ou potentielle en santé est habituellement déterminée dans le contexte d'un modèle expérimental (essai contrôlé et randomisé). L'efficacité théorique ou potentielle doit être distinguée de l'efficacité pratique et de l'efficience.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique
2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Efficacité pratique

Degré d'accomplissement d'un objectif dans les conditions d'utilisation réelles. L'efficacité est mesurée typiquement en termes de santé. L'efficacité doit être distinguée de l'efficacité théorique ou potentielle et de l'efficience.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique
2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Efficiency

Dimension économique de l'efficacité pratique où les conséquences ou les résultats d'une intervention sont reliés à l'utilisation qui est faite des ressources. La réalisation de produits particuliers est techniquement efficace si elle emploie la quantité et l'assortiment d'éléments les moins coûteux possibles pour obtenir les résultats désirés. L'efficacité d'une allocation de ressources se rapporte à l'assortiment des biens et services produits : une économie est considérée comme efficace en termes d'allocation, si on ne peut pas redistribuer des ressources d'un type de production vers un autre pour améliorer les conditions ou l'état de santé de quelqu'un sans détériorer celle d'une autre personne.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique
2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

L'efficacité peut se définir comme le rendement des moyens mis en oeuvre (ce qui renvoie à la notion de performance) : il pourrait être intéressant de prendre en compte, outre l'efficacité budgétaire, l'efficacité du management et l'efficacité des moyens matériels. Dans le domaine de la santé, la démarche qui consiste à rechercher l'efficacité est souvent absente des processus décisionnels des différents acteurs. Cependant, la contrainte financière, qui pèse de plus en plus fortement sur le système de santé, rend nécessaire la prise en compte de l'allocation optimale des ressources. La définition de critères d'efficacité peut donc être un instrument utile pour les décideurs.

CARBONNEL Léopold, DESCOINS Patrick, GUICHARD Céline (et al.)

Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique. Quelques repères pour les acteurs

Paris : Ministère de la santé-DGS, 2008/04, p. 48

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/PRSP.pdf

Environnement favorable à la santé

Un environnement favorable à la santé protège les personnes des menaces pesant sur leur santé, et leur permet de développer leurs capacités et leur autonomie (self-reliance) dans la santé. Ce terme englobe les lieux de vie des personnes, les communautés locales, les habitations, les lieux de travail ou de loisir, et comprend également les facilités d'accès que les personnes ont à des ressources de santé et les opportunités d'empowerment qu'elles rencontrent.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique
2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Équité en matière de santé

Qui dit équité dit justice. Pour qu'il y ait équité en matière de santé, il faut que les besoins des personnes guident la répartition des possibilités de bien-être. Tous les individus doivent avoir une possibilité égale d'être et de rester en bonne santé, grâce à un accès juste et équitable aux ressources de santé. L'équité en matière de santé n'est pas synonyme d'égalité d'état de santé. Les inégalités d'état de santé entre individus et entre populations sont des conséquences inévitables de différences génétiques, d'écart entre situations sociales et économiques ou de choix personnels de mode de vie. Un manque d'équité existe à la suite de différences de possibilités offertes, qui entraînent par exemple un accès inégal aux services de santé, à des aliments nourrissants, à un logement approprié, etc. Dans ces cas, les inégalités d'état de santé résultent de manque d'équité dans les possibilités offertes aux individus.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique
2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Espérance de vie

Estimation du nombre moyen d'années qu'une personne, à un certain âge, peut s'attendre à vivre. L'espérance de vie à la naissance est un cas particulier, représentant la durée moyenne de vie de la naissance au décès dans une population. C'est une donnée hypothétique calculée sur la base des divers taux actuels spécifiques de mortalité par âge, projetés dans le futur.

Espérance de vie en (bonne) santé

- Nombre moyen d'années ou de mois qu'un individu est susceptible de vivre dans un certain état de santé, à condition que les données concernant la mortalité et l'état de santé restent inchangés. Il s'agit d'une projection statistique fondée sur des taux de mortalité par âge et la définition d'états de santé par âge.
- Indicateur relatif à une population, qui mesure la durée d'espérance d'une vie en bonne santé, source d'épanouissement, ou encore sans maladie ou invalidités, en tenant compte des normes sociales et professionnelles en vigueur. L'espérance de vie en (bonne) santé fait partie d'une nouvelle génération ou catégorie d'indicateurs, créés pour être plus sensibles aux déterminants de la santé et aux dynamiques de santé. Les indicateurs d'espérance de vie en (bonne) santé combinent des informations tirées des statistiques d'espérance de vie et des informations contenues dans les enquêtes sur la santé d'une population. Ces indicateurs sont nécessairement déterminés à partir de l'espérance de vie d'une population à l'échelle d'un pays ou d'une zone géographique similaire. Par exemple : le nombre d'années sans incapacité et les années de vie corrigées sur la qualité (Q.A.L.Y.). La promotion de la santé s'appuie sur cette approche en mettant l'accent sur le fait que le concept d'espérance de vie en (bonne) santé dépasse la simple absence de maladie mais implique des mesures positives, destinées à créer et maintenir un bon état de santé afin d'accéder à une vie en bonne santé.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Espérance de vie sans incapacité

Nombre moyen d'années qu'un individu, à un certain âge, peut s'attendre à vivre sans incapacité.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Évaluation

Processus qui détermine le degré avec lequel des services ou des interventions effectués atteignent des objectifs définis. La performance doit être comparée à des standards ou des attentes.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Evaluation de l'impact

Estimation du niveau d'effet qu'un programme ou une intervention produit sur une population cible.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Evaluation des processus

L'évaluation de processus (ou évaluation formative) s'intéresse à la comparaison entre le déroulement opérationnel des activités, l'utilisation des ressources, les participations partenariales et communautaires prévus du programme et leur déroulement réel.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Evaluation de résultats

L'évaluation de résultats s'intéresse à la comparaison entre les produits/outputs (nombre de sessions d'éducation pour la santé, nombre de brochures, etc.) du programme et les résultats attendus fixés initialement : par exemple, l'acquisition de connaissances, l'acquisition de savoir faire, les changements d'attitude et de comportements, l'amélioration de l'état de santé. On évalue l'atteinte des objectifs que l'on s'est fixés au départ.

GUEGUEN Juliette, FAUVEL Guillaume, LUHMANN Niklas (et al.)

Education pour la santé. Guide pratique pour les projets de santé

Paris : Médecins du Monde, 2010/06, p. 45

www.mdm-scd.org/media/01/00/662164303.pdf

Trois exemples de définition de l'évaluation :

- Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en oeuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes de façon à ce que les différents acteurs concernés, qui peuvent avoir des champs de jugement différents,

soient en mesure de prendre position sur l'intervention et construire un jugement qui puisse se traduire en actions. Les informations produites par une évaluation peuvent résulter de la comparaison entre des observations et des normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative).

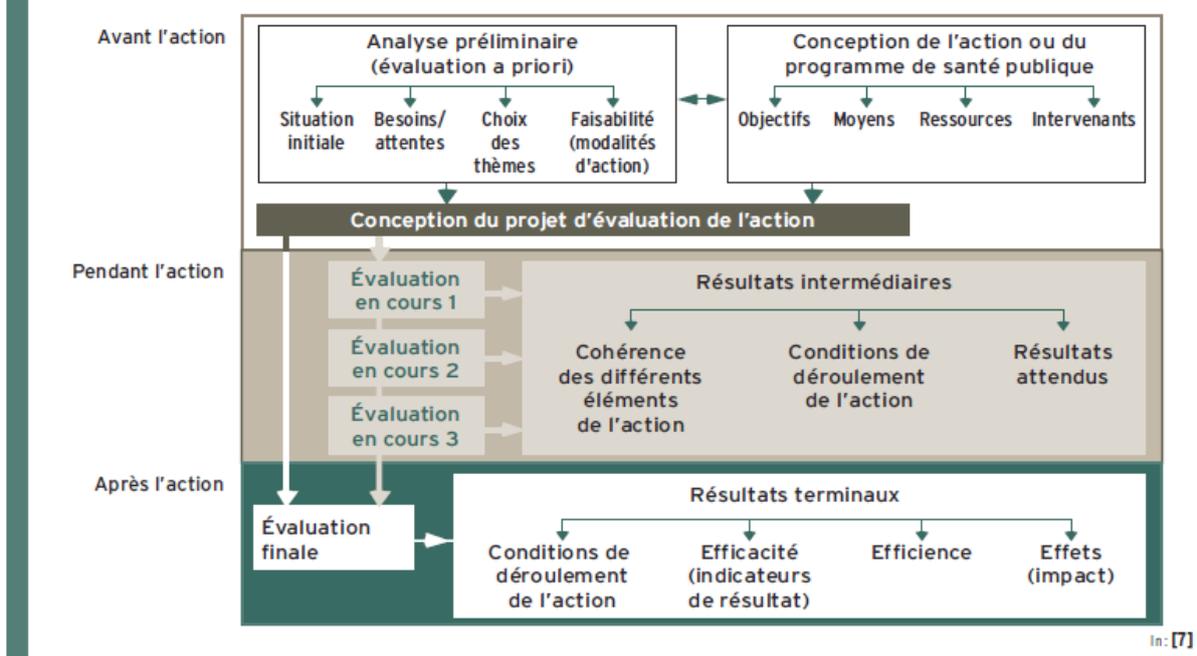
- Évaluer un projet en éducation pour la santé, ce n'est pas nécessairement ou seulement dire s'il est efficace ou non... Déterminer l'utilité a priori d'un projet, mesurer la compréhension d'un message, connaître les effets d'une action ou s'interroger sur le déroulement d'un plan, tout cela est évaluation. Mais chacune de ces évaluations est différente des autres, de par son contenu, ses objectifs, ses méthodes et les problèmes pratiques qu'elle pose ! Toutes les évaluations ont toutefois un point en commun : elles aident à fonder une décision, à effectuer un choix. Pour cela, elles nous fournissent des informations dont nous tirerons des conclusions.
- Évaluer, c'est collecter, ou fournir, des informations en vue de prendre une décision. C'est aussi comparer les informations collectées avec des critères, des « normes » correspondant aux objectifs

de l'évaluation. Cela sous-entend qu'il existe : une décision à prendre ; un objet à évaluer ; des objectifs d'évaluation ; des critères ; des informations à collecter. Préciser ces cinq éléments, répondre à ces questions est la première étape d'une évaluation.

L'évaluation est un processus d'analyse quantitative et/ou qualitative qui consiste à apprécier soit le déroulement d'une action ou d'un programme, soit à mesurer leurs effets (c'est-à-dire les effets spécifiques et les conséquences ou l'impact). Toutes les démarches d'évaluation sont des démarches d'observation et de comparaison. La comparaison s'établit toujours entre des données recueillies et un référentiel. Le référentiel d'évaluation pouvant être soit un objectif de santé déterminé par la littérature, soit un critère construit de façon pragmatique en fonction de certaines situations, à partir d'avis d'experts, par exemple. [...] On distingue couramment et schématiquement : les évaluations strictement comparatives de type « avant/après » ou « ici/ailleurs » ; les évaluations analytiques qui recherchent des causes de dysfonctionnement ou de changement ; les évaluations dynamiques de type « rétro-action » qui modifient l'action en cours au fur et à mesure de son déroulement.

FIGURE 1

Conception de l'évaluation et liens avec l'action



PIN Stéphanie, FOURNIER Cécile, LAMBOY Béatrice (et al.)

Les études d'évaluation à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Saint-Denis : éditions INPES, 2009/09, p. 3 et 4

www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_01.pdf

Inégalités sociales de santé

Il n'existe pas une définition universelle des inégalités sociales de santé. Elles font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la Banque de données en santé publique, par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Elles concernent toute la population selon un gradient social, c'est-à-dire avec une fréquence qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.

HAMEL Emmanuelle

Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations

Saint-Denis : INPES, 2009/10, p. 35

www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf

Autres termes apparentés :

Précarité/pauvreté

En 2000, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes) a proposé la définition suivante : « La précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment. » La pauvreté est directement liée à l'insuffisance de ressources ; elle est définie par un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian.

Actif pauvre

Un « actif pauvre » (« working poor ») est une personne active (occupée ou au chômage) six mois ou plus dans l'année (dont au moins un mois en emploi) et qui appartient à un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (Insee).

Exclusion sociale

Depuis l'ouvrage de René Lenoir « Les exclus. Un Français sur dix », paru en 1974, l'exclusion sociale est souvent définie comme un « processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social : habitat, famille, couple, travail et des modes de vie dominants dans une société donnée ». Pour l'Onpes, les quatre indicateurs utiles pour appréhender l'exclusion sociale sont :

- le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières ;
- le taux de sortants du système scolaire à faible niveau d'études ;
- le taux de demandeurs d'emploi non indemnisés ;
- la part des demandes de logement social non satisfaites après un an

Inégalités environnementales

La notion d'inégalités environnementales recouvre plusieurs aspects.

- Les inégalités d'exposition aux facteurs de l'environnement, elles-mêmes fonction des conditions et du milieu de vie, des comportements individuels, du contexte socio-économique ou professionnel, de l'état de dégradation de l'environnement. Les inégalités d'exposition peuvent donc être de nature géographique ou populationnelle.
- Les inégalités de sensibilité face aux agressions de l'environnement, elles-mêmes fonction de l'âge, de l'état de santé des personnes ou de leur susceptibilité génétique individuelle. Entrent en particulier dans cette catégorie les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques, de cancers, immunodéprimées

BASSET Bernard

Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, pp. 21-22

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf

Méthode de projet

Gestion (management) du projet

Ensemble des activités de planification et de pilotage systématique d'un projet, d'un programme ou d'une organisation.

Quintessenz - plate-forme consacrée au développement de la qualité de la promotion de la santé et de la prévention - Promotion santé Suisse - Glossaire

<https://www.quint-essenz.ch/fr/concepts>

Projet

Dessein planifié, structuré et unique d'atteindre à un moment déterminé des objectifs définis (prestations/impacts).

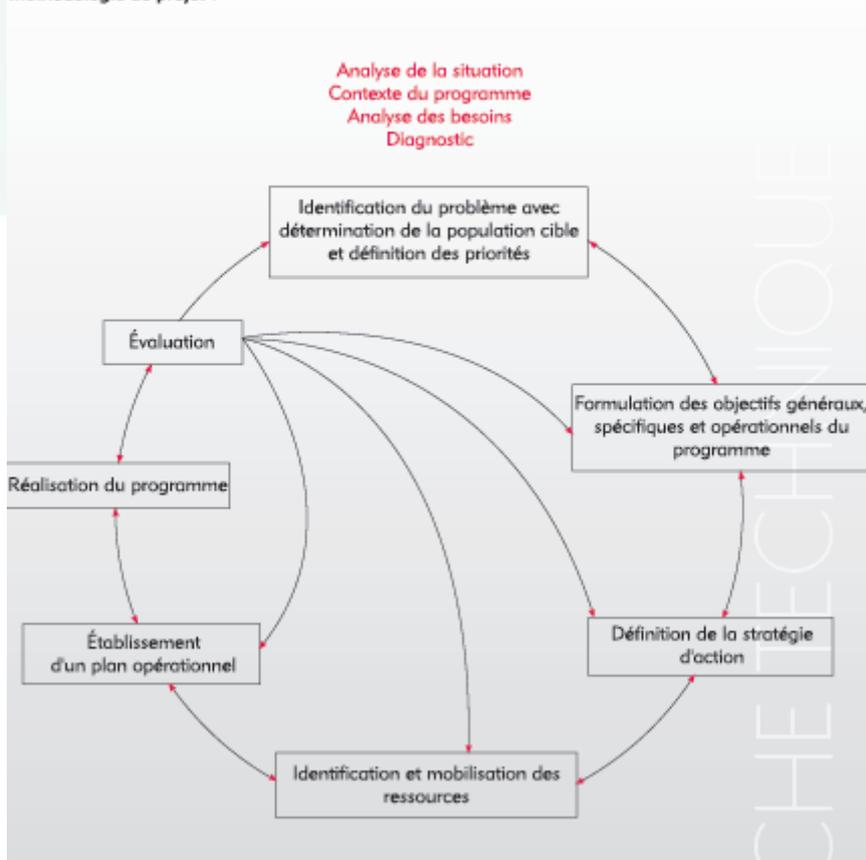
Quintessenz - plate-forme consacrée au développement de la qualité de la promotion de la santé et de la prévention - Promotion santé Suisse - Glossaire

<https://www.quint-essenz.ch/fr/concepts>

Dans le champ de la promotion de la santé, le conseil en méthodologie désigne une situation de mise en relation et d'accompagnement d'un porteur de projet et d'une équipe (ou d'un référent) au travers :

- Du développement de la recherche et de la veille documentaire,
- De la définition des objectifs après avoir écouté la demande et étudié les besoins,
- De l'animation du partenariat,
- De la mise en oeuvre du projet : rédaction du projet, organisation de la participation, choix des stratégies d'intervention, choix des outils d'intervention, évaluation.

Voici une représentation schématique des différentes étapes en méthodologie de projet :



BELLEUVRE Michaëla, BOCHATON Martine, CATAJAR Nathalie (et al.)

Guide et outils du conseil en méthodologie à l'usage des conseillers méthodologiques en Bourgogne

GRSP Bourgogne, 2009, pp. 7 et 36

www.episante-bourgogne.org/index.php?page=24&down=22

Morbidité

Indicateur de mesure de la fréquence des maladies ou des états de mauvaise santé d'une population. Ecart subjectif ou objectif vis-à-vis de l'état de bien-être idéal. La morbidité est mesurée par des taux de prévalence ou d'incidence.

On peut distinguer :

- Morbidité ressentie mais non exprimée
- Morbidité ressentie et exprimée
- Morbidité diagnostiquée.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Mortalité (taux de)

Mesure de la fréquence de décès dans une population. Il est calculé en divisant le nombre de décès pour une période donnée auprès d'une population à risque, par 1000.

Le taux de mortalité d'une population est calculé sur la base de différents indicateurs et en particulier sur les taux de mortalité brut, net, ajusté et standardisé. Le taux de mortalité brut utilise comme dénominateur la population entière, mais depuis que le nombre de décès est plus élevé dans la population âgée, le taux ajusté de mortalité qui tient compte de la structure par âge et par sexe de la population donne un taux plus facilement comparable.

On peut distinguer la :

- mortalité totale (englobe toutes les causes, au sein de la population),
- mortalité spécifique (liée à une cause en particulier, à l'âge, au sexe ou à une autre caractéristique considérée comme importante),
- mortalité différentielle (liée à une cause additionnelle, à un âge différent, au sexe, au statut socio-économique ou à toute autre caractéristique considérée comme importante).

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Taux spécifique de mortalité

Nombre de décès spécifiques à une maladie, à un problème de santé ou à une caractéristique de santé dans un groupe de population donné et pour une période de temps précise. Il est estimé en divisant le nombre de décès suite à une cause spécifique par la population moyenne et présentant le résultat par unité de population, habituellement 1000, mais il peut se faire pour 10.000, 100.000, etc.

Le nombre de décès de ce groupe est divisé par le nombre de personnes temps (souvent 1000 par an

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Planification

Il s'agit d'un processus de gestion qui permet d'établir les décisions sur des bases rationnelles. C'est un effort de rationalisation des décisions en vue d'atteindre des objectifs sanitaires définis par la mise en place ou l'utilisation optimale des ressources requises (Monnier, 1980). Pour Pineault (1986),

La planification est un processus continu de prévision des ressources et des services pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives ; ces choix prennent en considération le contexte de contraintes, internes et externes, connues actuellement ou prévisible dans le futur. Planifier, c'est mettre en place des mesures tendant à résoudre ou atténuer un problème de santé.

MANSOUR Zeina, PRODHON Hélène, RIFF Hugues

Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique : un outil au service du plan régional de santé publique

Marseille : Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Cote d'Azur, 2010

www.cres-paca.org/methodo/methodo.swf

La démarche de planification permet de prévoir tous les éléments nécessaires au bon déroulement du projet :

- l'organisation ;
- les besoins et les ressources (moyens humains, financiers, matériels) ;
- l'inscription dans le temps (début, étapes intermédiaires et fin du projet).

Élaborée en concertation avec les acteurs concernés, la planification est un outil d'aide à la décision.

Fiche n° 5 : La planification et le suivi du projet

In : Broussouloux Sandrine, Houzelle-Marchal Nathalie. Education à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet

Saint-Denis : Editions Inpes, 2006, pp. 54-56

www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf

Les programmes de santé : Ils répondent à une méthode basée sur l'analyse de l'état de santé ou des besoins, la définition d'actions et leur planification, le suivi de ces programmes et l'évaluation. Ils s'appuient sur des orientations nationales ou régionales. Au plan régional, les programmes de santé reposent sur la déclinaison des orientations nationales obligatoires, l'adaptation des autres orientations nationales en fonction des contingences régionales, et sur les orientations régionales liées aux spécificités locales.

BOURDILLON François

Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, p. 24

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf

La planification : un outil de prévision et d'évolution : Tant pour le schéma régional d'organisation des soins (Sros) que pour celui relatif à l'organisation médico-sociale, la loi confirme le rôle de prévision et d'évolution afin de répondre aux besoins de santé de la population. Le schéma régional de l'organisation des soins fixe les objectifs de l'offre de soins par territoire de santé. La question d'une planification avec des objectifs de services de prévention par territoire pourrait également être posée.

LEURIDAN Nathalie

Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, p. 12

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1253.pdf

Pilotage du système de santé

A l'heure où l'échelon régional s'affirme comme le niveau pertinent de pilotage du système de santé, un pilotage territorial unifié et responsabilisé constitue un levier majeur pour relever ce défi. [] L'excessive centralisation du système de santé, la trop faible adaptation des politiques de santé aux spécificités territoriales et les limites des actions menées en matière de dépenses plaident par ailleurs pour un pilotage territorial responsabilisé, tant en matière de politiques de santé que de maîtrise des dépenses. Un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé, c'est la définition des agences régionales de santé (ARS).

RITTER Philippe

Rapport sur la création des Agences régionales de santé (ARS) présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin

Paris : Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, 2008/01, pp. IV et 25

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_-_Rapport_Ritter-2.pdf

Le Conseil national de pilotage (CNP) : le conseil national de pilotage veille notamment à la cohérence des politiques que les ARS ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins, de prise en charge médico-sociale, de gestion du risque. Il valide les objectifs et les directives et s'assure de leur bonne mise en œuvre et de leur atteinte.

Le CNP est co-présidé par la ministre chargée de la santé et des sports et le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Il regroupe les différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la CNSA.

Portail ARS national - Le pilotage national

www.ars.sante.fr/Le-Pilotage-national.89753.0.html

Le comité de pilotage du programme territorial de santé : Il est composé de membres institutionnels et financiers (État, Assurance maladie, conseil général, conseil régional, communes et intercommunalités, URML).

Il a pour mission de :

- Valider le diagnostic, le plan d'action, l'évaluation et les bilans d'activité ;
- Veiller à la cohérence entre les niveaux local, départemental et régional ;
- Envisager les financements de fonctionnement et des projets d'action.

Le comité technique ou comité de suivi du programme territorial de santé :

Il est composé des techniciens des partenaires du comité de pilotage et des représentants de partenaires locaux

(associations, professionnels, habitants, etc.). Il est animé par le coordonnateur.

Il a pour mission de :

- Accompagner le coordonnateur dans l'élaboration du programme territorial de santé et le suivi de sa mise en œuvre ;
- Participer à l'évaluation du programme territorial de santé.

LEURIDAN Nathalie

Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, p. 77

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1253.pdf

Prévention

Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Ensemble de mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce, plus accessible de ce fait à la thérapeutique. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé

HAMEL Emmanuelle

Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations

Référence : INPES, 2009/10, p. 35

www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf

La prévention apparaît ainsi comme un champ d'intervention au même titre que le soin ou le travail social. La classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), calquée sur le soin selon le stade de la maladie (prévention primaire, secondaire ou tertiaire), semble aujourd'hui de moins en moins adaptée. Une société fonde sa politique générale de prévention sur l'analyse du risque : sa gravité, l'interaction avec d'autres risques, et la perception de ce risque par les individus ou groupes de populations. L'enjeu est de prendre en considération l'ensemble des facteurs de risque, qu'ils soient liés aux modes de vie, à l'alimentation ou aux milieux. Les politiques de prévention dont le but est de supprimer ou de réduire les risques visent à créer une culture de gestion des risques basée sur la participation de chacun à la gestion de sa santé. La prévention est donc l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais c'est aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés et responsabilisés, en faveur du maintien ou de l'amélioration de sa santé.

BOURDILLON François

Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, p. 24

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf

Prévention des maladies

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple. Les expressions « prévention de la maladie » et « promotion de la santé » sont parfois utilisées de façon complémentaire.

Glossaire de la promotion de la santé

Genève : OMS, 1999, p. 4

www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

Correspond à des mesures permettant non seulement d'empêcher l'apparition de la maladie comme la réduction d'un facteur de risque, mais également d'arrêter sa progression et de réduire ses conséquences une fois la maladie établie.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

Glossaire de la promotion de la santé

Genève : OMS, 1999, p. 9

www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

Processus apportant aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et donc d'améliorer leur santé. Ce concept inclut la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vies, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé. La charte de la promotion de la santé d'Ottawa (1986) identifie trois stratégies de base : plaidoirie, facilitation, médiation. A ces stratégies correspondent cinq domaines d'actions : établir des politiques visant la santé, développer les aptitudes et les ressources individuelles, renforcer l'action communautaire, créer un environnement favorable à la santé, réorienter les services de santé.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des , la promotion de la santé comprend un ensemble d'activités à portée sociale et politique. Ces activités visent à :

- Changer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes dans un sens favorable à leur santé ;
- Donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Les déterminants sur lesquels on peut agir en promotion de la santé sont de plusieurs ordres :

- Déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales ; habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, activité physique, etc.) ;

- Déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail, etc.) ;
- Déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics, etc.) et économiques (niveau de revenus, statut sur le plan de l'emploi, etc.) ;
- Déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité des soins, etc.).

La promotion de la santé s'appuie donc sur une conception positive et globale de la santé, comme un état de bien-être physique, psychologique et social. Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés, et sur la mobilisation des ressources présentes dans chaque territoire.

BOURDILLON François

Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, p. 48

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf

Qualité de vie

Correspond à l'expérience individuelle de la vie et à la satisfaction engendrée par différents éléments de celle-ci (famille, maison, revenus, conditions de travail, etc). Ce concept a été adopté comme indicateur dans la mesure des effets des traitements médicaux, utilisant un point de vue subjectif du changement, avant et après traitement. La qualité de vie est un concept très large qui incorpore de façon complexe au niveau de la personne différentes dimensions : bien-être physique, état psychologique, niveau d'indépendance, relations sociales, croyances personnelles et relations aux principaux éléments de l'environnement.

L'unité Q.A.LY (année de vie ajustée sur la qualité) est souvent utilisée dans la mesure de l'impact d'un traitement médical sur la qualité de vie (analyse coût - utilité).

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

La définition proposée par l'OMS est la plus utilisée : « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » [...] La qualité de vie est un instrument potentiel de décision à travers l'appréciation des résultats des politiques et programme de santé publique, l'identification des groupes de population à qualité de vie médiocre et le ciblage des interventions, le soutien des politiques, l'aide à l'allocation de ressources et le suivi de l'efficacité des programmes de santé publique à objectifs larges.[...] La qualité de vie doit devenir un des critères indispensables en santé, en soin comme en prévention. La maîtrise de son interprétation passe par l'accumulation d'expériences autour de son utilisation dans des contextes variés, populations générale et malades, recherche, soins curatifs et préventifs.

Chap. 5. La qualité de vie, Serge Briançon

in : BOURDILLON François

Traité de prévention

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009, pp. 27 et 33

Risque

Probabilité d'un événement défavorable. La perception individuelle du risque est variable selon les sujets, de même que la réponse d'un individu au risque - le risque pour l'un n'est pas nécessairement un risque pour l'autre. Tout dépend de l'exposition au risque, volontaire ou au contraire involontaire et incontrôlable. Conduire une voiture est indispensable, habituel, sous contrôle personnel et n'est donc pas considéré comme représentant une entreprise risquée comparée à celle de voler en avion. Il peut être difficile d'informer du risque en raison de la réaction individuelle qui est intuitive et émotive et parce qu'il n'existe pas de référence commune permettant de juger de divers risques.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

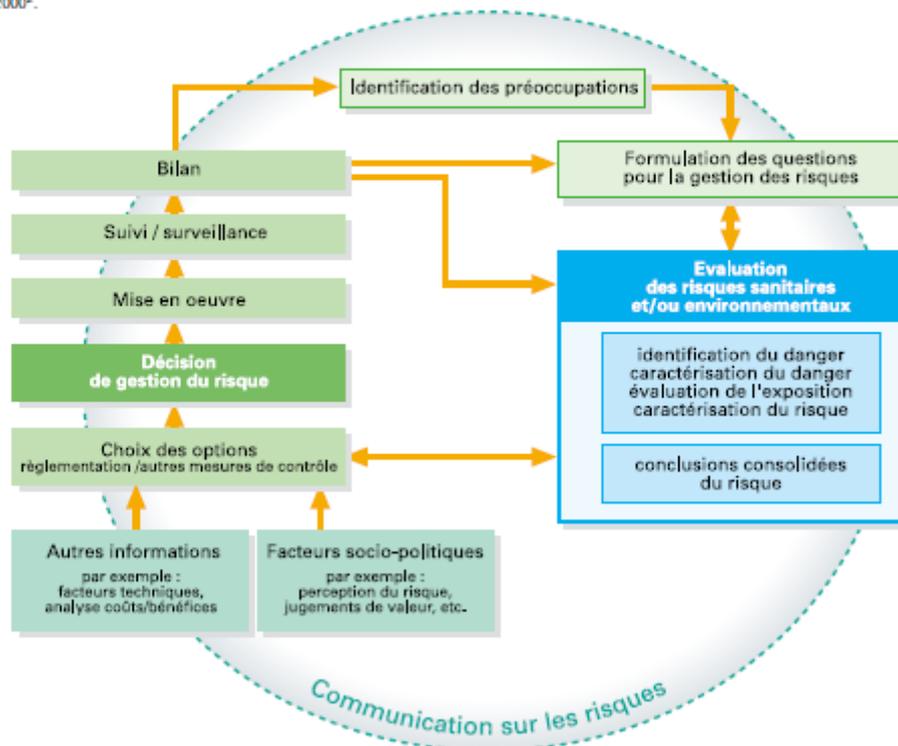
<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Dans le langage courant les termes danger et risque sont souvent employés indifféremment. Utilisés par les scientifiques chargés de l'évaluation des risques pour la santé, ils renvoient à des définitions bien distinctes :

- le **danger** se réfère à la propriété intrinsèque d'un agent physique, chimique ou biologique d'exercer un effet néfaste sur la santé. Il peut s'agir par exemple d'un trouble du comportement, de l'altération d'un organe ou d'une fonction, d'une pathologie grave ou bénigne, voire d'un décès.
- le **risque** traduit la probabilité de survenue d'un (ou de plusieurs) effet néfaste pour la santé d'un individu ou d'une population à la suite d'une exposition à un « agresseur ». Plus l'exposition à cet agresseur est importante, plus le risque sera élevé. A contrario, un produit caractérisé de très dangereux peut ne présenter aucun risque si l'on garantit qu'aucun individu n'y est exposé.

**Le cycle du risque
(les composantes de l'analyse du risque)**

Source : Premier rapport sur l'harmonisation des procédures d'évaluation des risques. DG Sanco, Octobre 2000².



Fiche thématique. Evaluation et gestion des risques : références et pratiques

In : EL YAMANI Mounia, VERGRIETTE Benoît, BARRILLON Anne

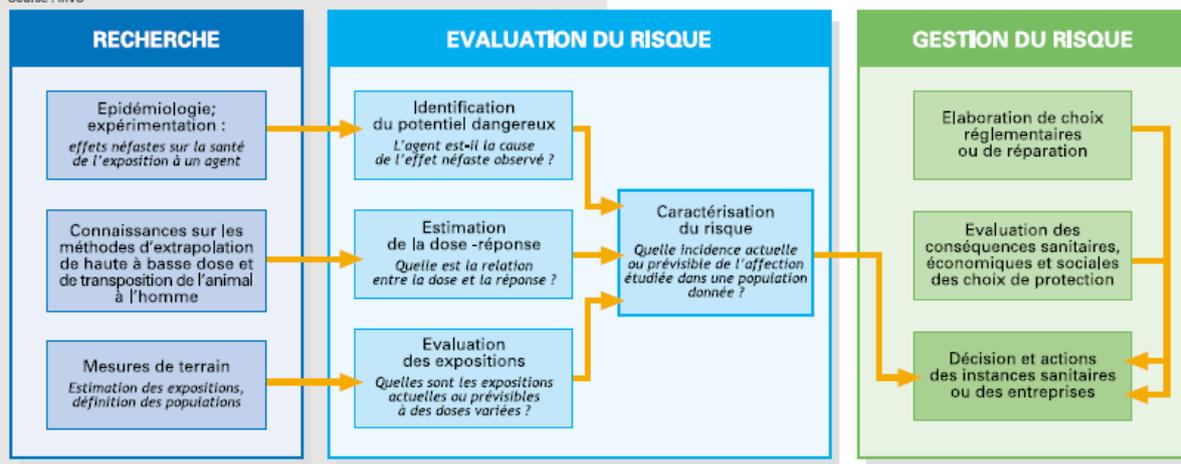
Santé et environnement. Enjeux et clés de lecture

Paris : AFSSET, 2005/ 12, p. 1 et 4

www.anses.fr/ET/DocumentsET/02_evaluation_gestion_risques.pdf

Les quatre étapes de l'évaluation des risques pour la santé humaine, d'après le National Research Council (1983)

Source : InVS⁸



Fiche thématique. Evaluation et gestion des risques : références et pratiques

In : EL YAMANI Mounia, VERGRIETTE Benoît, BARRILLON Anne

Santé et environnement. Enjeux et clés de lecture

Paris : AFSSET, 2005/ 12, p. 2

www.anses.fr/ET/DocumentsET/02_evaluation_gestion_risques.pdf

Gestion des risques

La circulaire du 24 mars 1999 ayant pour objet « la coordination de la gestion du risque par les URCAM » donne la définition de la gestion du risque suivante : « Le but de l'assurance maladie est de permettre à la population d'être et de se maintenir en bonne santé. La gestion du risque y contribue par l'ensemble des actions et procédures conduisant à optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, à inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins, à amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement ».

Chap. 45. Prévention et assurance maladie, François Baudier

In : BOURDILLON François

Traité de prévention

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009, p. 327

Cette notion peut être définie comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût. Mais ce terme est par ailleurs devenu dans les années 2000 un enjeu institutionnel majeur entre l'Etat et l'assurance maladie dans la mesure où la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en a fait le principal mot d'ordre de sa stratégie de mise en œuvre de la loi du 13 août 2004, et qu'il a été ensuite au cœur des débats auxquels la loi HPST a donné lieu.[...] la loi HPST fait de la gestion du risque un domaine partagé entre l'Etat et l'assurance maladie, et entre le niveau régional et le niveau national, mais n'explique pas les règles qui gouvernent ce partage. [...]

Composée de deux parties, l'une reprenant les programmes nationaux de gestion du risque, l'autre comprenant des actions régionales complémentaires, le PRGDR (Programme régional de gestion des risques) devra être intégré au projet régional de santé (PRS) arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

BOCQUET Pierre-Yves, PELTIER Michel

Mission sur la gestion du risque

Paris : IGAS, 2010/12, pp. 3 et 87

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000039/0000.pdf>

Facteur de risque

Caractéristique individuelle ou collective, associée de manière causale à l'augmentation de l'incidence de la maladie ou à un problème de santé dans une population et par conséquent à l'augmentation de la probabilité d'un développement individuel de la maladie ou d'un problème de santé.

Portail Santé Environnement Travail - Glossaire

www.sante-environnement-travail.fr/dictionnaire.php?id_rubrique=524

Evaluation du risque

Estimation quantitative ou qualitative de la probabilité que des effets négatifs puissent résulter de l'exposition aux risques ou de l'absence d'effets bénéfiques. L'évaluation doit tenir compte de preuves scientifiques mais doit aussi prendre en considération les facteurs sociaux, politiques, économiques et techniques en évaluant toutes les alternatives possibles. Le processus passe par quatre étapes : identification du risque, évaluation de la réponse (en fonction de la dose), évaluation de l'exposition, estimation du risque ;

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Santé environnementale

La notion de santé environnementale a été développée par l'OMS. Elle élargit l'ancienne vision hygiéniste, se rapportant à l'ensemble des mesures (préventives) à mettre en œuvre pour acquérir ou conserver la santé, à la notion plus vaste d'interactions entre la santé et l'environnement, incluant les notions d'interactions positives (avantages) ou négatives (inconvéniens). Elle porte donc sur tous les aspects de la santé et de la qualité de vie, qui résultent de l'action de facteurs biologiques, chimiques et physiques de l'environnement, qu'ils soient d'origine naturelle ou anthropique.

Chap. 18. Santé environnementale, Martine Ledrans, Philippe Quenel et Georges Salines

in : BOURDILLON François, BRUCKER Gilles, TABUTEAU Didier

Traité santé publique

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2007, p. 158

En terme de politiques publiques, la santé environnementale vise à réduire les menaces qui pèsent sur les personnes, tant dans leur environnement physique que dans leur cadre de vie (quartier, cité, logement, milieu de travail, etc.) Plus largement, la santé environnementale englobe les déterminants économiques et sociaux.

MENARD Colette, GIRARD Delphine, LEON Christophe

Baromètre santé environnement 2007

Saint-Denis : Editions INPES, 2008, p. 30

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1114.pdf

Selon la définition proposée par le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1994 lors de la conférence d'Helsinki, « la santé environnementale (environmental health) comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ».

Fiche thématique. Santé et environnement : définitions et évolutions récentes

In : EL YAMANI Mounia, VERGRIETTE Benoît, BARRILLON Anne

Santé et environnement. Enjeux et clés de lecture

Paris : AFSSET, 2005/12, p. 3

www.afsset.fr/upload/bibliotheque/755362470242104365531624757644/01_definitions.pdf

Santé mentale

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés. Les données factuelles qui l'attestent le mieux sont les indicateurs de pauvreté, notamment les faibles niveaux d'instruction.

Les problèmes de santé mentale sont également associés aux éléments suivants : changement social rapide; conditions de travail éprouvantes; discrimination à l'égard des femmes; exclusion sociale; mode de vie malsain; risques de violence ou de mauvaise santé physique; et violations des droits de l'homme.

Par ailleurs, certains profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent aux troubles mentaux. Enfin, les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques et à des déséquilibres chimiques du cerveau.

La santé mentale: renforcer notre action

Aide-mémoire OMS, n° 220, 2010/10

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr

Malgré la transition en France d'une politique de la psychiatrie vers une politique de santé mentale - transition appuyée par le législateur - la délimitation du champ de la santé mentale reste insuffisamment précise. L'ambiguïté des notions de « trouble mental » et de « santé mentale », la sensibilisation croissante du grand public aux problèmes de santé mentale, la tendance à exprimer toute une série de troubles et difficultés, y compris sociaux, en termes de « souffrance psychique », ont pour effet de créer une population-cible potentielle pour la psychiatrie et pour les professions connexes qui est en expansion constante et indéfinie. Ces problèmes de définition, ainsi que ceux attendant aux indicateurs de mesure, fragilisent la fiabilité que l'on peut accorder y compris aux plus importantes enquêtes d'épidémiologie psychiatrique dont nous disposons par ailleurs. Ceci étant dit, une partie des définitions de la santé mentale proposées aujourd'hui en France intègrent un ensemble de déterminants relatifs aux interactions entre les indi-

vidus et leur environnement. Elles mettent l'accent sur la dimension collective de l'état de détresse, en cherchant les conditions sociales qui en sont à l'origine. Cette approche rejoint les grandes lignes de la santé publique moderne et son approche plus axée sur les populations que sur l'individu.

LOVELL Anne

Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale - Rapport final

Saint-Maurice : InVS, 2005, p. 5

www.invs.sante.fr/publications/2005/sante_mentale_110105/etude_santementale.pdf

Santé publique

La science et l'art de la prévention des maladies, du prolongement de la vie et de la promotion de la santé d'un groupe ou d'une population grâce aux efforts organisés de la société. Il s'agit d'une paraphrase d'une définition plus complète de l'OMS de 1952. Depuis le champ d'action de la santé publique couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens. Le terme est également employé comme une catégorie organisationnelle : cependant les services inclus dans cette catégorie varient d'un pays à l'autre. L'intégration de la rééducation-réadaptation et des soins dans la santé publique n'est pas acceptée par tous. La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique. L'approche écologique de la santé publique souligne les points communs pouvant exister entre la santé et le développement durable (soutenable). Elle met en avant les déterminants environnementaux et économiques de la santé et met l'accent sur la façon dont l'investissement économique devrait être guidé pour obtenir les meilleurs résultats en santé pour la population, la plus grande équité en santé et l'utilisation soutenable des ressources.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Afin de pouvoir développer une politique de promotion de la santé et de la prévention, une ARS doit être en mesure de s'inscrire dans une démarche de santé publique. Ses objectifs consistent à :

- Analyser l'état de santé des populations et ses déterminants ;
- Définir les priorités de santé ;
- Organiser le dispositif de manière globale par l'approche interministérielle et intersectorielle qui permet de mettre en oeuvre ces priorités ;
- Évaluer les actions, programmes et dispositifs mis en oeuvre.

BOURDILLON François

Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé

Saint-Denis : Editions INPES, 2009, p. 25

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf

Surveillance sanitaire

Système de surveillance sanitaire

Organisation qui existe pour rassembler, analyser, cumuler et diffuser de l'information sur l'état de santé d'une population. Ceci peut être à un niveau national ou régional, selon l'organisation du système de santé publique et le thème observé. Au niveau international, l'OMS accomplit le rôle d'observatoire de la santé en recueillant et en distribuant individuellement des statistiques nationales de santé.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

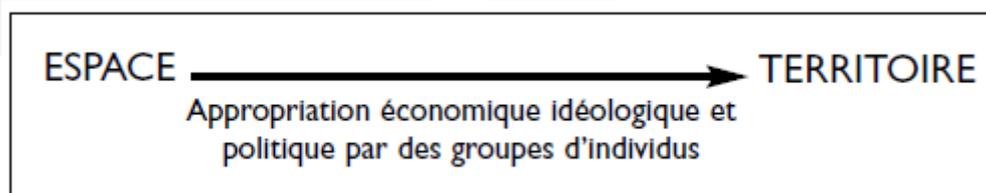
Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Territoire

Le territoire est multidimensionnel, conjuguant des dimensions politiques, sociales et économiques, liant des enjeux identitaires de reconnaissance et d'existence. C'est un espace que les individus s'approprient de manière individuelle et collective et que les institutions quadrillent et modifient.



Glossaire utilitaire en éducation pour la santé

Dijon : Préfecture de la région de Bourgogne, DRASS Bourgogne, 2004, p. 51

www.bourgogne.jeunesse-sports.gouv.fr/download/sport_sante/glossaire_sreps.pdf

Territoire de santé

La loi HPST prévoit que les ARS définissent des territoires de santé, « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (Art. L. 1434-16. du code de la santé publique). Ces territoires concernent l'ensemble des activités des ARS. Dix critères ont été retenus pour contribuer à la définition de ces nouveaux territoires, parmi lesquels le souci de délimiter des territoires cohérents avec la répartition et les pratiques spatiales de la population, le maintien d'une distance d'accès à l'offre de services acceptable, ou encore l'intégration de l'offre de soins et de services.

Alors que l'ensemble des ARS* a arrêté ses territoires, trois principales observations peuvent être formulées. En premier lieu, le nombre des territoires de santé est

passé de 159 territoires de santé (DOM compris), définis dans le cadre de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) à 107 territoires de santé ARS, soit une diminution d'environ 33%.

Les découpages ont très majoritairement évolué par rapport aux anciens territoires. Seules trois régions sur vingt-six ont maintenu le découpage préexistant, départemental en l'occurrence. Neuf autres régions ont transformé leur découpage spécifique en un découpage départemental. Cinq régions ont évolué vers un nombre de territoires inférieur au nombre de départements. Enfin neuf régions ont choisi un découpage infra-départemental. La moyenne de population des territoires passe de 374 000 habitants à 605 000 habitants. Le redécoupage permet de réduire l'écart entre le territoire le moins peuplé et le plus peuplé : l'offre de soins se fait ainsi sur des territoires plus homogènes.

Au-delà des territoires de santé, les ARS ont identifié des territoires de proximité dits également de projets ou d'actions, qui peuvent dans certaines régions se recouper avec les territoires d'accès aux soins de premiers recours.

*à l'exception de la Martinique pour laquelle nous avons retenu leur proposition de territoires actuellement en phase de concertation

Les ARS ont arrêté leurs territoires de santé. Ces territoires, prévus par la loi «Hôpital, patients, santé, territoires», concernent l'ensemble des activités des ARS. Communiqué du 24 janvier 2011

Paris : Agence régionale de santé (ARS)

www.ars.sante.fr/Les-ARS-ont-arrete-leurs-terri.104153.0.html

Titre IV - L'organisation territoriale du système de santé. Ce titre, porté par le secrétaire général des ministères sociaux, a principalement pour objet de créer les agences régionales de santé (Ars), nouvelles autorités responsables du pilotage du système de santé en région, qui permettront une organisation mieux ancrée dans les territoires et davantage décentralisée, au plus proche des besoins des patients. Ces structures accompagneront notamment la nouvelle représentation des professionnels de santé libéraux.

« Hôpital, patients, santé, territoires ». Une loi à la croisée de nombreuses attentes. Support pédagogique à la loi HPST

Paris : Ministère de la santé et des sports, 2009/09, pp. 39 et 49

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf

Veille et sécurité sanitaire

Le concept de sécurité sanitaire est récent en France, l'expression même est apparue lors du débat parlementaire sur la réforme de la transfusion sanguine en 1992. Il est né de crises sanitaires successives et de leurs conséquences politiques et judiciaires (sang contaminé, hormone de croissance, maladie de la vache folle, amiante). Celles-ci ont révélé la « sous-administration » de la santé caractérisée par un manque de légitimité de l'administration du ministère de la santé vis-à-vis des milieux médical et scientifique, une insuffisance des moyens humains en matière d'expertise, de pilotage stratégique des opérateurs de ce ministère (évaluation et contrôle), de surveillance et d'investigation épidémiologiques et un manque d'indépendance de l'expertise des risques sanitaires [Tabuteau, 2007 ; Houssin, 2008]. Ces crises de santé publique ont conduit à séparer le processus d'expertise de la décision publique et de la gestion en matière sanitaire. Du fait de la nature iatrogène des premières crises sanitaires, la volonté politique a été de d'abord de maîtriser les risques pour la santé liés à l'utilisation des produits de santé. Face aux crises sanitaires alimentaire ou environnementale dont la genèse relevait de mécanismes similaires, le concept de sécurité sanitaire a été étendu à l'ensemble des risques pour la santé de l'homme. L'article L. 1110-1 du Code de la santé publique stipule que :

Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance-maladie ou tous les autres organismes participants à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers à assurer la meilleure sécurité sanitaire possible.

La sécurité sanitaire est donc définie comme la protection de la santé de l'homme contre les risques pour la santé induits par le fonctionnement de la société, qu'ils soient notamment alimentaires, environnementaux (risques climatiques inclus) ou sanitaires (produits de santé, médicaments, vaccins, greffes, radiothérapie...) [...]

Plusieurs lois sont venues concrétiser la fonction de « veille sanitaire » : celle de 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits sanitaires destinés à l'homme qui créa l'Institut de veille sanitaire (InVS) à partir du réseau national de santé publique (créé en 1992) et celle de 2004 relative à la politique de santé publique, qui suite à la canicule de 2003, renforce la veille et l'alerte sanitaire. L'émergence du concept de veille sanitaire n'est pas spécifique à la France. Il s'est développé au même moment en Europe et au niveau international avec l'adoption d'une réglementation de l'Union européenne en 1998 (Décision 219/98/CE) et du nouveau règlement sanitaire international (RSI) en 1995. [...]

La veille sanitaire est définie comme « la collecte et l'analyse en continu par les structures de santé publique des signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce » [...]. Cette fonction de veille sanitaire est régionale, nationale, européenne (European

Centre for Disease Control) et internationale (OMS). Les Agences régionales de santé (ARS) créées par la loi Hôpital, patients et territoires de santé, auront cette responsabilité au niveau régional avec la constitution d'une cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire qui s'appuiera sur les compétences des cellules de l'InVS en région.

29. Sécurité et veille sanitaires, Jean-Claude Desenclos et Anne-Catherine Viso

In : FASSIN Didier et HAURAY Boris

Santé publique. L'état des savoirs

Paris : La Découverte, 2010, pp. 341-342 et 346-347
(Hors collection sciences humaines)

Surveillance de santé publique

Collecte, traitement et retour systématique d'informations épidémiologiques pour l'évaluation de maladies, blessures ou tout autre problème de santé et pour la planification ou la mise en route de moyens de prévention ou de contrôle. Ces données de surveillance en santé publique peuvent être biologiques, cliniques, administratives ou psychosociales.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique

2003

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Annexes

Charte d'OTTAWA

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente «Charte» en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Promotion de la santé

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels,

environnementaux, comportementaux et biologiques -peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

MÉDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent

davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation -est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.

Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

LA MARCHE VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments.

Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'ENGAGEMENT A L'EGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Genève : OMS, 1986, 5 p.

www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Voir aussi :

La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation

Genève : OMS, 2005, 11 p.

www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf