

UNION EUROPEENNE



Comité des Régions



Réseau de monitoring  
de la subsidiarité

# Plan d'Action 2010

Politique de santé:  
Les inégalités en matière  
de santé dans l'UE

**Partenaire principal**



**Regione Lombardia**

**Politiques de santé:  
Les inégalités en matière de santé dans l'UE**

**Partenaires**



.../...

**Le présent rapport a été rédigé par le groupe de travail sur les politiques de santé, dirigé par la région de Lombardie, Italie.**

**Il ne représente pas la position officielle du Comité des régions.**

Pour de plus amples informations sur l'Union européenne et le Comité des régions, veuillez consulter leurs portails internet respectifs: <http://www.europa.eu> et <http://www.cor.europa.eu>.

.../...

## Les inégalités en matière de santé

### Points clés

#### 1. Contexte

Le groupe de travail sur les inégalités en matière de santé a essayé de définir les meilleures manières d'aborder cette problématique à travers l'Europe. En 2009, le Comité de régions (CdR) a participé à l'évaluation de l'impact territorial de la proposition de la Commission intitulée «Solidarité en matière de santé». Le CdR a ensuite émis un avis à ce sujet, pour lequel M. Dave Wilcox (GB/PSE) était rapporteur. L'objectif de ce groupe de travail est de faire le point sur la situation et d'analyser le problème des inégalités liées à la santé au regard de la subsidiarité, en présentant un éventail des bonnes pratiques et en proposant des recommandations de politiques.

La subsidiarité, notamment horizontale, est essentielle dans le cas des inégalités en matière de santé. Dans ce domaine de politique, le principe de subsidiarité peut être clairement axé sur la solidarité. C'est aussi un domaine où la direction («stewardship»), comme la subsidiarité, s'est révélée être un concept très utile, ancré dans l'idée de service et d'aide. La direction pourrait soutenir la subsidiarité afin de garantir que les responsabilités appropriées sont correctement affectées, au nom de la solidarité.

#### 2. Composition du groupe et bonnes pratiques

Le groupe de travail est dirigé par la région Lombardie (Italie) et se compose de la région de Valence (Espagne), de l'Association des pouvoirs locaux et régionaux finlandais (Finlande) et du comté de Västra Götaland (Suède). Chaque membre du groupe a présenté des exemples de bonnes pratiques en matière de santé:

- Région Lombardie: ROL (*Rete Oncologica Lombarda*);
- Association des pouvoirs locaux et régionaux finlandais: sous-projet Meilleure santé en Finlande du Nord, région de Kainuu;
- Région de Valence: Plan d'action santé;
- Comté de Västra Götaland: rapport Marmot et hôpital d'Angered.

#### 3. Conclusions

Les inégalités en matière de santé:

- A. existent entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci;
- B. peuvent être réduites si la volonté (politique) existe;

.../...

- C. peuvent être combattues par des initiatives à différents niveaux, de la Commission européenne aux agences européennes et aux niveaux national, régional et communautaire, et passent par la nécessité de soutenir les motivations et l'engagement individuel et familial;
- D. peuvent être réduites grâce à de meilleures incitations, tant sur le plan individuel que familial et de la société locale, pour prévenir les problèmes de santé et promouvoir un mode de vie sain.

#### *Initiatives à entreprendre*

- A. À l'échelle européenne, il est possible:
  - d'effectuer des mesures, des analyses, des activités d'analyse comparative et des rapports communs;
  - d'acquérir des connaissances au moyen de la recherche;
  - d'échanger les connaissances et les bonnes pratiques par le biais de publications, conférences, projets et réseaux de soutien;
  - de financer les initiatives susmentionnées et d'en assurer le suivi.
- B. À l'échelle nationale, il existe une grande marge d'action en matière de participation active aux initiatives de l'UE, telles que celles indiquées ci-dessus, et pour adapter ces initiatives aux nécessités, aux préférences et aux cultures nationales.
- C. À l'échelle régionale, plus proche de la population et qui disposent souvent d'un accès à un pouvoir politique fort et à des ressources utiles, les initiatives telles que celles décrites ci-dessus pourraient être mises en pratique, tout comme le suivi des progrès, la collecte d'information et le partage des expériences avec d'autres régions (comme la plupart des pratiques décrites dans ce document).
- D. À l'échelle de l'UE, encore plus proche des besoins des différents groupes de la population et dotée de la possibilité de reconnaître et d'évaluer ces besoins, des activités de soutien axées sur la réduction des inégalités de santé pourraient être mieux intégrées et mises en pratique de la meilleure manière possible (par exemple l'initiative *Angered Närsjukhus*, dans le comté suédois de Västra Götaland).
- E. "C'est en forgeant qu'on devient forgeron»: agir tous ensemble est une manière efficace et stimulante de progresser. Pour travailler sur un même problème, partager les différents points de vue et expériences est très gratifiant et représente une belle opportunité dans l'Europe actuelle. Contribuer au groupe de travail sur les "inégalités liées à la santé" dans le cadre du plan d'action du RMS a été une expérience particulièrement enrichissante qui peut être reproduite dans le domaine de la santé comme dans bien d'autres.

*Recommandations politiques au Comité des régions*

Selon nous, le CdR pourrait notamment:

- contribuer à sensibiliser de plus en plus les citoyens de l'UE et les régions au principe de subsidiarité, dans sa forme tant horizontale que verticale;
- demander à d'autres institutions européennes d'exporter ce concept dans le secteur de la santé, en prêtant une attention particulière à l'OMS, où il faudrait trouver le bon équilibre entre la subsidiarité et la direction en matière de soins de santé.

## Table des matières

1.	Les Membres du groupe.....	6
2.	Situation actuelle.....	6
3.	Analyse de la subsidiarité et actions sur les inégalités en matière de santé .....	10
4.	Bonnes pratiques.....	14
4.1	La région de Lombardie: le ROL.....	14
4.2	L'Association des pouvoirs locaux et régionaux finlandais – Sous-projet Meilleure santé en Finlande du Nord, région de Kainuu .....	21
4.3	La Région de Valence – Plan d'action santé.....	31
4.4	Le Comté de Västra Götaland: rapport Marmot et hôpital d'Angered .....	35
4.4.1	Plan d'action .....	35
4.4.2	Hôpital d'Angered .....	36
5.	Conclusions et recommandations politiques.....	37
5.1	À l'échelle de l'UE .....	37
5.2	À l'échelle régionale .....	38
5.3	Nos points de vue.....	39
5.4	Initiatives à entreprendre.....	40
5.5	Recommandations politiques au Comité des régions.....	40

**Ce document compte 41 pages.**

## 1. Les Membres du groupe

La région de Lombardie (IT) (chef de file)

- Le comté de Västra Götaland (SE)
- L'Association des pouvoirs locaux et régionaux finlandais (FI)
- La région de Valence (ES)

## 2. Situation actuelle

Le terme "inégalités liées à la santé" désigne les différences, variations ou disparités d'état de santé entre les individus ou entre les groupes. Le terme "iniquité" fait référence aux différences en matière de santé qui sont non seulement inutiles, mais également évitables et qui sont considérées comme inéquitables et injustes<sup>1</sup>. Les iniquités dans le domaine de la santé sont les différences systématiques en matière de santé à travers différents groupes de population (définis selon leur lieu de résidence ou leur statut socio-économique) qui relèvent non du hasard ou de décisions individuelles, mais de différences évitables entre les variables sociales, économiques et environnementales, largement hors du contrôle des individus. Dans le langage courant, le terme «inégalité liée à la santé» est utilisé comme synonyme d'iniquité en matière de santé.

Les inégalités liées à la santé sont de plus en plus reconnues comme une question importante de santé publique à travers l'Europe. Les grandes différences qui existent en matière de santé entre les États membres de l'UE et à l'intérieur de ceux-ci constituent un défi de taille pour l'UE. À la lumière des préoccupations exprimées quant aux conséquences des inégalités de santé, l'Union européenne et de nombreux pays et régions se penchent sur cette question en élaborant des politiques, des stratégies et des plans d'action de bien des manières différentes.

La responsabilité principale de la lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé incombe en premier lieu aux États membres, tant au niveau national que régional, mais les politiques de l'UE pourraient jouer un rôle à travers leur impact indirect sur la santé, et en contribuant à surmonter quelques-uns des obstacles actuels. L'UE compte plus particulièrement explorer les options visant à soutenir et à compléter les efforts des États membres et des parties prenantes et à orienter les politiques vers la réduction des inégalités en matière de santé, dans le respect du principe de subsidiarité<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> *Santé21: La politique cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS*. Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la santé. Copenhague, 1999.

<sup>2</sup> Document de travail des services de la commission, Résumé de l'analyse d'impact accompagnant la communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne {COM(2009) 567 final} {SEC(2009) 1396}, Bruxelles, 20.10.2009.



L'UE a pour objectif d'agir sur l'ampleur des inégalités de santé entre les individus vivant dans les différentes régions de l'UE et entre les citoyens avantagés ou désavantagés socialement, ce qui représente un défi pour l'engagement de l'UE envers la solidarité, la cohésion sociale et économique, les droits de l'homme et l'égalité des chances. Concrètement, cette action vise à améliorer la santé de la population dans son ensemble, en mettant notamment l'accent sur la réduction des différences de santé injustes et évitables entre les groupes sociaux, sur la protection de la santé des groupes vulnérables et, le cas échéant, sur une amélioration de la santé des populations dans les régions de l'UE les plus en retard.

Le traité sur l'Union européenne fournit une base juridique à cette action. Sur le plan "politique", le Conseil a adopté en juin 2006 des conclusions sur les valeurs et les principes communs aux systèmes de santé de l'UE, en déclarant qu'ils visent "à réduire les inégalités liées à la santé, un problème qui préoccupe les États membres de l'UE"<sup>3</sup>. En novembre 2006, les conclusions du Conseil sur l'intégration des questions de santé dans toutes les politiques ont reconnu l'importance des facteurs déterminants pour la santé et appelé à une action intersectorielle et à une large action sociale sur ces facteurs déterminants<sup>4</sup>. L'action politique sur les inégalités en matière de santé a été prévue par le livre blanc d'octobre 2007 présenté par la Commission et intitulé "Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013" (Stratégie de l'UE en matière de santé)<sup>5</sup>, qui souligne la nécessité de réduire les inégalités liées à la santé entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci, à travers la promotion de la santé et les échanges de bonnes pratiques. Le Parlement européen, le Conseil et le Comité des régions, dans leur avis sur la Stratégie en matière de santé, ont souligné la nécessité d'une action européenne pour lutter contre les inégalités en matière de santé. En outre, en juin 2008, le Conseil a souligné l'importance de réduire l'écart en matière de santé et d'espérance de vie entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci<sup>6</sup>, puis, en juillet 2008, la communication de la Commission sur un agenda social renouvelé<sup>7</sup> a réitéré les objectifs sociaux fondamentaux de l'Europe qui reposent sur l'égalité des chances, de l'accès et de la solidarité. Enfin, en 2009, la communication de la Commission<sup>8</sup> sur les inégalités en matière de santé a ouvert le débat nécessaire pour définir les mesures européennes de soutien aux actions des États membres et d'autres acteurs pour lutter contre les inégalités liées à la santé.

Parmi les actions et les initiatives de l'UE pouvant contribuer à réduire les inégalités en matière de santé, une plateforme européenne contre la pauvreté a récemment été lancée dans le cadre de la stratégie de croissance Europe 2020<sup>9</sup>, sous la priorité "croissance facteur d'insertion", reconnaissant que la santé et le bien-être sont des instruments clés pour lutter contre l'exclusion. Le Fonds de

---

3 JO C 146 du 22.06.2006, p. 01.

4 [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/fr/lisa/92339.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/lisa/92339.pdf) page 10.

5 "Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013"  
[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2007/com2007\\_0630fr01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2007/com2007_0630fr01.pdf)

6 [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/fr/ec/101351.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/ec/101351.pdf), page 13.

7 "Un agenda social renouvelé: opportunités, accès et solidarité dans l'Europe du XXIe siècle". COM(2008) 412 final

8 Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne, COM(2009) 567 final. Bruxelles, 20.10.2009.

9 [http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_fr.htm)

cohésion, qui s'adresse aux régions européennes les moins aisées, peut quant à lui être utilisé pour investir dans des facteurs déterminants des inégalités liées à la santé, tels que les conditions de vie (accès à l'eau et à l'assainissement), la formation et les services à l'emploi, le transport et les technologies. À cet égard, des investissements significatifs dans les systèmes de santé ont été réalisés grâce aux fonds structurels alloués aux infrastructures de santé, au renforcement des capacités et à la formation du personnel de santé, aux services de soin, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

L'UE fournit également un cadre législatif conséquent sur d'autres sujets qui s'y rapportent, et prévoit un droit du travail communautaire et une législation communautaire dans le domaine de la santé et de la sûreté au travail: l'amélioration de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs représente une contribution non négligeable à la réduction des inégalités en matière de santé en Europe, en réduisant l'impact négatif de certains facteurs déterminants.

En outre, le marché intérieur possède le potentiel pour contribuer à réduire les inégalités de santé en stimulant la croissance économique, en diminuant les prix, en générant des possibilités d'embauche et donc en améliorant le niveau de vie. Les procédures pour des infractions liées à la santé (par exemple concernant la liberté d'établissement, les prestations de services, les restrictions sur la propriété des pharmacies et leur emplacement, les restrictions sur la propriété des laboratoires et leurs heures d'ouverture, qui peuvent conduire à des monopoles et constituer des obstacles à l'accès) peuvent plus particulièrement contribuer à diminuer les prix des soins, et donc bénéficier aux citoyens des catégories socio-économiques les plus faibles.

Parallèlement aux efforts de l'UE pour lutter contre ce problème, les États membres ont réitéré ces dernières années l'importance de cette action. En 2006, les États membres se sont mis d'accord sur l'objectif de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et en matière de santé<sup>10</sup>, dans le cadre de la méthode ouverte de coordination de la protection et de l'insertion sociales<sup>11</sup>. La réduction des inégalités en matière de santé entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci est également un objectif opérationnel identifié en 2006 dans la nouvelle stratégie de l'UE en faveur du développement durable<sup>12</sup>. La récurrence de la question des inégalités sociales a également été soulignée dans le rapport conjoint annuel sur la protection sociale et l'insertion sociale<sup>13</sup>. Sur la scène internationale, outre l'adoption par les États membres de la charte de Tallinn en 2008<sup>14</sup>, qui fixe comme objectifs l'amélioration du niveau et de la répartition de la santé, l'égalité des financements et de l'accès aux soins, le rapport de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS<sup>15</sup> décrit le fardeau mondial des inégalités liées à la santé et appelle à une action concertée à tous les niveaux de gouvernement pour y remédier.

---

10 <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=755&langId=fr>

11 Voir <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=448&langId=en>

12 Nouvelle stratégie de l'UE en faveur du développement durable. Conseil de l'Union européenne. Document 10117/06. 9 juin 2006 <http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/06/st10/st10117.fr06.pdf>

13 <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=fr>

14 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88604/E91439.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88604/E91439.pdf)

15 "Comblent le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux". Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève 2008. [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html)

Ce contexte démontre une attention croissante au problème majeur et récurrent des inégalités de santé entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci, et une préoccupation croissante vis-à-vis des conséquences négatives pour la santé, la cohésion sociale et le développement économique si ce problème n'est pas traité efficacement. Ces preuves se fondent entre autres sur l'analyse d'impact, d'évaluation et de consultation parmi les partenaires du réseau de monitoring de la subsidiarité lancée par le Comité des régions en 2009 et visant à participer à l'évaluation de l'impact territorial d'une éventuelle action communautaire contre les inégalités de santé dans l'Union européenne<sup>16</sup>.

Si le niveau de santé moyen dans l'UE n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies, les différences en matière de santé entre les individus vivant dans différentes régions de l'UE et entre les groupes les plus favorisés comparés aux moins favorisés demeurent conséquentes, et se sont même accrues dans certains cas. D'un État membre à l'autre, la mortalité des enfants de moins d'un an peut être multipliée par cinq et la différence d'espérance de vie à la naissance peut atteindre huit ans pour les femmes et 14 ans pour les hommes. D'importantes disparités en matière de santé ont également été constatées entre les régions, les zones et les quartiers ruraux et urbains. Dans toute l'UE, il existe différents degrés de santé entre les individus: parmi ceux qui ont un niveau d'éducation, un statut professionnel ou un revenu plus faible, l'espérance de vie est moindre et la prévalence des problèmes de santé de tout type est plus importante<sup>17</sup>. Les employés qui exécutent des tâches principalement manuelles ou répétitives ont une moins bonne santé que les autres. La différence entre les sexes est un autre facteur important à l'origine de disparités: les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes, mais elles passent proportionnellement plus de temps en mauvaise santé. Les groupes vulnérables et socialement exclus, tels que les personnes issues de minorités ethniques ou migratoires, les handicapés et les sans-abri vivent dans des conditions de santé particulièrement dégradées<sup>18</sup>.

Il ressort de la littérature spécialisée que les inégalités liées à la santé sont principalement dues aux différences, entre les catégories de populations, d'un certain nombre de facteurs et de déterminants qui affectent la santé, et notamment: les conditions de vie, l'espérance de vie et la mortalité; les comportements et modes de vie associés à la santé (alimentation déséquilibrée, vie sédentaire, tabagisme, alcoolisme, accidents de la route); les conditions socio-économiques (chômage et exclusion sociale, niveau d'éducation et de culture, revenu, sexe, statut de migrant illégal, répartition des revenus et des ressources); les soins de santé, la prévention des maladies, l'exposition aux risques sanitaires et la promotion des services de santé; l'accès aux services de santé (y compris aux médecins généralistes, à l'hospitalisation et aux médicaments, la couverture médicale, le coût élevé des soins, le manque d'informations sur les services fournis) et l'infrastructure; les caractéristiques géographiques du territoire (éloignement, fragmentation, environnement insulaire ou montagneux, qui représentent des obstacles concrets à l'utilisation des services et des infrastructures), ainsi que les politiques publiques qui influencent la quantité, la qualité et la répartition de ces facteurs. Même si l'accès aux soins est garanti et gratuit pour tous, des inégalités peuvent subsister dans les services de prévention,

---

16 Summary Report, *Assessment of Territorial Impacts of EU Action to Reduce Health Inequalities*, Comité des régions, avril 2009.

17 *Health inequalities: Europe in profile*. Mackenbach J., 2006.

18 SEC(2006) 410.

l'assistance spécialisée et tout autre type de soins non couverts par le système public de santé. Les inégalités rencontrées au début de la vie, par exemple pour l'accès à l'éducation, à l'emploi et aux soins, ainsi que celles fondées sur le sexe ou l'origine ethnique, peuvent avoir des répercussions critiques sur la santé de ces individus tout au long de leur vie. L'association de la pauvreté à d'autres caractéristiques à risque, comme l'âge (premier ou troisième âge), les handicaps ou les origines ethniques, accroît encore les risques en matière de santé.

Dans un tel contexte, le rôle des pouvoirs locaux et régionaux devrait être reconnu tant en matière de santé qu'en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé. L'importance de l'action locale pour promouvoir un mode de vie sain et prévenir les conditions conduisant à une dégradation de la santé figure dans les stratégies développées par un certain nombre de régions européennes. Comme l'a souligné le Comité des régions<sup>19</sup>, "l'efficacité de la prévention passe par une action menée au niveau strictement local et adaptée aux besoins de communautés particulières. Si les problèmes qui induisent un mauvais état de santé peuvent être de même nature dans les différents États membres, la transmission de l'information sur un mode de vie sain requiert souvent des interventions à petite échelle, s'appuyant sur le savoir local. Ces interventions peuvent être efficaces dans des localités réparties sur de nombreux États membres".

Le Comité des régions salue donc la détermination de la Commission à soutenir et compléter les efforts des États membres et des pouvoirs locaux et régionaux afin de lutter contre les inégalités liées à la santé dans l'Union européenne. Le CdR accepte en même temps l'évaluation de la Commission, selon laquelle le problème des inégalités de santé est hautement complexe et l'évolution de la situation dépend d'un grand nombre de facteurs, notamment: la reconnaissance que les inégalités existent à tous les niveaux, de l'Europe au quartier; le rôle des gradients sociaux et des liens étroits entre santé et niveau de vie; les conséquences sur la santé de la situation défavorisée des groupes vulnérables et socialement exclus; et les effets des politiques sociales en matière de soins de santé et d'aide sociale.

### 3. **Analyse de la subsidiarité et actions sur les inégalités en matière de santé**

#### *Remarques générales*

Notre rôle est d'étudier comment les inégalités en matière de santé peuvent être réduites à travers l'utilisation de politiques et d'actions fondées sur le principe de subsidiarité.

Comme indiqué dans le premier chapitre, les inégalités en matière de santé peuvent se référer à des différences systématiques, qu'il est possible d'éviter, concernant différents aspects de la santé dans un groupe ou un sous-groupe de population défini par ses caractéristiques sociales, démographiques ou géographiques.

D'après le principe de subsidiarité, *une communauté de niveau supérieur ne doit pas interférer avec la vie interne d'une communauté de niveau inférieur, privant cette dernière de ses fonctions, mais*

*devrait plutôt la soutenir en cas de besoin et l'aider à coordonner ses activités avec celles du reste de la société.* Cette définition est particulièrement utile et intéressante dans le contexte des inégalités en matière de santé, un domaine politique où les connaissances de ces problèmes et leurs solutions peuvent se trouver dans la société.

On pourrait considérer que la société est une machine à produire des inégalités, dans laquelle la puissance publique doit concevoir et mettre en œuvre des ajustements.

Mais ce serait alors le contraire de ce que nous sommes appelés à étudier ici. Nous souhaitons souligner le rôle que la subsidiarité devrait revêtir dans ce domaine politique: la subsidiarité orientée vers la **solidarité**.

On peut attribuer deux dimensions au principe de subsidiarité: l'une horizontale et l'autre verticale. Cette dernière se réfère à la relation entre différents degrés de pouvoir, tandis que la subsidiarité horizontale concerne les relations entre les pouvoirs publics et les citoyens. Dans ce cas, les administrateurs publics ne se contentent pas de dicter des ajustements à une société "défectueuse".

D'après le concept anthropologique positif à l'origine du concept de subsidiarité, les administrateurs publics ne sont pas toujours censés savoir ce qui est le mieux pour la société ni comment y parvenir. C'est la société elle-même, dans son ensemble, qui est porteuse de cette connaissance.

Cette idée est sous-entendue dans la dimension horizontale de la subsidiarité et s'applique parfaitement à la question des inégalités liées à la santé.

Comme il a déjà été indiqué, la "subsidiarité verticale" concerne différents niveaux ou «ordres» des organismes publics et préconise, en substance, qu'un ordre supérieur ne devrait pas interférer avec les fonctions d'un organisme d'ordre inférieur, mais devrait plutôt le soutenir en cas de besoin et l'aider (c'est-à-dire lui apporter des *subsidium*, "aide" en latin). La dimension horizontale se rapporte à la sphère publique, depuis l'Union européenne jusqu'à la plus petite municipalité, et concerne différents acteurs sociaux (les individus, les familles, les associations, les entreprises, etc.) à travers une approche très semblable: être à l'écoute et aider en cas de besoin plutôt que de se poser en entité toute-puissante.

Ce concept a été intégré au nouveau statut de la région de Lombardie, dont l'article 3 stipule :

*"2. La Région, en application du principe de subsidiarité horizontale, reconnaît et encourage les initiatives autonomes des citoyens, individuellement ou en réunion, des familles, des formations et des institutions sociales, des associations et des organismes civils et religieux, et garantit leur engagement dans la planification et la réalisation des interventions et des services publics, conformément aux procédures prévues par la loi régionale".*

Lutter contre les inégalités consiste à tendre la main aux plus démunis, à ceux que l'on n'entend pas plutôt qu'à ceux qui sont fortement représentés. Ce concept devrait fait l'objet d'une étude plus détaillée. Le concept de fonction de direction ("stewardship") doit également être pris en compte dans le cadre de la subsidiarité et des inégalités en matière de santé. Ce concept a été introduit par l'OMS comme l'une des fonctions fondamentales des systèmes de santé et a été réaffirmé dans la charte de Tallinn de l'OMS (mentionnée au premier chapitre).

Dans le contexte de la santé, ce concept est utilisé pour évaluer les responsabilités des gouvernements et des systèmes de santé. La "direction se réfère à un large éventail de fonctions exercées par les gouvernements pour atteindre les objectifs de santé (équité, couverture, accès, qualité, droits du patient, etc.). Les politiques de santé peuvent également définir les rôles et responsabilités des secteurs public, privé et bénévole ainsi que de la société civile dans le financement et la mise à disposition des services de santé. La direction est un processus politique qui implique d'équilibrer les influences et les demandes.

En d'autres termes, les gouvernements doivent s'assurer qu'ils répondent aux besoins et aux attentes de leur population sur les questions de santé. Mais cela ne les empêche pas de construire des partenariats avec les acteurs du secteur public ou privé ou d'encourager un rôle actif de la société civile.

Il est possible de relier les deux concepts explicités ci-dessus, la subsidiarité et la direction, qui sont issus de deux environnements différents, en rappelant que tous deux sont ancrés dans l'idée de service et d'aide. La direction pourrait soutenir la subsidiarité afin de garantir que les responsabilités appropriées sont correctement affectées au nom de la solidarité.

Du point de vue de la subsidiarité horizontale, le secteur tertiaire est perçu comme une source inestimable d'énergie, de connaissances et d'aptitudes humaines. Cette valeur se reflète à différents degrés dans les projets que nous présentons dans le chapitre sur les bonnes pratiques. Le développement et la mise en place de réseaux (hospitaliers, de médecins généralistes, etc.) pourrait être un outil adéquat pour fournir des services de santé de meilleure qualité.

Les différents réseaux présentés dans les bonnes pratiques en sont un exemple probant.

Premièrement, les réseaux sont, ou peuvent être, des outils fondamentaux pour mettre en œuvre la subsidiarité, notamment dans sa dimension horizontale, dans le domaine de la santé, en impliquant les acteurs concernés.

Deuxièmement, les réseaux sont par nature équipés pour lutter contre les inégalités liées à la santé, du moins certains aspects de celles-ci, en proposant un accès plus libre et uniforme aux citoyens, quel que soit leur lieu de vie.

C'est le cas du réseau lombard de lutte contre le cancer (ROL, *Rete Oncologica Lombarda*). Modèle innovant en matière de traitement pour les patients souffrant d'un cancer, le ROL se fonde sur la

coopération clinique, l'échange et le partage d'informations, et l'intégration des infrastructures consacrées au traitement du cancer dans l'ensemble du réseau régional d'organisations et de professionnels. Le ROL vise à établir un réseau intégré de services sanitaires et sociaux à l'intention des malades du cancer, afin de fournir un cadre à l'échange d'informations, de capacités et d'expertise, et donc de fournir un diagnostic, un traitement et un contrôle du cancer plus efficaces.

Autre exemple édifiant de subsidiarité dans le domaine des inégalités en matière de santé: les bonnes pratiques présentées par le comté de Västra Götaland, qui illustrent le type de travail que les autorités régionales devraient entreprendre, notamment la collecte de données ainsi que le renforcement des connaissances, des bases de données et des indicateurs. Dans cette activité d'ordre général, le niveau régional a un rôle unique à jouer.

Enfin, l'approche générale qui pourrait résumer la politique de subsidiarité en matière de santé pourrait être de *"rapprocher les services de santé autant que possible des citoyens et de leurs besoins"*.

C'est également une manière de lutter contre les inégalités de santé, ce qui peut donc être considéré comme "la subsidiarité en action".

Dans ce contexte, deux idées principales ont été définies:

1. se rapprocher des citoyens en ciblant des domaines en particulier;
2. se rapprocher des citoyens en mettant en œuvre le service par le biais des réseaux.

Parmi les bonnes pratiques présentées par les membres du groupe de travail, deux projets ont été réalisés dans des régions très différentes.

La première concerne la vaste région de Kainuu, dans l'est de la Finlande. Faiblement peuplée, cette région souffre de l'émigration et du vieillissement de sa population. Les éléments principaux du projet sont: la collecte d'informations, la participation des citoyens à travers un système de questionnaire électronique de satisfaction ou encore la définition des responsabilités aux niveaux administratifs.

Dans le comté de Västra Götaland, c'est la localité d'Angered, située dans les quartiers nord-est de la ville de Göteborg, qui a été ciblée. Dans cette zone, la population immigrée est particulièrement concentrée, avec près de 50% d'habitants nés à l'étranger, le chômage y est relativement élevé et les indicateurs associés aux problèmes de santé sont dans le rouge. L'objectif de ce projet est la création d'une unité de soins: l'hôpital de proximité d'Angered, le "Närsjukhus". Parmi les caractéristiques clés de ce projet, soulignons:

- les relations étroites avec les autres services sociaux locaux;
- une coopération pour tous types de soins (des soins primaires aux grands hôpitaux de ville).

Ce dernier élément relie le projet à l'approche de construction d'infrastructures, qui est donnée en exemple dans le cas de la Lombardie.

À partir des bonnes pratiques présentées par les membres du groupe, voici les conclusions que nous pouvons tirer au sujet de la subsidiarité:

- La subsidiarité horizontale est un élément fondamental pour lutter contre les inégalités en matière de santé: les connaissances peuvent se trouver dans la société et l'engagement de tous les acteurs concernés est essentiel.
- L'échelle régionale occupe une position unique pour recueillir des informations et des données dans le but de définir les déterminants et les indicateurs de la santé.

#### 4. **Bonnes pratiques**

##### 4.1 **La région de Lombardie: le ROL**

###### *Contexte*

Le système de santé italien est un service de santé national (SSN), fondé sur les principes d'une protection universelle (pour tous les citoyens), de l'égalité en matière de santé, et de solidarité (financement par l'imposition). L'un des objectifs principaux du SSN est de garantir à tous un accès à des "niveaux essentiels de soins" (NES), fixés chaque année par le gouvernement. Il s'agit d'un ensemble de services de base qui doit être accessible à tous les citoyens du pays. L'accès aux NES doit être garanti quel que soit le niveau de revenu où le lieu de vie afin de réduire les inégalités inhérentes à la répartition géographique des services de soin.

Le cadre législatif national prévoit seulement les principes généraux d'organisation, de financement et de contrôle du SSN. Les NES sont fixés par le gouvernement national, qui suggère également la manière dont les ressources devraient être utilisées selon les niveaux de soins (hôpital, district, soins primaires, soins communautaires). Un processus de décentralisation du SSN est à l'œuvre depuis 1992 et prévoit le transfert progressif du contrôle administratif du fonctionnement, de l'efficacité et de l'efficience des fournisseurs de soins vers les services de santé régionaux et les autorités sanitaires locales (ASL). Désormais, les vingt régions italiennes sont entièrement responsables de l'organisation et de la gestion des soins de santé, ainsi que de la fourniture des NES à leurs résidents.

Située au nord de l'Italie, la Lombardie est l'une des vingt régions administratives de l'Italie. Avec une population de 9,6 millions d'habitants, la région est le cœur économique, commercial et industriel du pays. Son économie représente un cinquième de l'économie nationale (le produit régional brut est supérieur à 20 % du PIB).



Les infrastructures de santé en Lombardie se composent des éléments suivants:

- 95 hôpitaux publics appartenant à 29 fondations hospitalières publiques (AO, *Aziende ospedaliere*),
- 91 hôpitaux privés accrédités (dont six à but non lucratif),
- 24 instituts nationaux pour la recherche scientifique (IRCCS, *Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico*), qui sont des hôpitaux orientés sur la recherche (cinq publics, 19 privés),
- 991 services ambulatoires spécialisés, y compris des services diagnostics, thérapeutiques et laboratoires (717 publics, 274 privés accrédités),
- 15 autorités locales de santé (ASL, *Aziende sanitarie locali*): ces organismes publics achètent des services à des fournisseurs publics ou privés au nom du système régional de santé, coordonnent les soins primaires et les hospitalisations pour la population de la zone géographique dont ils sont responsables et coordonnent les programmes de prévention primaire et secondaire,
- Environ 8 300 médecins et pédiatres pour les soins primaires, qui travaillent en tant que contractants indépendants pour les ASL (la Lombardie compte environ un généraliste pour 1 100 habitants).

Le système de santé en Lombardie se distingue de celui des autres régions d'Italie par le transfert concret du pouvoir depuis les organisations de santé, avec leurs intérêts et leurs procédures bureaucratiques, vers le citoyen-patient, placé au cœur de tout le réseau de services. Une grande réforme du système de santé a en effet été adoptée par la région en 1997; le système de santé auxiliaire repose sur les principes suivants:

- l'universalité et la solidarité;
- la subsidiarité et la liberté pour les citoyens de choisir leur lieu de traitement;
- l'intégration entre le public, le privé et les organisations à but non lucratif (y compris le secteur tertiaire);
- des soins de santé sur mesure en utilisant l'informatique pour des soins personnalisés et à domicile.

La réforme en Lombardie a introduit une distinction claire entre les fonctions des ASL, qui achètent et contrôlent les services de santé, et les réseaux de «fournisseurs» publics et privés (les fondations ou entreprises hospitalières), qui produisent ces services. La fonction de tiers payant de la région est déléguée aux ASL sur une base forfaitaire, et les ASL achètent les services aux fournisseurs (privés et publics) à travers des mécanismes de négociations fondés sur des tarifs régionaux. Un système de santé mixte, composé de fournisseurs privés et publics, a donc été mis en place en Lombardie. Tous ces fournisseurs doivent se soumettre à un processus d'accréditation, identique (en termes d'exigences) pour les soins privés ou publics.

Au vu des caractéristiques ci-dessus, il est évident que le système de santé lombard répond totalement au principe de la subsidiarité horizontale et verticale. Les données épidémiologiques laissent toutefois apparaître encore quelques légères différences géographiques en ce qui concerne la répartition des pathologies (mortalité, incidence de certaines pathologies, etc.) et l'utilisation des services (tarif d'admission à l'hôpital, prise en charge des soins ambulatoires, services pharmaceutiques, etc.). Nous avons notamment observé que la mortalité totale due au cancer est plus élevée dans certaines régions géographiques.

Il convient de souligner que le cancer est l'une des premières causes de décès en Lombardie, où l'on recense 45 000 cas de cancer et 21 000 décès par an. On estime à 370 000 le nombre de personnes vivant dans la région et à qui un cancer a été diagnostiqué par le passé. Ces « survivants du cancer » représentent une charge considérable pour le système de santé, et leurs besoins varient selon le stade de la maladie. Les dépenses pour les soins de cette maladie sont une grande source de préoccupation pour un gouvernement régional comme celui de la Lombardie, où les dépenses de santé (environ 17 milliards d'euros en 2008) représentent plus de 70 % du budget régional total.

Les disparités en matière de traitement du cancer sont une source de préoccupation de plus en plus grande pour la communauté oncologique. Les disparités existent à plusieurs niveaux et touchent le diagnostic, le traitement et les résultats. Les causes peuvent être complexes et intègrent des facteurs économiques, culturels et sociaux. La mise en place de nouvelles thérapies et méthodes de diagnostic très dispendieuses, en constante augmentation, est susceptible d'accroître la pression financière sur les patients, les spécialistes, les payeurs, les commerces et les sociétés. On peut s'attendre à une menace croissante qui pèsera sur notre capacité à garantir l'accès et à dispenser des soins de grande qualité à tous les patients. Un réseau intégré de services sociaux et sanitaires consacré aux malades du cancer constitue un environnement de partage des bonnes pratiques et de l'expertise, et permet d'offrir à tous les patients une gestion et un contrôle plus efficaces de la maladie.

### *Objectifs*

En 2004, la région a adopté un "plan régional contre le cancer", une approche complète visant à instaurer des mesures durables et à long terme pour combattre le cancer à tous les stades de la maladie, de la prévention à la rééducation des survivants ainsi qu'aux soins palliatifs. Ce plan comprend des actions visant à promouvoir une meilleure intégration et coordination des structures de soins et à promouvoir la recherche sur le cancer en encourageant des collaborations entre le secteur public et privé ainsi que la coordination entre les équipes de recherches, les unités de soins et les sociétés privées. La Lombardie dispose de structures de soins oncologiques reconnues dans le monde entier, qui attirent de plus en plus de patients en provenance d'autres régions italiennes et de l'étranger. La région possède également une excellente base scientifique avec douze universités (dont six écoles de médecine rattachées à des centres hospitaliers universitaires) et plusieurs parcs scientifiques qui se concentrent sur la recherche sur le cancer.

À la suite du "Plan cancer" de 2004, un nouveau modèle d'organisation fondé sur un réseau oncologique, baptisé ROL (*Rete Oncologica Lombarda*) a été développé et mis en place par la région. Cette mesure était conçue par la Lombardie comme une réponse stratégique à la nécessité de proposer

des services de qualité centrés sur les patients, tout en réduisant les coûts et en améliorant la pertinence des soins.

Le réseau oncologique lombard est un exemple probant de subsidiarité.

***Les objectifs du ROL:***

Le ROL vise à créer un réseau intégré de services sanitaires et sociaux consacré aux malades souffrant du cancer, et à fournir un cadre pour l'échange d'informations, de capacités et d'expertise. Le réseau se fonde sur deux grands principes:

- le développement d'une approche davantage centrée sur les patients en matière de traitement contre le cancer;
- l'amélioration des services de soins oncologiques et une meilleure intégration des structures et des professionnels de la spécialité au sein des 22 départements provinciaux d'oncologie (DIPO) que compte la région.

Les objectifs spécifiques sont les suivants:

- améliorer la fourniture et la qualité des soins pour tous les malades du cancer à travers la région, et lutter contre les inégalités en matière de santé en améliorant la coopération entre les professionnels et les structures de soin;
- promouvoir et renforcer une approche multidisciplinaire pour traiter le cancer à tous les stades de la maladie, de la prévention aux soins palliatifs en passant par les programmes de réhabilitation pour les survivants;
- garantir des soins appropriés en développant et en favorisant les bonnes pratiques reposant sur des preuves scientifiques en matière de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer;
- améliorer l'accès aux soins, réduire la migration pour raisons de santé, la mobilité des patients et les temps d'attente en développant des technologies d'information pour partager les données cliniques;
- promouvoir la continuité des soins et optimiser le parcours de soins au sein d'un système de gestion de la maladie, afin de mieux intégrer les structures existantes et d'éviter la duplication des efforts;
- promouvoir des partenariats entre un large éventail de parties prenantes dans la région, y compris des organisations tertiaires à but lucratif ou non, ainsi que les associations de patients et de familles de patients, conformément au principe de subsidiarité horizontale, dans un effort collectif et avec un engagement commun pour lutter contre le cancer et apporter des services plus adaptés aux besoins des patients;
- contribuer à une meilleure utilisation des ressources disponibles limitées, réduire les coûts en encourageant l'efficacité et la pertinence des soins;
- faciliter la collecte de données et leur partage à des fins statistiques, afin de fournir des informations adaptées à des analyses comparatives entre les hôpitaux et les régions

.../...

géographiques, ainsi que pour soutenir les procédures d'évaluation des technologies de la santé,

- promouvoir la recherche (clinique, translationnelle et sur les organisations de santé) en facilitant les partenariats de coopération dans le réseau et en encourageant l'innovation et le passage des connaissances scientifiques à la pratique clinique afin de répondre à "l'urgence du cancer".

#### *Description du projet*

Le projet ROL a été conçu en 2005 et lancé par le gouvernement régional de Lombardie en 2006 dans les 22 départements provinciaux d'oncologie de la région (DIPO). Le ROL a été mis en œuvre en plusieurs étapes, mais certains domaines ont fait l'objet d'une application immédiate. Dès le début, les 22 hôpitaux DIPO ont pris part au ROL. Fin 2010, 90 % des hôpitaux publics avaient rejoint le réseau, avec plus de 500 médecins participants et quelque 25 000 patients assistés par le ROL. Dans sa deuxième phase, le ROL s'est étendu à d'autres hôpitaux publics et privés et aux médecins généralistes. Le ROL a été instauré à travers des applications spécifiques qui ont permis au réseau de s'imposer progressivement et qui ont produit des résultats concrets dès les premières heures.

La stratégie de mise en œuvre du ROL se fonde sur une approche globale qui se caractérise par trois niveaux d'activité, chacun impliquant des acteurs différents:

1. le niveau clinique, concernant le développement et le partage des bonnes pratiques au sein de la communauté oncologique (lignes directrices, protocoles, documents cliniques);
2. le niveau technologique, concernant le développement de solutions informatiques pour le partage des documents cliniques, intégrées au système d'information des services de santé (SISS);
3. le niveau organisationnel, concernant toutes les actions nécessaires pour appliquer la stratégie du réseau au sein des structures spécialisées dans les 22 DIPO.

#### *Rôle de la collectivité locale ou régionale*

La création du ROL avait été initialement proposée par la communauté des spécialistes concernés par le traitement du cancer, puisque la découverte de la nature biomoléculaire du cancer et ses implications cliniques en matière d'approches diagnostiques et thérapeutiques nécessitait un transfert et un partage des connaissances plus efficaces au sein de la communauté médicale. L'approche clinique du cancer nécessite en effet une coopération multidisciplinaire et interprofessionnelle.

Le rôle principal des pouvoirs publics régionaux dans la mise en œuvre du ROL concerne le troisième niveau d'activité décrit ci-dessus, c'est-à-dire le niveau organisationnel. Le gouvernement régional s'est montré particulièrement actif pour promouvoir la coopération entre les structures de soin du cancer et pour faciliter le développement d'une "communauté oncologique lombarde", représentée par des spécialistes de différentes disciplines (oncologues, chirurgiens, pathologistes, etc.), des généralistes, et par l'ensemble de la communauté oncologique multidisciplinaire et interprofessionnelle.

Afin de mettre le ROL en œuvre dans les 22 DIPO, la direction générale pour la santé a :

- émis une série de recommandations pour une meilleure intégration et coordination au sein des DIPO et du réseau de services hospitaliers;
- établi des règles et des règlements pour le réseau;
- créé des incitations pour les dirigeants des hôpitaux et assigné des objectifs spécifiques au ROL;
- organisé une formation à l'intention des professionnels du système de santé régional;
- et financé des projets conjoints entre les DIPO et les autorités sanitaires locales.

En outre, le gouvernement régional a simplifié les mécanismes de financement de la recherche biomédicale et de l'innovation technologique.

#### *Ressources*

La région alloue des fonds pour coordonner le réseau, développer une plateforme informatique et soutenir les hôpitaux participants à la phase de démarrage. Les hôpitaux accordent individuellement des financements supplémentaires afin d'intégrer l'outil d'information du ROL dans les systèmes d'information de l'hôpital.

#### *Gestion*

Outre les pouvoirs publics régionaux, dont le rôle est décrit ci-dessus, les organismes suivants participent également à la gestion du projet:

- La fondation IRCCS "*Istituto Nazionale dei Tumori*" de Milan est chargée de la coordination scientifique du ROL ainsi que de plusieurs groupes de pathologies (un groupe par type de tumeur).
- Lombardia Informatica SpA, le partenaire technologique du ROL, gère les aspects informatiques/télématiques intégrés au SISS (le système informatique des services sanitaires et sociaux).
- La «communauté oncologique» régionale participe au développement des lignes directrices et recherche des consensus sur les choix stratégiques et la mise en pratique.

#### *Obstacles*

Les principaux obstacles que nous avons rencontrés portent sur:

- ***La dimension informatique***
  - Les médecins ne sont pas toujours familiarisés avec les technologies de l'information.

- Certains médecins se plaignent que la lettre de décharge du ROL (ROL-DOC) est une activité qui demande beaucoup de temps.
- La gestion de documents électroniques structurés nécessite une formation.
- L'intégration avec les dossiers médicaux informatisés est nécessaire pour éviter tout doublon.
- L'intégration avec d'autres flux d'information peut ne pas être immédiate.

- ***La participation***

- La communauté oncologique doit être incitée à participer et devrait avoir le sentiment qu'elle fait partie du réseau.
- Une stratégie hiérarchique descendante (du sommet vers la base) n'est pas recommandée.

### *Résultats et réalisations*

À ce jour, le ROL a permis d'obtenir deux grands résultats:

1. La communauté oncologique partage désormais une sémantique et des codes pour les "lettres de décharge"/"rapport clinique ambulatoire". Instaurer une sémantique partagée était l'un des points clés du ROL. Un "ensemble minimum d'informations", principalement sur les rapports de décharge, a été adopté afin de rassembler et de partager les informations et pour éviter la saisie de données supplémentaires, en plus de ce qui est déjà effectué dans la pratique clinique. L'expérience du ROL a donné naissance à des solutions informatiques innovantes et intégrées aux dossiers médicaux informatisés du SISS, en introduisant un bon de sortie de l'hôpital structuré. L'"ensemble minimum d'informations" est le cœur de l'information du ROL et facilite les consultations à distance et la communication entre spécialistes des hôpitaux lombards, ainsi qu'entre spécialistes et généralistes.
2. Pour chaque type de néoplasie, la communauté oncologique partage des lignes directrices pour la pratique clinique, étayées et fondées sur un processus de consensus. La première phase visait à développer le modèle en l'appliquant à trois exemples de maladies néoplasiques ayant différents niveaux d'incidence (de rare à fréquent), afin d'analyser le potentiel du ROL et d'étendre progressivement le système à toutes les sortes de tumeurs solides.

Aujourd'hui, le ROL, qui était conçu comme un outil clinique pour la médecine oncologique, s'étend à d'autres domaines. Une nouvelle collaboration a récemment été lancée entre le ROL et Nerviano Medical Sciences, l'un des plus grands centres de R&D pharmaceutique spécialisés en oncologie en Italie. Ce partenariat vise à promouvoir la recherche clinique, à transposer les connaissances scientifiques en pratique clinique, et à fournir une infrastructure clinique pour la création d'une "biobanque régionale virtuelle de tissus tumoraux".

### *Les clés du succès*

.../...

- ***Une coopération clinique efficace***
  - les lignes directrices du ROL sont devenues une référence;
  - les lignes directrices sont révisées régulièrement;
  - une "communauté oncologique" croissante (échange de patients et de bonnes pratiques, recherche collaborative) se développe.
  
- ***Impact sur l'organisation***
  - meilleure coordination au sein des DIPO;
  - meilleure intégration entre les niveaux de soins (généralistes, spécialistes, etc.);
  - implication d'organisations à but non lucratif et du secteur tertiaire pour des activités spécifiques (comme les soins à domicile, les soins palliatifs, le soutien psychologique, etc.).

#### *Potentiel de transposition*

Ce modèle est susceptible d'être transposé pour plusieurs raisons:

- la prévalence croissante du cancer,
- le problème des survivants du cancer et des patients âgés,
- le degré élevé d'innovation (diagnostic, thérapie),
- la nécessité d'une approche globale pour le traitement du cancer,
- le cancer est une priorité de la politique européenne de santé,
- la multiplication attendue des réseaux consacrés au cancer dans l'UE,
- la mobilité croissante des patients.

#### 4.2 **L'Association des pouvoirs locaux et régionaux finlandais – Sous-projet Meilleure santé en Finlande du Nord, région de Kainuu**

##### *Contexte*

Dans la région de Kainuu, l'environnement opérationnel des services de santé n'est pas le même que dans le reste du pays. La raison en est une expérimentation régionale administrative en cours dans huit municipalités de la région pour la période 2005-2012. Dans ce modèle, les activités de développement des services sociaux et de santé sont concentrées à l'échelle de la région dans l'objectif d'améliorer leur portée, leur disponibilité et leur efficacité. Ces activités sont généralement du ressort des municipalités. Leur développement constitue une partie intégrante du programme stratégique de la région de Kainuu: elles font partie de la stratégie régionale, du programme régional, ainsi que des stratégies des secteurs des services sociaux et sanitaires.

La population de la région de Kainuu vieillit et le nombre d'habitants, en baisse constante, est passé d'environ 100 000 habitants au début des années 1980 à 80 000 aujourd'hui. Selon les estimations du

bureau finlandais des statistiques, la population de la région devrait tomber à 74 000 habitants en 2040. Ajoutons à cela l'augmentation du nombre de retraités, en raison du vieillissement de la population.

La structure de l'éducation est également différente dans le Kainuu: fin 2005, 59,7 % des habitants du Kainuu de plus de 15 ans avaient suivi une formation professionnelle, contre 63,4 % dans l'ensemble du pays. Dans cette région, 19,1 % de la population détenait un diplôme universitaire à la fin de l'année 2005 (contre 25,4 % en Finlande).

Un projet intitulé "Réduire les inégalités socio-économiques et sanitaires dans le Kainuu" avait été mené en 2006-2008. Des lacunes manifestes dans les connaissances étaient apparues au cours de ce projet, notamment relatives aux inégalités en matière de santé chez les enfants et les jeunes. En outre, le besoin était grand d'organiser des coopérations locales pour réduire les inégalités liées à la santé et pour mettre en œuvre les différents programmes. L'expérience du Kainuu pour la promotion du bien-être et de la santé en 2005-2008 a montré qu'il existait un grand besoin de développer les structures et les pratiques de gestion dans ces domaines. Il est également nécessaire d'instaurer des structures permanentes de soutien et une culture de travail en collaboration entre l'Autorité conjointe de la région du Kainuu, les municipalités et d'autres acteurs.

#### *Objectifs et description*

Les objectifs du sous-projet Meilleure santé en Finlande du Nord (2009-2011) sont:

- Établir des structures et des modèles de gestion efficaces, permanents, multisectoriels et interadministratifs pour le bien-être et la santé dans les municipalités du Kainuu, dans l'Autorité conjointe de la région Kainuu et dans la région en coopération avec les communes.
- Fournir des informations actualisées sur les citoyens de toutes les tranches d'âge vivant dans le Kainuu, notamment dans le cadre de l'étude régionale finlandaise pour la santé et le bien-être. L'information sera présentée dans des rapports sur le bien-être qui s'inscrivent dans les stratégies municipales et régionales.
- Accroître la participation citoyenne à la conception et au développement des services et des activités, par exemple à travers un système de questionnaire de satisfaction électronique.

#### **Organisation et processus décisionnel**

##### *Le Conseil régional*

La plus haute autorité politique est le conseil régional, élu pour quatre ans par les habitants de la région. Il est composé de 59 membres, auxquels se joignent deux représentants nommés par la commune de Vaala lorsque sont discutées des questions concernant le conseil régional du Kainuu, les fonds structurels et leur financement.



***Le Bureau régional***

Le bureau régional, élu par le conseil régional, s'occupe de l'administration générale de la région, de la préparation à la mise en œuvre. Il est constitué d'un directeur exécutif, qui est également président, de dix membres et dix suppléants. La loi expérimentale sur l'autonomie locale fixe la composition du bureau régional, ainsi que le financement et les responsabilités du Kainuu, conformément à la loi sur les fonds structurels.

Le bureau est élu pour la même durée que le conseil régional, sauf si ce dernier décide de lui accorder un mandat réduit avant l'élection. Le directeur exécutif préside les réunions du bureau.

***Le Bureau de la protection sociale et de la santé***

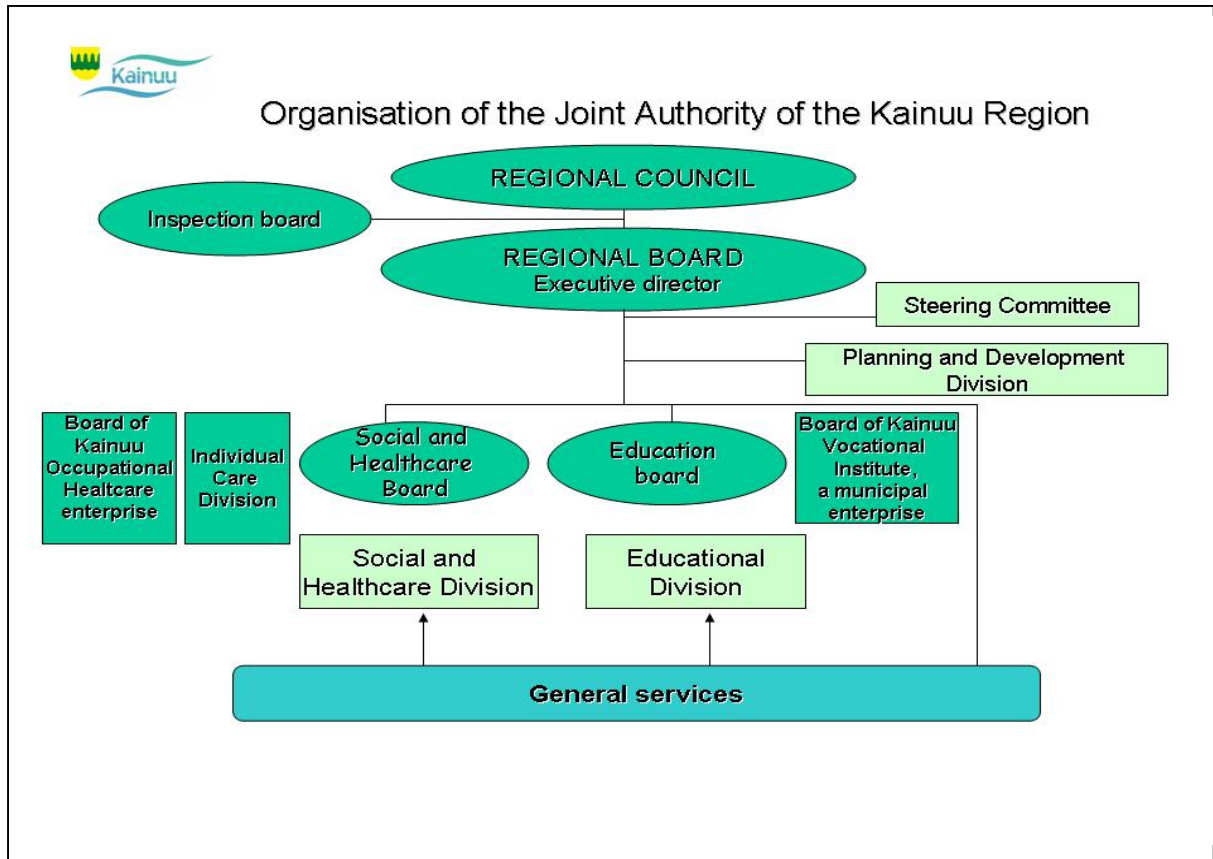
Il se compose de onze membres titulaires et d'un suppléant chacun, élus par le conseil régional. Le bureau de la protection sociale et de la santé est responsable du développement des services pour lesquels il est compétent ainsi que des questions financières et de l'organisation de la division de la protection sociale et la santé. Il incombe au bureau de définir les objectifs, de contrôler et d'évaluer les actions en cours et de superviser la planification et la mise en œuvre des processus.

***Le Bureau de l'éducation***

Cet organe se compose de onze membres élus par le conseil régional, chacun étant assisté d'un suppléant. Le conseil désigne également un président et un vice-président parmi les membres. Les responsabilités de ce bureau portent sur le développement, le contrôle, la planification et la supervision des activités liées à l'éducation. Le bureau est également chargé des questions financières au sein de la division de l'éducation et de la gestion de celle-ci.

***Le Bureau de l'inspection***

Le bureau de l'inspection est constitué d'un président, d'un vice-président et de cinq autres membres et de leurs suppléants respectifs. Le président et le vice-président sont également membres du conseil. Le bureau est notamment chargé de superviser les processus d'audit de l'autorité conjointe.



Traduction du graphique

**Organisation de l'Autorité conjointe de la région de Kainuu**

Conseil régional

Bureau de l'inspection

Bureau régional

Directeur exécutif

Comité de pilotage

Division planification et développement

Bureau de la médecine du travail de Kainuu	Division des soins individuels	Bureau de la protection sociale et de la santé	Bureau de l'éducation	Bureau de l'institut technico-professionnel de Kainuu (entreprise municipale)
--	--------------------------------	--	-----------------------	---

Division de la protection sociale et de la santé	Division de l'éducation
--	-------------------------

Services généraux

*Résultats et réalisations*

Des groupes de travail interadministratifs pour la santé et la protection sociale ont été mis sur pied dans toutes les communes de la région de Kainuu. Un groupe de travail régional séparé œuvre à

.../...

l'échelle de la région de Kainuu dans le même objectif. Une étude sur la santé et la protection sociale dans le Kainuu a permis d'obtenir des informations actualisées sur la situation dans ces domaines, telle que les habitants la ressentent. Dans le Kainuu, 9 000 personnes ont été interrogées et 56 % d'entre elles ont répondu. Le taux de réponse le plus élevé (65 %) se trouvait dans la tranche d'âge 55-74 ans.

Des rapports sur le bien-être sont en cours de réalisation dans toutes les communes de l'autorité conjointe de la région de Kainuu. Ces rapports sont conçus pour répondre aux besoins de l'expérimentation administrative du Kainuu et se fondent sur un modèle développé en coopération avec le projet « Améliorer la santé en Finlande du Nord », l'Institut national pour la santé et le bien-être et un autre projet concernant la prévention et les traitements précoces des problèmes chroniques de santé publique, financé par le programme de développement national pour la protection sociale et la santé. Un rapport séparé concernant le bien-être est actuellement réalisé dans la région de Kainuu. Il intègre des informations tirées de l'étude régionale sur la santé et le bien-être, qui doit être publiée prochainement, et du questionnaire national sur la santé à l'intention des enfants et des jeunes. Les rapports font partie des stratégies et des programmes financiers des municipalités et de la région. Dans le cadre du projet "Améliorer la santé en Finlande du Nord", le projet sur le bien-être de la municipalité de Haukipudas (dans le nord de l'Ostrobothnie) sera également réalisé sous forme électronique.

En 2011, le projet sera orienté vers la participation des citoyens, dans l'objectif de développer la version pilote d'un système de questionnaire électronique de satisfaction.

#### *Défis et processus clés*

Comprendre qui est responsable du développement de la santé et du bien-être dans la région de Kainuu durant cette expérimentation administrative a été un grand défi et un obstacle au projet. Comprendre et adopter la politique de travail interadministrative a nécessité beaucoup de temps. Le soutien à la santé et au bien-être peut être considéré comme relevant de la responsabilité du secteur de la protection sociale, bien que les municipalités soient en fin de compte responsables du bien-être et de la santé de leurs administrés. Les municipalités, à travers leurs décisions et leurs activités, agissent sur l'environnement privé, personnel et éducatif de leurs habitants, quel que soit leur âge. Afin de renforcer les connaissances et la compréhension, il est nécessaire de procéder à des réunions communes ainsi qu'à la préparation et à la réalisation conjointes d'activités. Cela ne peut être fait qu'en consacrant du temps à la coopération.

Processus clés:

- description des structures et des activités de soutien à la santé et au bien-être à l'échelle régionale et locale;
- coordination du soutien à la santé et au bien-être à ces mêmes échelles;
- définition des responsabilités pour ces domaines et échelles;

.../...

- diffusion des connaissances sur le bien-être à différents acteurs (notamment aux communes et à la région ainsi qu'aux entreprises, aux organisations et surtout aux décideurs).

*Potentiel de transposition*

Modèle commun de rapport sur le bien-être (une version électronique sera réalisée durant le projet).

Les modèles structurels de promotion de la santé et du bien-être dans la région du Kainuu, l'Autorité conjointe du Kainuu et les municipalités du Kainuu.

Rapports sur le bien-être: les rapports sur le bien-être dans la région du Kainuu et dans les municipalités de la région seront diffusés en format électronique durant le projet. Les rapports en cours de préparation ont déjà une structure qui correspond à celle des rapports électroniques. Les informations fondées sur les indicateurs sont présentées à l'aide de TEHO, un outil destiné aux collectivités territoriales permettant de mesurer le bien-être et la santé de la population. TEHO permet d'élaborer des présentations et des graphiques clairs et lisibles à partir des données saisies. La rédaction de ces rapports suit le calendrier habituel des activités municipales stratégiques et financières.

Rédaction des rapports sur le bien-être selon le calendrier des activités municipales

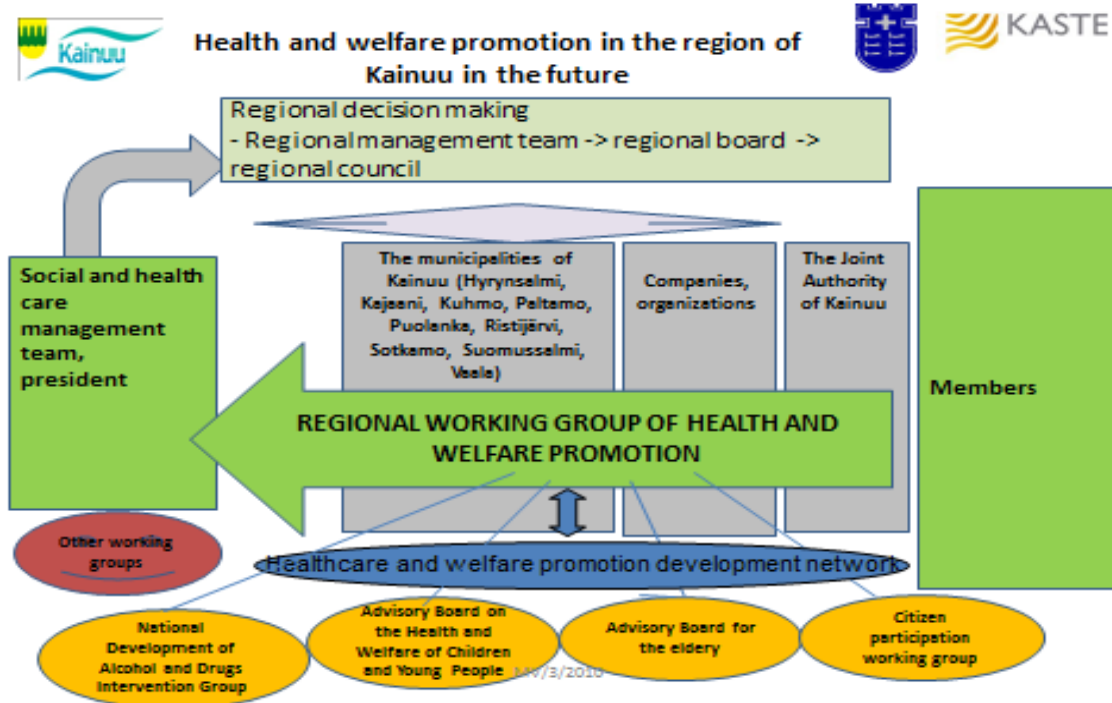
RBE= rapport sur le bien-être

Mois	Groupe de travail régional sur la promotion de la santé et du bien-être	Équipe de gestion (Protection sociale et santé)	Bureau de protection sociale et santé
1-2	<p><b>Évaluation</b> des actions terminées de l'année précédente →équipes de gestion et groupes municipaux</p> <p><b>Projet de lignes directrices RBE</b></p> <p>- description des services et du bien-être de la population, contexte, indicateurs</p>	<p><b>Évaluation</b> des actions terminées de l'année précédente →intégration dans le RBE</p> <p><b>Approbation des lignes directrices du RBE</b></p>	Rapport annuel complété (année précédente)
3-4		Suivi de l'avancée du RBE	Fiche financière complétée (année précédente); discussions de stratégie, y compris sur la promotion de la santé et du bien-être

5-6			
8-9	Proposition de conclusions et de questions à intégrer au plan de l'année suivante (pour l'équipe de gestion)	Questions de la promotion de la santé et du bien-être à intégrer au plan d'action et financier (résumé, conclusions et propositions d'actions)	Discussion sur les questions de promotion de la santé et du bien-être →propositions mises en avant
10-11	Approbation du plan d'action et de promotion de la santé et du bien-être et des plans municipaux correspondants		Approbation du plan de promotion de la santé et du bien-être
12			

Structure de la promotion de la santé et du bien-être dans la région du Kainuu:

Une fois mise en place, la structure permet une promotion cohérente et logique de la santé et du bien-être dans la région du Kainuu.



Traduction du graphique

**Promotion de la santé et du bien-être dans la région du Kainuu à l'avenir**

Processus décisionnel régional

- Équipe régionale de gestion → bureau régional → conseil régional

Équipe de gestion de la protection sociale et de la santé, président	Municipalités de Kainuu (Hyrnsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Puolanka, Ristijärvi, Sotkamo, Suomussalmi, Vaala)	Entreprises, organisations	Autorité conjointe du Kainuu	Membres
--	---	----------------------------	------------------------------	---------

Groupe de travail régional pour la promotion de la santé et du bien-être

Autres groupes de travail	Réseau de développement de la promotion de la santé et du bien-être		
Développement national du groupe d'intervention pour les drogues et l'alcool	Conseil consultatif sur la santé et le bien-être des enfants et de jeunes	Conseil consultatif pour les personnes âgées	Groupe de travail pour la participation citoyenne

.../...

Le groupe de travail régional pour la promotion de la santé et du bien-être dans la région du Kainuu dispose de membres dans toutes les communes et auprès de l'autorité conjointe de la région du Kainuu. Ces membres sont des fonctionnaires municipaux ou des personnes élus à des postes de confiance. Le groupe est également composé de représentants d'organisations ainsi que des agences administratives de la région (Agence administrative régionale de Finlande du Nord).

Les missions du groupe sont prédéfinies et le directeur des affaires sociales et de la santé de l'autorité conjointe en est le président. À l'avenir, le groupe travaillera de manière interactive, à travers le réseau de développement, dans les groupes correspondants auprès de chaque municipalité. De même, les membres du groupe de travail régional devraient également appartenir au groupe de travail pour la promotion de la santé et du bien-être au sein de leurs communes respectives.

Le groupe de travail régional a pour mission de:

- participer à la communication en matière de santé et de bien-être, être au contact des citoyens;
- collecter, évaluer, traiter et diffuser des données régionales et municipales sur la santé et le bien-être des citoyens et sur la capacité du système de services à répondre à leurs besoins;
- renforcer les connaissances communes et les savoir-faire en matière de promotion de la santé et du bien-être, développer de bonnes pratiques et les diffuser dans la région;
- participer à la rédaction de la stratégie, des rapports et des plans aux échelles régionales et locales;
- soutenir et guider les groupes municipaux pour la promotion de la santé et du bien-être en sa qualité d'expert;
- relier les différents acteurs entre eux.

Les informations fondées sur des indicateurs sont présentées à l'aide de **TEHO**, un outil destiné aux collectivités territoriales permettant de mesurer le bien-être et la santé de la population. TEHO permet d'élaborer des présentations et des graphiques clairs et lisibles à partir des données saisies.

Indicateurs:

- âge moyen de départ en retraite;
- personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur, âgées de 15 ans et plus, en % de la population du même âge;
- personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement secondaire, âgées de 15 ans et plus, en % de la population du même âge;
- personnes âgées de 75 ans et plus, en % de la population totale.

Kainuu

Kainuu 2009

Indicateurs	Kainuu	Évolution	Finlande
Âge moyen de départ en retraite (2008)	57,3	↔	57,8
Personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur, âgées de 15 ans et plus, en % de la population du même âge (2007)	20	↑	26,2
Personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement secondaire, âgées de 15 ans et plus, en % de la population du même âge (2007)	41,6	↔	38,4
Personnes âgées de 75 ans et plus, en % de la population totale	9,9	↑↑↑	8

↑ Augmentation

↓ Diminution

↔ Évolution nulle ou inférieure à 5 %

↑↓ Évolution d'au moins 5 %

↑↑↓↓ Évolution d'au moins 10 %

↑↑↑↓↓↓ Évolution d'au moins 15 %

↑↓ Évolution positive

↑↓ Évolution négative



Amélioration de la situation d'au moins 10 % par rapport à l'analyse comparative



Différence avec l'analyse comparative nulle ou inférieure à 10 %



Dégradation de la situation d'au moins 10 % par rapport à l'analyse comparative



### 4.3 La Région de Valence – Plan d'action santé

#### *Contexte*

Les inégalités liées à la santé sont des écarts systématiques en matière de santé entre différents groupes de population et qui résultent de la société. Il ne s'agit pas seulement d'un phénomène touchant les groupes sociaux extrêmes, mais d'un problème qui affecte toute la population: l'on observe une dégradation progressive de la santé parallèlement à celle du statut social.

Les facteurs à l'origine des inégalités en matière de santé dans la Communauté valencienne sont liés essentiellement à la répartition inégale des déterminants structurels et intermédiaires de la santé, ceux-là mêmes qui ont été récemment décrit par la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Des signes montrent que les inégalités en matière de santé peuvent être évitées et réduites à l'aide de politiques sociales et sanitaires.

Dans la Communauté valencienne, les politiques de santé sont définies par un document intitulé "Plan santé", contenant les principes et les valeurs qui les orientent, les objectifs à atteindre et les stratégies et mesures pour y parvenir.

Ce Plan santé est l'expression de la politique de santé de la région de Valence, qui repose sur les besoins de la population et tient compte des ressources structurelles du système de santé espagnol et de son cadre stratégique.

Les besoins d'une société dynamique et en mutation, comme l'est actuellement la région de Valence, nécessitent d'établir un Plan santé adapté à ces processus et qui tienne compte des nouvelles manières de comprendre et donc d'évaluer la santé.

Le Plan santé s'efforce de placer le concept de la santé au centre du débat sur les politiques sanitaires. Il permet d'établir plusieurs scénarios en matière de santé dans lesquels les personnes accomplissent leurs activités habituelles et où les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels interagissent pour produire des bénéfices concrets véritables en matière de santé et d'amélioration du bien-être. Il s'agit d'un document ouvert, dont les objectifs sont susceptibles d'être modifiés durant sa période de validité.

Les principes de la stratégie "Santé pour tous" ont été approuvés et adoptés en Espagne en 1990.

Tous les plans santé élaborés par les pouvoirs publics régionaux reposent sur cette stratégie, et la plupart des plans régionaux ont des objectifs à peu près similaires dans ce domaine.

L'Agence de Valence pour la santé (AVS) est responsable des soins de santé de quelque 5,2 millions de personnes dans la région. Seize pour cent de ces habitants sont des immigrants, qui ont pu être classés en différentes catégories grâce au système d'information sur les personnes (SIP), et 17 % ont plus de 65 ans. Depuis le début du siècle, l'autorité régionale chargée de la santé, la *Conselleria de*

.../...

*Sanidad*, a réalisé d'importants efforts pour améliorer les systèmes d'information et de communication à travers tout le réseau santé de la Communauté valencienne.

Il convient de mentionner également la base de données créée pour les citoyens de Valence, le *Sistema de información poblacional* (SIP), qui est reliée à tous les systèmes d'information sur les soins primaires, avec le système ABUCASIS, les soins hospitaliers spécialisés, les cliniques spécialisées, les centres de santé publique et d'autres ressources pour la santé ayant accès aux informations de la base de données.

#### *Objectifs et description du projet/de l'initiative*

Le Plan santé est un outil de politique de santé qui sert à la planification stratégique, à fixer des priorités et à définir des objectifs en matière de santé.

La loi de 2003 sur la santé (*Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana*) fait mention du Plan santé.

Le Plan s'appuie sur les valeurs de la participation (de la société et des professionnels de la santé) et sur l'acceptation de la matrice de Haddon. La planification en matière de santé est fondée sur les besoins en santé de la société et s'inspirent des questionnaires sur la santé qui sont organisés tous les cinq ans.

Il est associé à d'autres programmes gouvernementaux tels que ceux sur l'égalité des chances pour les hommes et les femmes, les personnes handicapées, l'immigration, le planning familial, le planning des jeunes et d'autres programmes liés à la santé, comme la santé publique, la recherche médicale et les programmes destinés aux personnes âgées.

Les priorités choisies se rapportent principalement aux problèmes de santé, aux habitudes et modes de vie, mais aussi aux services de santé: handicaps et maladies chroniques, facteurs déterminants (mode de vie, environnement, statut social).

Les domaines prioritaires sont choisis par des experts dans le domaine de la santé, parmi les besoins en santé définis à l'aide des Plans santé antérieurs, des études d'opinion menées auprès des citoyens au sujet de la santé grâce à la technique Delphi, des enquêtes antérieures sur la santé et la sexualité et d'après les avis d'experts obtenus par la technique du groupe nominal. Le travail se fait également à partir d'informations épidémiologiques, de plans de santé précédents et avec d'autres professionnels de la santé tels que les services qui produisent des rapports sur de situation.

Ces domaines sont les suivants:

- 1 Mode de vie:
  - 1.1 Tabagisme
  - 1.2 Alcool et drogues
  - 1.3 Alimentation et régime
  - 1.4 Activité physique
  - 1.5 santé sexuelle et reproductive
- 2 Environnement et santé:
  - 2.1 Santé au travail
  - 2.2 Environnement
  - 2.3 Sécurité alimentaire
  - 2.4 Santé périnatale
  - 2.5 Santé de l'enfance et de la jeunesse
- 3 Prévention des maladies grâce à la vaccination
- 4 Maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires
- 5 Diabète
- 6 Cancer
- 7 Démence
- 8 VIH/Sida
- 9 Tuberculose en tant que maladie émergente
- 10 Ostéo-arthrite
- 11 Santé mentale
- 12 Blessures par accident
- 13 Blessures par violence domestique
- 14 Sociosanitaire:
  - 14.1 Vieillesse
  - 14.2 Soins palliatifs
- 15 Utilisation rationnelle des médicaments
- 16 Soins d'urgence
- 17 Inégalités en matière de santé

L'analyse des indicateurs des systèmes d'information s'effectue en tenant compte du sexe, de l'âge, du niveau d'instruction, du niveau économique et du statut social.

### *Résultats et réalisations*

Le monitoring du plan est en cours de réalisation.

Nous avons développé un système de contrôle dont les indicateurs principaux sont: les comportements liés à la santé (sexualité, activité physique, alimentation, tabagisme, consommation d'alcool), le statut professionnel, le niveau d'instruction et le lieu de résidence, la mesure de la mortalité selon l'âge, l'autoévaluation de la santé, les handicaps, les maladies de longue durée, les maladies chroniques, les crises cardiaques et l'obésité.

### *Potentiel de transposition*

Bénéfices et égalité en matière de santé, égalité garantie, information, investissements en matière de santé, efficacité et aspect durable.

Connaissant l'importance du facteur citoyen dans la planification de la santé, le nouveau Plan santé ajoute à présent un élément innovant à travers l'organisation d'une dizaine de forums participatifs représentant toutes les catégories sociales, avec quelque 200 participants. Le nouveau Plan santé utilisera une méthodologie où la priorité sera donnée à la participation et au consensus, à la fois par les professionnels de santé et les organismes sociaux. C'est précisément l'une de ses forces, puisque ce sont les citoyens qui nous indiquent ce dont ils ont besoin pour améliorer collectivement leur santé.

En parallèle, nous contrôlons et nous développons un cadre stratégique qui apportera au nouveau Plan santé les valeurs fondamentales qui guident les politiques de santé, et qui encouragera:

- la participation, l'information et la communication,
- des garanties durables,
- la protection, la prévention et la promotion de la santé,
- une attention particulière aux maladies chroniques,
- l'application de nouvelles technologies de la santé,
- l'égalité dans l'accès aux services de santé.

Dans le cadre du nouveau Plan santé, nous défendons notamment les objectifs généraux suivants:

- Développer une coopération intersectorielle en matière de politiques de santé, «la santé dans toutes les politiques», incluant différents domaines ou groupes pour améliorer la santé de notre population.
- Réduire les inégalités de santé et agir en faveur des personnes vulnérables en raison de leur statut social, notamment les enfants, les personnes âgées et les personnes dépendantes.
- Développer des manières plus efficaces de donner à nos citoyens davantage de possibilités de mener une vie en bonne santé, et de meilleurs niveaux de formations pour permettre aux patients de prendre soin d'eux-mêmes.

.../...

- Intensifier les activités de promotion de la santé pour encourager des comportements et un mode de vie sains.
- Faciliter la participation des citoyens dès les premiers stades de développement du Plan santé, en tenant compte de leur avis sur les besoins en santé pour guider nos actions futures.
- Intensifier le développement de nouvelles technologies de santé pour améliorer la gestion et l'aspect durable de notre système de santé et pour améliorer la santé de la population.
- Garder à l'esprit que la transmission d'informations fiables et de qualité de la part des administrations sanitaires doit être constante tout au long de la durée du Plan santé.
- Intensifier les soins de médecine générale en mettant l'accent sur la communauté et la famille et en adoptant une approche très intégrée.
- Intensifier la recherche sur la santé.
- Gérer l'intégration du système de santé valencien au sein du plan stratégique pour optimiser les synergies entre la planification en matière de santé et la gestion stratégique.
- Assurer une gestion intelligente des ressources financières disponibles dans le climat économique actuel.
- Accroître les traitements transversaux des maladies chroniques et améliorer l'efficacité des traitements curatifs, palliatifs et de rééducation.
- Promouvoir l'association des patients et leur connaissance de leur maladie afin qu'ils se sentent également responsables des soins.

#### 4.4 **Le Comté de Västra Götaland: rapport Marmot et hôpital d'Angered**

##### 4.4.1 **Plan d'action**

Les inégalités en matière de santé représentent l'un des principaux défis politiques dans la région du Västra Götaland. Une étude régionale a montré qu'environ 70 000 personnes âgées de 25 à 74 ans (soit environ 8 % de la population) étaient affectées par les inégalités en matière de santé. Cette même étude a montré que le taux de mortalité avant l'âge de 75 ans était inférieur d'un tiers chez les personnes les plus instruites par rapport à celles disposant un niveau d'éducation plus faible, et qui se situent toutes au même niveau. Potentiellement, il serait possible de réduire le nombre d'années perdues de 40 % environ.

C'est pourquoi l'exécutif régional a décidé en avril 2010 de lancer un projet afin de réexaminer les inégalités liées à la santé dans la région et de proposer un plan d'action pour y remédier. Cette tâche a été confiée au Comité pour la santé publique de la région.

La politique de santé publique en Suède se fonde sur le postulat que les décisions politiques peuvent influencer les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités de *répartition* des déterminants. Le projet du comité régional pour la santé publique suggère qu'un plan d'action visant à supprimer les inégalités de santé devrait:

.../...

- définir les décisions, les initiatives et les programmes qui seraient les plus susceptibles de réduire ces inégalités, compte tenu des connaissances et des expériences actuelles;
- en fonction de la politique régionale de santé publique, limiter les suggestions à un nombre raisonnable pour qu'elles soient plus facilement mises en œuvre;
- associer les municipalités et les ONG;
- s'inspirer d'initiatives similaires en cours de réalisation dans d'autres régions en Suède, ainsi que du travail de l'OMS et de l'Union européenne.

Certains domaines seront plus particulièrement étudiés. La pauvreté dans les foyers avec enfants est notamment considérée comme un élément très important, tout comme les opportunités durant la période préscolaire et scolaire. D'autres secteurs importants sont le chômage et le vieillissement en bonne santé.

Le plan d'action sera défini au sein d'un partenariat avec les municipalités, les collectivités régionales, les universités, les instituts de recherches et des ONG. Une collaboration est également prévue avec des collègues et des réseaux à l'étranger, tel que le réseau Régions-santé de l'OMS.

Le projet sera lancé en janvier 2011 et se conclura à la fin de l'année 2012. Une conférence sera organisée à l'automne 2011 afin de faire le point sur la situation.

#### 4.4.2 **Hôpital d'Angered**

L'hôpital d'Angered est un centre médical local spécialisé, qui est en construction dans le nord-est de la ville de Göteborg. Un nouveau bâtiment sera construit et livré en 2014. À ce jour, nous disposons de huit cliniques qui proposent des soins spécialisés et personnalisés dans des locaux temporaires. L'objectif global de l'hôpital d'Angered sera d'améliorer la santé de la population dans cette partie de la ville. Cette zone, considérée comme défavorisée, compte quatre quartiers pour un total de 95 000 habitants. Près de la moitié de cette population est constituée d'immigrants ou de réfugiés. Le taux de chômage y est plus élevé que dans d'autres régions de Suède et les revenus sont généralement faibles. La situation sanitaire de la région est médiocre: le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires, BPCO et cancer des poumons ou lié à l'alcool est considérablement plus élevé que dans le reste de la région. Des problèmes tels que l'obésité, le tabagisme, la sédentarité et le stress sont également plus fréquents dans cette partie de la ville.

Depuis le début de l'année 2007, l'hôpital d'Angered s'est imposé comme un centre hospitalier attractif, accessible et accueillant. Nous avons cherché à intégrer autant que possible la santé publique et l'épidémiologie.

Les principaux facteurs de succès ont été les suivants:

- Une évaluation complète des besoins afin de concevoir l'hôpital selon les besoins locaux.

- Un dialogue fructueux avec les habitants et les parties prenantes afin d'identifier les attentes. Nous avons également été en mesure d'obtenir des recommandations sur la manière d'agencer l'hôpital et de créer une atmosphère chaleureuse.
- La capacité à recruter du personnel qualifié et disposant de compétences culturelles. Actuellement, nos 127 employés parlent 22 langues.
- L'attention accordée au diagnostic et au dépistage. Les patients de l'hôpital d'Angered souffrent souvent de pathologies multiples (diabète, maladies cardiovasculaires, obésité, troubles du sommeil et tabagisme, par exemple). Les patients sont automatiquement dépistés pour d'autres maladies que celle pour laquelle ils consultent. Ils reçoivent également des informations générales sur la santé.
- La création de solutions flexibles pour améliorer l'accessibilité. Nous acceptons les accès directs et la prise de rendez-vous directement à la réception, sans contact préalable, ou par téléphone. Des consultations sans rendez-vous et des unités mobiles sont utilisées lorsque cela est possible. Nous avons également conçu les salles d'examen de manière à accueillir les proches et les interprètes. Enfin, des services de puéricultures sont aussi à l'étude.
- Un engagement fort en faveur de la santé publique, qui se traduit par des campagnes et des alliances stratégiques pour aborder les questions les plus importantes avec les habitants.
- La place donnée au marketing et à la communication, y compris par des adaptations culturelles de haut niveau (en termes de traduction et de canaux de communication) et l'utilisation des médias sociaux.
- La sensibilisation aux questions de santé parmi les professionnels et une structure formalisée pour intégrer certaines questions de santé lors des consultations (par exemple, parler du tabagisme avec chaque patient).

Les nombreuses actions entreprises pour associer la communauté ont permis à l'équipe du projet d'acquérir une meilleure compréhension de ce que souhaitaient les habitants de ces quartiers de Göteborg en matière de services de santé. Les conclusions principales sont que les citoyens veulent se sentir écoutés, que la communication avec les fournisseurs de services de santé doit être un échange (et non à sens unique), qu'ils veulent être traités sans stress et qu'ils souhaitent en savoir plus pour se soigner eux-mêmes. Le personnel de l'hôpital d'Angered suit des sessions de formation pour savoir comment instaurer une atmosphère plus chaleureuse. Ils se sont rendu compte qu'il est toujours possible d'en faire davantage pour améliorer l'expérience du patient. Ce travail s'est traduit en actions, de façon à donner la meilleure première impression possible aux patients. Par exemple, le comptoir de la réception n'est pas muni de vitres, et des tables basses et des chaises ont été mises à disposition afin de conférer une première impression de confort et d'accueil.

## 5. **Conclusions et recommandations politiques**

### 5.1 **À l'échelle de l'UE**

Selon nous, l'Union européenne pourrait et devrait aider les régions et les autorités locales à faire leur travail. Pour de nombreux citoyens européens, la région ou le gouvernement infra-national équivalent

.../...

est aujourd'hui la principale instance publique responsable des questions de santé. Les collectivités régionales sont chargées de la santé de leurs administrés. Nous pensons que l'UE peut précisément apporter de l'aide (*subsidium*) aux régions en les aidant à mieux se connaître les unes les autres.

Les régions européennes sont extrêmement différentes les unes des autres en termes de démographie, de taille, de géographie ou de conditions climatiques. Mais les régions et leurs systèmes de santé ont souvent des défis et des opportunités en commun. Elles peuvent mener une action plus efficace en améliorant leur connaissance les unes des autres. Les inégalités en matière de santé constituent sans aucun doute un domaine d'amélioration, et nous sommes convaincus que notre travail ne représente qu'une modeste contribution sur la voie d'une plus grande connaissance réciproque.

Pour l'Union européenne, il s'agit d'un travail de longue haleine, une tâche qui nécessite la participation active des régions.

Il est possible d'élaborer des outils pour améliorer la connaissance mutuelle, qu'il s'agisse d'un échange de bonnes pratiques ou d'analyses comparatives à grande échelle.

Notre conclusion semble correspondre au point de vue partagé par les 13 organismes qui ont répondu au questionnaire "Évaluation de l'impact territorial des actions de l'UE pour réduire les inégalités de santé" (22 avril 2009).

## 5.2 À l'échelle régionale

Nous devons savoir comment exercer au mieux notre rôle gouvernemental.

Cela signifie que nous devons être capables de rassembler, de traiter et d'évaluer soigneusement des informations. Mais cela signifie également que nous devons écouter la société dans nos propres régions ou dans nos groupes de gouvernements locaux.

C'est-à-dire que nous devons écouter les citoyens individuels, les familles, les communautés locales, les associations de personnes malades et leurs proches, le secteur du volontariat, les professionnels de la santé, les universités, les instituts de recherche, etc. L'importance prédominante des **connaissances concernant nos citoyens et de celles qu'ils nous apportent** et de leurs besoins est la première conclusion que nous pouvons tirer à l'échelle régionale.

La seconde conclusion issue de notre réflexion commune et des pratiques que nous avons partagées ici est que **nous devrions être capables de nous adapter à différents environnements géographiques et sociaux**. Certaines régions, qui ont des besoins spécifiques devraient faire l'objet d'un traitement particulier. Nous avons présenté ici deux situations très différentes: une zone urbaine complexe et une vaste région désertée. Nous ne pouvons pas espérer que les mêmes mesures fonctionnent dans deux environnements si différents. De ce constat peuvent naître des considérations plus générales en rapport avec la capacité de notre système de santé à faire face à des situations qui sont objectivement différentes en traitant les grandes inégalités qui peuvent en découler dans le cadre des services de santé.



Ce qui nous amène à notre troisième conclusion: **les réseaux de santé peuvent représenter une solution efficace** au problème des inégalités géographiques ou géosociales, potentielles ou effectives.

La mise en réseau implique de proposer un accès aux services au plus près des citoyens, mais aussi et surtout de proposer un accès de grande qualité. Avec un service organisé en tant que réseau, il n'y a pratiquement plus de différences entre un service de soins reculé ou un hôpital de ville.

Bien sûr, nous sommes conscients que les services de santé font partie des ressources sociales qui devraient permettre de promouvoir une bonne santé et une plus grande égalité, mais il reste probablement beaucoup à faire.

Ces conclusions ne doivent pas être considérées comme des approches différentes, mais comme des approches complémentaires.

Ainsi, nous pourrions:

- en premier lieu connaître les besoins,
- puis adapter les réponses selon les différences identifiées,
- et enfin construire des réseaux pour réunir ces réponses différenciées dans un service territorial de qualité.

Personne ne devrait être oublié, et surtout pas ceux qui sont les moins visibles ou les moins entendus.

### 5.3 Nos points de vue

Les inégalités en matière de santé:

- existent entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci,
- peuvent être réduites si la volonté (politique) existe,
- peuvent être combattues par des initiatives à différents niveaux, de la Commission européenne aux agences européennes et aux niveaux national, régional et communautaire, et passent par la nécessité de soutenir les motivations et l'engagement individuel et familial,
- peuvent être réduites avec de meilleures incitations, tant sur le plan individuel que familial et de la société locale, pour prévenir les problèmes de santé et promouvoir un mode de vie sain.

**Conclusion:** conformément au principe de **subsidiarité**, les différentes parties prenantes sont particulièrement bien équipées et disposent de compétences spécifiques pour aborder les différents aspects des problèmes liés aux inégalités de santé.

#### 5.4 Initiatives à entreprendre

- À l'échelle européenne, il est possible:
  - d'effectuer des mesures, des analyses, des activités d'analyse comparative et des rapports communs;
  - d'acquérir des connaissances au moyen de la recherche;
  - d'échanger les connaissances et les bonnes pratiques par le biais de publications, conférences, projets et réseaux de soutien;
  - de financer les initiatives susmentionnées et d'en assurer le suivi.
- À l'échelle nationale, il existe une grande marge d'action en matière de participation active aux initiatives de l'UE, telles que celles indiquées ci-dessus, et pour adapter ces initiatives aux nécessités, aux préférences et aux cultures nationales.
- À l'échelle régionale, plus proche de la population et qui disposent souvent d'un accès à un pouvoir politique fort et à des ressources utiles, les initiatives telles que celles décrites ci-dessus pourraient être mises en pratique, tout comme le suivi des progrès, la collecte d'information et le partage des expériences avec d'autres régions (comme la plupart des pratiques décrites dans ce document).
- À l'échelle de l'UE, encore plus proche des besoins des différents groupes de la population et dotée de la possibilité de reconnaître et d'évaluer ces besoins, des activités de soutien axées sur la réduction des inégalités de santé pourraient être mieux intégrées et mises en pratique de la meilleure manière possible (par exemple l'initiative Angered Närsjukhus, dans le comté suédois de Västra Götaland).
- "C'est en forgeant qu'on devient forgeron": agir tous ensemble, est une manière efficace et stimulante de progresser. Pour travailler sur un même problème, partager les différents points de vue et expériences est très gratifiant et représente une belle opportunité dans l'Europe actuelle. Contribuer au groupe de travail sur les "inégalités liées à la santé" dans le cadre du plan d'action du RMS a été une expérience particulièrement enrichissante qui peut être reproduite dans le domaine de la santé comme dans bien d'autres.

#### 5.5 Recommandations politiques au Comité des régions

Selon nous, le CdR pourrait notamment:

- contribuer à sensibiliser les citoyens de l'UE et les régions au principe de subsidiarité, dans sa forme tant horizontale que verticale;
  - demander à d'autres institutions européennes d'exporter ce concept dans le secteur de la santé, en prêtant une attention particulière à l'OMS, où il faudrait trouver le bon équilibre entre la subsidiarité et la direction en matière de soins de santé.
-

**Pour plus d'information, contactez:**

Réseau de monitoring de la subsidiarité

[subsidiarity@cor.europa.eu](mailto:subsidiarity@cor.europa.eu)  
[www.cor.europa.eu/subsidiarity](http://www.cor.europa.eu/subsidiarity)



UNION EUROPEENNE



**Comité des Régions**