

# Analyse des politiques de prévention des maladies non transmissibles dans la Fédération Wallonie-Bruxelles

## *Analysis of health policies to prevent non communicable diseases in the Wallonie-Brussels Federation*

**T. Gahungu<sup>1</sup>, Y. Coppieters<sup>1</sup> et L. Berghmans<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Centre de Recherche " Politiques et Systèmes de santé - Santé internationale ", Ecole de Santé Publique, ULB, <sup>2</sup>Observatoire de la Santé du Hainaut, Havré, Belgique

### RESUME

*Les maladies non transmissibles (MNT), par leur importante prévalence en augmentation et par leur impact en termes de coûts humains et financiers, représentent un problème de santé publique majeur. Prenant conscience de cette situation alarmante, la Communauté internationale a pris des engagements décisifs pour réduire l'avancée de cette épidémie du 21<sup>e</sup> siècle. Ces engagements ont été traduits en formulation de politiques nationales de prévention et de prise en charge des personnes affectées par ces maladies. En Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), des propositions de politiques de prévention et de promotion de la santé (PS) ont été formulées.*

*Cette étude, basée sur une revue de littérature et sur une approche qualitative, a comme objectifs de décrire les politiques de promotion et de prévention primaire et secondaire contre les MNT en FWB et de mettre en évidence les principaux défis et enjeux. L'enquête, de type qualitative, a eu lieu en FWB et a concerné 14 principaux acteurs choisis pour leur implication dans la formulation et la mise en œuvre de ces politiques. Il apparaît que la complexité institutionnelle belge, le manque de volonté manifeste des décideurs politiques dans les activités de prévention et de promotion de la santé, l'absence de politique structurée globale de prévention et de promotion de la santé et d'une structure de coordination, constituent les principaux obstacles à la mise en œuvre des programmes.*

*Rev Med Brux 2014 ; 35 : 476-82*

### ABSTRACT

*Because of their high prevalence and constant increase, and their impact in terms of human and financial costs, non-communicable diseases (NCD) represent an important public health issue. Recognizing this alarming situation, the international Community took decisive commitments to reduce the spread of this epidemic of the 21<sup>st</sup> century. These commitments have been translated in the national prevention and care policies. In the Wallonie-Brussels Federation (WBF), a set of health policies to prevent non communicable diseases was initiated. The objectives of the study were to describe, explore promotion and primary and secondary prevention against NCDs policies in WBF, to highlight the main challenges and issues, and to provide some recommendations to concerned actors. To achieve the objectives of this study, a literature review and a qualitative approach were used. Semi-structured interviews of key stakeholders were conducted in WBF. It involved 14 actors selected for their involvement in the formulation and implementation of these policies. It appears that the Belgian institutional complexity, the lack of willingness of policymakers in prevention and health promotion, the lack of a comprehensive structured policy of prevention and health promotion and an absence of any coordination structure are the main obstacles facing the formulation and implementation of these policies.*

*Rev Med Brux 2014 ; 35 : 476-82*

*Key words : non communicable disease, cardiovascular disease, cancer, prevention and health promotion policy*

## INTRODUCTION

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent depuis quelques décennies un important problème de santé publique dans le monde. Elles sont responsables chaque année de plus de 36 millions de décès, soit 63 % de tous les décès mondiaux et constituent ainsi la principale cause de mortalité. Les maladies cardiovasculaires sont responsables à elles seules de la plupart des décès par MNT, à savoir 17 millions de personnes chaque année. Elles sont suivies par le cancer (7,6 millions), les maladies respiratoires (4,2 millions) et le diabète (1,3 million)<sup>1-3</sup>. Si rien n'est fait, ces décès augmenteront de 17 % dans le monde au cours des dix prochaines années et pourront atteindre 49,7 millions en 2020 et 52 millions en 2030<sup>4</sup>.

Ces maladies ont des conséquences dévastatrices non seulement sur la santé des individus mais également sur l'économie des ménages et de la société d'autant plus qu'elles touchent en majorité les personnes dans leurs années les plus productives<sup>5,6</sup>.

La plupart des facteurs de risque sont communs et bien documentés, à savoir l'obésité, le tabagisme, la consommation abusive d'alcool, l'alimentation inadaptée et l'absence ou l'insuffisance d'activité physique. Ainsi, les MNT sont, pour la plupart, largement évitables<sup>1,2,7</sup>. Des phénomènes tels que le vieillissement de la population, l'urbanisation rapide et non planifiée et la mondialisation des modes de vie défavorables à la santé favorisent l'augmentation de l'ampleur de ces maladies<sup>5-7</sup>.

En Europe, les MNT concourent à près de 86 % des décès et à 77 % de la charge de morbidité, et ont un impact considérable sur les systèmes de santé, le développement économique et le bien-être d'une grande partie de la population<sup>6</sup>. La Belgique en général et la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) en particulier, ne sont pas épargnées par cette épidémie transfrontalière. En Belgique, les MNT étaient responsables en 2010 de 86 % de tous les décès : 35 % par maladies cardiovasculaires (MCV), 26 % par le cancer, 7 % par les pneumopathies, 2 % par le diabète et 16 % par les autres MNT<sup>8</sup>. Prenant conscience de cette situation alarmante, de nombreux pays dont la Belgique ont, sous l'égide de l'O.M.S. et des Nations Unies, pris une série de résolutions et ont formulé des stratégies sous-tendues par des politiques visant à réduire l'ampleur de ces pathologies et à lutter contre les facteurs de risque. L'objectif de cette étude est d'analyser les stratégies développées par la FWB en termes de politique de prévention primaire et secondaire des MNT. Cet objectif se fait à partir de l'identification des principales politiques, stratégies et actions qui sont menées, des acteurs-clés concernés et de l'analyse du niveau d'engagement des acteurs dans ces stratégies de prévention et de promotion de la santé.

## METHODOLOGIE

Cette étude a été menée sur base de 2 axes méthodologiques : une revue de la littérature et une approche qualitative par entretiens individuels. La revue de littérature s'est faite à partir de la base de données bibliographique PubMed\* en ce qui concerne la littérature scientifique. Les mots clés suivants: " *non communicable diseases* ", " *cardiovascular diseases* ", " *cancers* ", " *health promotion and prevention policies* " ont été utilisés. Cette recherche est complétée par l'analyse de la documentation grise (rapports, éléments non publiés) disponibles en FWB, en Belgique et auprès des acteurs en lien.

L'auteur et la date du document, la revue dans laquelle le document a été publié, la présence de marque d'authenticité, la provenance des données fournies par ce document, son accessibilité et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix d'articles et de documents à retenir.

L'approche qualitative par entretien semi-dirigé d'acteurs concernés s'est réalisée sur base d'un guide d'entretien. Les catégories d'acteurs choisies étaient les décideurs politiques tant du niveau fédéral que communautaire, les experts d'universités, les acteurs de terrain, des observatoires de la santé et du social, des associations sans but lucratif (asbl) et des organisations non gouvernementale (ONG), les prestataires de soins et les représentants d'associations de malades. Au total, 15 entretiens étaient initialement prévus pour espérer atteindre la saturation. Ils étaient ventilés comme suit : 3 au niveau des décideurs ou de l'administration, 3 experts d'universités et d'autres institutions concernées, 3 au niveau des observatoires, asbl et ONG, 3 prestataires et 3 aux niveaux des associations des malades. 14 personnes ont été finalement interrogées (tableau), 6 sont de sexe féminin (*sex ratio* de 1,3). Les entretiens se sont déroulés sur une période de 8 mois (août 2012 à avril 2013) et chaque entretien a duré en moyenne plus ou moins une heure. Tous les entretiens ont été enregistrés, après accord préalable des personnes concernées, puis retranscrits intégralement sous forme de comptes-rendus consignés dans un registre. Une autre recherche documentaire complémentaire a été effectuée après les entretiens pour compléter certaines informations ou les confronter aux informations contenues dans certains documents officiels.

\* Search details: (((non[All Fields] AND (" communicable diseases " [MeSH Terms] OR (" communicable " [All Fields] AND " disease " [All Fields]) OR " communicable diseases " [All Fields])) OR (" cardiovascular diseases " [MeSH Terms] OR (" cardiovascular " [All Fields] AND " diseases " [All Fields]) OR " cardiovascular diseases " [All Fields])) OR (" neoplasms " [MeSH Terms] OR " neoplasms " [All Fields] OR " cancers " [All Fields])) AND ((" health promotion " [MeSH Terms] OR (" health " [All Fields] AND " promotion " [All Fields]) OR " health promotion " [All Fields]) AND (" prevention and control " [Subheading] OR (" prevention " [All Fields] AND " control " [All Fields]) OR " prevention and control " [All Fields]) OR " prevention " [All Fields]) AND (" policy " [MeSH Terms] OR " policy " [All Fields] OR " policies " [All Fields]))

Tableau : Panel des entretiens.

Catégories	Sexe		Institution/acteur
	Masculin	Féminin	
Décideur politique/administration		x	Parlement de la Fédération Wallonie- Bruxelles
	x		Direction générale de la santé/FWB
Mutualité, Observatoire, fondation, ONG et/ou asbl	x		Mutualité socialiste
	x		Mutualité chrétienne
	x		Observatoire de santé et du social de Bruxelles-Capitale
	x		Observatoire de la santé du Hainaut
		x	Question santé asbl
		x	Ligue cardiologique belge
	x		Fondation contre le cancer
Experts		x	Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl
	x		Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)
Prestataire de soins		x	Fédération des maisons médicales
	x		Médecin privé
Association de malade		x	Cancer 7000 asbl

L'analyse des entretiens retranscrits s'est basée sur une grille d'analyse (figure) des principales composantes des politiques de promotion de prévention primaire et secondaire contre les MNT en FWB et de leur mise en œuvre. Elle comprend essentiellement cinq principaux éléments des politiques de santé, à savoir les politiques, programmes et plans ; les stratégies et activités ; les acteurs et les partenaires ; les bénéficiaires et l'organe et/ou les mécanismes de coordination.

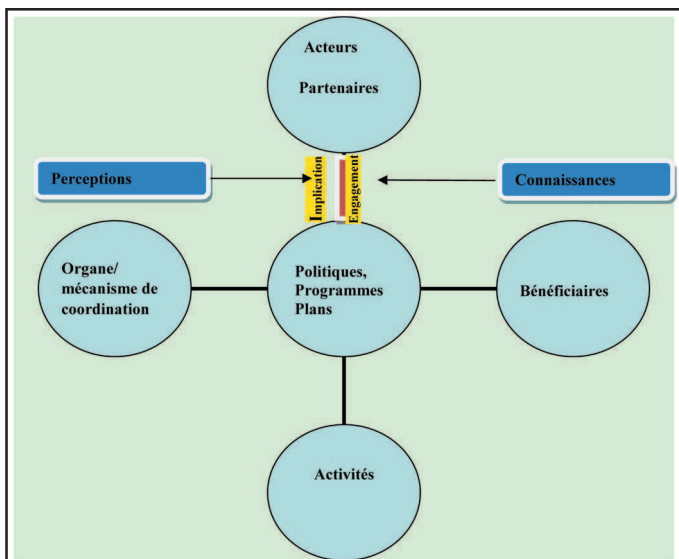


Figure : Grille d'analyse qualitative (inspirée de Walt G, Shiffman J, Schneider H et al. : *Doing health policy analysis : methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy Plan 2008 ; 23 : 308-17*).

## RESULTATS

- Les résultats sont structurés en quatre parties :
- l'état des lieux de ces politiques au niveau international, national (en Belgique) et local (FWB) ;
  - les caractéristiques des acteurs impliqués et leurs perceptions de cette problématique et des politiques en lien ;
  - l'appréciation des politiques et programmes mis en

- place dans le cadre de la prévention des MNT ;
- les enjeux et défis de ces politiques en FWB.

### Apport de la littérature

#### Etat des lieux de ces politiques

La prise de conscience de l'ampleur grandissante des MNT remonte au lancement de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous en 1979 par l'Assemblée mondiale de la Santé. Une autre étape décisive a été franchie en 2000, année où cette même Assemblée a adopté la résolution 53.17 dans laquelle elle a souscrit à la Stratégie mondiale de lutte contre les MNT<sup>7</sup>. Depuis cette année, plusieurs résolutions en faveur de moyens de mise en œuvre de la Stratégie mondiale ont été adoptées. On peut citer notamment la Convention-cadre de l'O.M.S. pour la lutte antitabac en 2003, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé en 2004 et la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en 2010.

La FWB, inspirée de la Charte d'Ottawa, a opté pour une optique de promotion de la santé (PS) qui a été officialisée par le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la PS en FWB. Ainsi, la PS a bénéficié d'un cadre qui définit le concept, organise ses modalités de programmation (programme quinquennal), agrée des services de soutien au niveau local (Centres locaux de promotion de la santé) et des services d'appui méthodologique (Services communautaires) et prévoit le financement de programmes d'action et de recherche. Les principaux programmes, politiques ou plans élaborés sont le Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française 1998-2003, le Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française 2004-2008, le Plan Communautaire Opérationnel et le programme intitulé Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaires et physiques pour les enfants et adolescents de la FWB. D'autres programmes et/ou

politiques ont été élaborés par le niveau fédéral avec une portée nationale : le Programme de dépistage des cancers (cancer du sein chez les femmes âgées de 50-69 ans et cancer colorectal pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans), le Plan de lutte contre le tabagisme et le renforcement de la loi interdisant de fumer dans les lieux publics, le Plan National Nutrition et Santé et le Plan cancer 2008-2010.

## Résultats de l'analyse qualitative

### *Caractéristiques des acteurs impliqués et leurs perceptions de la problématique*

Les acteurs impliqués sont multiples et variés. Ils sont organisés soit en institutions publiques, en asbl ou en fondations d'intérêts publics dont le champ d'action est soit local, régional/communautaire ou national. Les personnes interrogées estiment que bien que cette problématique soit une affaire de toute la communauté, certaines catégories spécifiques sont concernées au premier plan, à savoir les décideurs politiques et les autres élus à tous les niveaux, les autorités administratives et institutionnelles, les observatoires de la santé et du social, les associations de malades et les autres associations ayant comme champs d'action la lutte contre les MNT, les fondations et les autres organisations de la société civile, les enseignants, les professionnels de la santé et les citoyens eux-mêmes. Leurs objectifs concourent tous à la même finalité de réduire l'ampleur et les conséquences des MNT sur la santé publique. Leurs principaux objectifs sont orientés vers la prévention des MNT isolément (programmes verticaux) par des actions d'information, sensibilisation, formation et éducation du grand public en général et la population-cible en particulier (enfants, femmes, secteurs professionnels comme les médecins et autres professionnels de la santé, etc.). D'autres acteurs ont comme objectif de fournir une aide à la prise de décision par le monde politique à travers la collecte, l'analyse et la diffusion des informations utiles dans l'élaboration des politiques de santé. Leurs interventions sont dirigées vers toute la population en général et de façon spécifique vers certaines cibles comme les enfants, les femmes d'un certain âge, le public en difficulté et/ou en fragilité sociale, les professionnels de la santé, les décideurs politiques, les affiliés des mutuelles, etc.

Tous les répondants déclarent que les principaux facteurs de risque en FWB sont les mêmes que dans les autres contextes européens. Ils sont principalement représentés par une alimentation non équilibrée et une faible consommation de fruits et légumes, la sédentarité, le tabagisme, l'obésité, le stress lié à notre mode de vie, la pollution de l'environnement, le diabète, l'hypertension, le changement des habitudes alimentaires, les problèmes d'habitat insalubre et exigu et la prolifération illégale de bains solaires/instituts de bronzage ne respectant pas les normes. La majorité des répondants considèrent, comme groupes plus exposés, les populations socio-économiques défavorisées ainsi que certaines catégories d'âge, à

savoir les enfants et les personnes âgées. Les populations défavorisées, représentées par des personnes pauvres et précarisées (chômeur, famille à faible revenu), les analphabètes ou les moins éduqués, la population allochtone (marocaine, congolaise, etc.) et les personnes vivant seules, souffrent des conséquences d'inégalités sociales de santé. En effet, elles sont moins touchées par les campagnes de sensibilisation et de prévention, ont moins accès à l'éducation, à l'information et aux services de santé en raison des barrières financières et culturelles.

Concernant les types d'activités proposées par les répondants, il peut s'agir soit de tenir à jour et diffuser des données socio-sanitaires, d'organiser une campagne de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans, d'organiser des évaluations des programmes de dépistage, de mener des activités de plaidoyer et de lobbying " *Nous nous impliquons dans les lobbyings auprès des parlements ou au sein des réseaux européens. Au niveau belge, on a fait du lobbying dans la législation pour le tabac avec les distributeurs automatiques, la lutte contre le cancer en concertation (...)* " (Ligue cardiologique belge).

Les acteurs interrogés considèrent en majorité les MNT comme le problème de santé numéro un " *ces maladies prennent de plus en plus de grande ampleur. C'est le plus grand problème de santé de notre siècle* " (Fondation contre le cancer). On remarque que les acteurs, de par leurs déclarations, sont bien conscients que ces maladies peuvent être évitées ou réduites par des activités de prévention et de promotion de la santé. " *Si on se fait dépister à temps, il y a plus de chances d'être soigné ou en tout cas de prolonger la vie pendant une certaine période* " (asbl). Malgré cette potentialité des activités de prévention et de PS à relever le défi, la plupart des répondants regrettent le fait que les décideurs politiques ne leur accordent pas pleinement leur place et toute leur importance.

### *Appréciation des politiques et programmes mis en place dans le cadre de la prévention primaire et secondaire des MNT*

Par rapport à leur degré d'implication, la majorité des répondants estiment que les asbl, les ligues, les observatoires et les fondations ont conquis le terrain et ont pris de l'avance sur le politique. La majorité des répondants ajoutent aussi que les décideurs politiques ne s'impliquent pas assez et s'activent de façon sporadique. Ces derniers attachent plus d'importance à la partie curative et beaucoup moins à la prévention. Concernant l'implication des acteurs dans le processus de formulation et de planification des politiques et programmes de lutte contre les MNT, les répondants estiment n'être pas suffisamment associés. Concernant le niveau d'engagement des décideurs politiques en FWB, la plupart des répondants déclarent que la prévention ne représente qu'une priorité théorique dans les documents officiels et que dans les faits, elle est " *reléguée au second plan* ". Les acteurs interrogés reconnaissent cependant un certain nombre de



politiques et de programmes mis en place dont certains sont originaux " *En Belgique, il y a une loi concernant les bancs solaires qui n'est pas du tout mal positionnée par rapport à nos voisins (...)* " (asbl), et bien appréciés par les bénéficiaires. Cependant, ils déplorent un manque de plan structuré, de cadre institutionnel de pilotage et de coordination des activités des programmes de prévention en FWB et la lenteur dans leur mise en place.

#### *Défis et enjeux de ces politiques et programmes*

Les principaux défis et enjeux de ces politiques et programmes relevés sont de quatre niveaux :

- niveau politique/programme ;
- structure ou organe de coordination ;
- activités et stratégies ;
- défis et enjeux liés au contexte.

Le défi principal, c'est d'organiser une politique structurée globale de PS et de prévention en FWB " (...) *mon espoir est qu'il y ait une politique de prévention et de PS, principalement axée sur les MNT, qui se développe d'ici cette décennie-ci 2010-2020* " (Fondation) avec définition des stratégies efficaces et durables de son financement. Pour que cette politique soit efficace, il faut qu'elle soit sous-tendue par une vision à court, moyen et long terme avec une stratégie transversale. En effet, la prévention contre les MNT fait appel à plusieurs secteurs et domaines d'activités qui dépassent le seul secteur de la santé. " *L'autre défi et non des moindres, c'est de pouvoir coordonner tous les acteurs. Pour ce faire, on a besoin d'une structure de coordination pour canaliser toutes les interventions* ". Il faudrait redoubler d'effort dans la sensibilisation et dans l'éducation pour le changement de comportement de la population en général et des groupes les plus vulnérables en priorité. Il est primordial de continuer à organiser des activités de plaidoyer et de lobbying pour la mise en place de mesures contraignantes " *Parce que dire dans une école que les sodas ne sont pas bien pour la santé alors qu'il y a partout des distributeurs de sodas sans borne fontaine (...)* " (Administration) et vérifier l'efficacité des lois en vigueur.

Le financement de ces programmes reste problématique et limité " *Le budget prévention au niveau de la FWB est très réduit et (...) ils (les décideurs politiques) n'ont pas envie d'investir parce que premièrement les résultats c'est dans 10 ans, ce n'est pas dans l'année qui suit, et deuxièmement les résultats ne se verront pas chez eux (...)* " (Observatoire). " *Le défi, ça serait d'obtenir 1 % des dépenses de santé pour faire de la prévention (...). Ça reste le parent pauvre* " (Administration). En plus de ces campagnes de sensibilisation, il faut prévoir un programme d'aide aux fumeurs en assuétude (sevrage tabagique) et des mécanismes d'accompagnement des personnes dans des difficultés.

La structuration actuelle et les réformes institutionnelles de l'Etat font que la FWB n'a pas la

main mise sur tous les leviers pour changer les choses et n'a surtout pas d'incitant pour le faire " *Ce ne sont pas les mêmes qui décident, qui investissent et qui verront les résultats. Les résultats se verront en termes de réduction du coût des médicaments, d'hospitalisation, etc., au niveau fédéral alors que c'est la FWB qui a investi le peu des ressources dont elle dispose* " (Observatoire). Cette situation crée également un flou dans les limites de compétences des uns et des autres. La complexité institutionnelle et le légendaire système de concertation belges risquent de rendre le processus décisionnel long avec risque d'aboutir à des décisions incohérentes " *C'est lié à notre complication institutionnelle politique qui fait la faiblesse de notre pays. Par exemple, on a 7 Ministres de la santé, cela rend souvent nos politiques incohérentes et cela constitue un obstacle pour arriver à quelque chose* " (Fondation). Avoir une stabilité politique et une administration forte, compétente et soutenue constitue un autre défi. " *Si on avait une administration forte, cela donnerait une stabilité et une continuité au niveau des actions* " (Fondation).

Les autres enjeux sont d'ordre financier avec les lobbies industriels " *On le voit avec le scandale actuel de la viande de cheval (...), l'agro-alimentaire fait ce qu'elle veut (...). On ne sait pas ce qu'on mange avec les plats préparés* " (Observatoire). " *Tant qu'on laisse les marchés décider ce que nos enfants mangent (...), on est perdant.* " (Prestataire de soins). Un des répondants suggère qu'" *Il faut que l'Europe (...) mette encore plus de barrières. Par exemple, les précautions de traçabilité qui se font sur les produits frais doivent absolument être appliquées sur les produits manufacturés* " (Observatoire). Et pour favoriser la consommation des produits de bonne qualité, l'enjeu serait d'étudier la pertinence de taxer davantage les produits de moins bonne qualité nutritive en faveur de ceux de bonne qualité. Pour relever ces défis, il faut une réelle volonté politique et un engagement concret.

#### **DISCUSSION**

Le manque de coordination de cette multitude d'acteurs est une réalité dans ce domaine, renforcée par l'absence d'un véritable organe de coordination<sup>9-12</sup>. Le consortium constitué des sociétés " *Perspective Consulting* " et " *Efficiencies* ", auquel l'évaluation des dispositifs de Santé en FWB a été attribuée en juillet 2010, a fait également le même constat<sup>12,13</sup>.

La structure institutionnelle actuelle et la répartition des compétences entre les différents niveaux de pouvoir dont font mention les acteurs interrogés, ont été également soulevées comme problématiques par d'autres auteurs<sup>10,14</sup>. Cette fragmentation et cette dispersion des compétences en matière de santé entraînent un manque de cohérence et une difficulté de compréhension des actions de la FWB<sup>14</sup>. Si on parvient à mettre autour d'une table tous les acteurs concernés, on peut espérer renverser la tendance et rendre les politiques élaborées plus cohérentes et efficaces. Les acteurs se sentiront plus impliqués, plus

motivés et s'approprièrent les stratégies de prévention et de PS.

La littérature disponible met en évidence certaines expériences internationales dans la lutte contre le diabète par exemple, qui constituent des exemples de politique réussie. L'une des principales clés de leur succès est la collaboration et l'implication de tous les acteurs<sup>15</sup>. Aux Pays-Bas, le Ministère de la Santé a franchi une étape décisive dans la lutte contre le surpoids et l'obésité en instaurant une collaboration, un partenariat et un travail en synergie entre tous les acteurs<sup>14,17</sup>. Un autre exemple de politique réussie est celle initiée dans le cadre du projet " *North Karelia project* " qui consistait à lutter contre les MNT au Finlande. Il avait comme objectif d'influencer la consommation d'une alimentation équilibrée et d'encourager les attitudes saines pour la santé. L'organisation communautaire et sa forte participation ont été les principales clés de son succès, selon les auteurs. En effet, il a permis de réduire sensiblement le taux de mortalité par MCV de 73 % dans cette région et de 65 % dans tout le pays entre 1971 et 1995<sup>20</sup>. Si l'on peut considérer que des avancées remarquables ont été enregistrées dans certains domaines de la lutte en FWB, il n'en demeure pas moins que l'implication des acteurs à toutes les étapes de mise en place de ces politiques reste très souhaitable pour permettre leur appropriation et s'assurer de la pérennité des actions dans le temps. Kaczorowki *et al.* (2008), à l'issue de l'étude concernant les personnes âgées à risque de MCV, constatent que bien souvent, on oublie d'impliquer les ressources locales comme par exemple les organisations, les associations, les professionnels de santé, etc., et de concevoir la participation communautaire dans les programmes de PS<sup>19</sup>. Doumon et Libion recommandent de favoriser la multidisciplinarité des intervenants mais également de privilégier les collaborations et les synergies entre les différents secteurs (secteurs associatifs, politiques, socio-économiques, médicaux, paramédicaux, etc.)<sup>15</sup>. Ils mettent l'accent sur l'importance d'une meilleure coordination de tous les partenaires avec leur pleine participation et l'implication des bénéficiaires et ce, dès le démarrage du projet/processus<sup>15</sup>.

Le phénomène d'inégalité sociale de santé, soulevé par la plupart des répondants, constitue également une préoccupation du Conseil supérieur de la promotion de la santé<sup>20</sup>. L'une des conclusions des travaux de Drewnowski et Specter (2004) met en évidence que l'obésité et le statut socio-économique sont inversement proportionnels<sup>15</sup>. La plupart des acteurs agissent par intervention thématique mais on ne peut qu'encourager des approches intégrées et globales concernant tous les facteurs de risque. En effet, Muto *et al.* (2001), suite au programme de prévention des MCV chez les travailleurs (Japon), suggèrent qu'une telle approche des différents facteurs de risque offre une plus grande opportunité d'attirer les personnes à haut risque au travers de la diversité de l'offre d'activités et *in fine*, d'augmenter la participation voire l'adhésion du public-cible à un programme de

prévention<sup>21</sup> et la nécessité d'une approche globale et holistique<sup>15</sup>.

L'indisponibilité et les contraintes de temps des personnes à interviewer nous ont limités dans ce travail. Elles ne nous ont pas permis d'explorer tous les contours de la question. Il ressort de cette étude que la priorité est de mettre en place un cadre et un organe de coordination des activités de prévention et de PS pour renforcer l'impact des interventions en les décloisonnant et en assurant leur complémentarité, garante d'efficacité et d'efficience. Il est nécessaire de prioriser et de cibler les interventions d'efficacité démontrée, notamment la lutte contre le tabac et l'obésité chez les jeunes. En s'attaquant à ces deux problématiques, on a plus de chance de couvrir plusieurs pathologies à la fois (celles qui partagent les mêmes facteurs de risque) sans ressources additionnelles<sup>22</sup>. Un travail approfondi d'évaluation de l'état des lieux avec l'ensemble des acteurs est nécessaire pour déterminer le point de départ avant de fixer les orientations futures des politiques de prévention et de PS. Pour y arriver, un leadership de qualité, une réelle volonté politique et une souplesse nécessaire dans la démarche réflexive, c'est-à-dire une remise en question continue des pratiques que nous considérons comme définitivement acquises, sont nécessaires pour assurer un pilotage adéquat. Les stratégies doivent être intégrées, transversales et multidisciplinaires<sup>7,22</sup>. Des politiques mal pensées seront inéquitables et elles vont contribuer à augmenter les inégalités. Pour y remédier, certains pays ont adopté l'institutionnalisation et l'application systématique de l'outil d'évaluation d'impact en santé (EIS) avant toute décision politique. Cet outil est aujourd'hui largement utilisé au Québec dans le cadre de la réduction des inégalités sociales de santé. Il donne le pouvoir au Ministre de la Santé, en tant que conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Ainsi, le Ministre pourra vérifier l'impact sur la santé des projets de politique sur l'aménagement du territoire et des villes, sur la mobilité, la commercialisation des produits alimentaires manufacturés, le tabac, etc.<sup>23,24</sup>. Ce type d'approche, couplée à une meilleure coordination entre les différents niveaux de pouvoir et avec les acteurs non institutionnels, devrait être introduit dans notre contexte. Le développement de véritables stratégies d'action à moyen et long termes et la mobilisation des ressources appropriées pour les implanter sont indispensables pour construire une politique globale et efficace de lutte contre les MNT.

## Remerciements

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un mémoire du Master en Sciences de la Santé publique de l'École de Santé publique de l'ULB. Il est donc le résultat de différentes contributions tant au sein de l'ESP-ULB qu'avec certains de leurs partenaires.

Conflit d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. O.M.S. : Faits et chiffres sur les maladies non transmissibles. Consulté le 30 août 2012 [en ligne]. [www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/facts/fr/index1.html](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/fr/index1.html)
2. O.M.S. : Les maladies non transmissibles principales causes de décès dans le monde. Consulté le 30 août 2012 [en ligne]. [www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds\\_20110427/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/fr/index.html)
3. O.M.S. : Maladies non transmissibles, aide-mémoire n° 355, 2013. Consulté le 30 mars 2013 [en ligne]. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/index.html)
4. Murray CJL, Lopez AD : Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997 ; 349 : 1498-504
5. Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L : Chronic Disease : An Economic Perspective. Oxford Health Alliance 2006. Consulté le 2 mai 2013 [en ligne]. <http://www.sehn.org/tccpdf/Chronic%20disease%20economic%20perspective.pdf>
6. O.M.S. : Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Consulté le 2 mai 2013 [en ligne]. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/174628/e96638-Fre.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/174628/e96638-Fre.pdf)
7. O.M.S. : Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. Consulté le 2 mai 2013 [en ligne]. [whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242597417\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242597417_fre.pdf)
8. O.M.S. : Non communicable diseases Country Profiles, 2011. Consulté le 3 mai 2013 [en ligne]. [http://www.who.int/nmh/countries/bel\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/bel_en.pdf)
9. Moreau N, Leurquin MM, Collignon JL, Coppieters Y, Levêque A : Elaboration d'un cadastre des actions et projets de prévention et de promotion en santé cardiovasculaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Université libre de Bruxelles et Centre d'Education du Patient, avril 2007
10. Berghmans L : Investir 1 % du budget des soins dans la promotion de la santé. *Education Santé*, n° 272, novembre 2011. Consulté le 6 mai 2013 [en ligne]. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1423>
11. Berghmans L : La Charte d'Ottawa vue de Belgique : à la lumière d'une évaluation du dispositif de promotion de la santé. In : REFIPS (Réseau francophone international pour la promotion de la santé), 25 ans d'histoire : Les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones. Consulté le 28 juillet 2013 [en ligne]. [http://www.refips.org/files/international/Retombeescharteottawa\\_vf.pdf](http://www.refips.org/files/international/Retombeescharteottawa_vf.pdf)
12. Barbier C : Evaluation des dispositifs de santé en Communauté française : constats et recommandations. *Education Santé* 2010 ; 269 : 13-5
13. Perspective Consulting, Efficiencies : Evaluation des dispositifs de politique de santé en Communauté française de Belgique. 2011. Consulté le 1 juillet 2013 [en ligne]. [http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs\\_super\\_editor/dgs\\_editor/documents/Publications/Promotion\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_prevention/idb9CU.pdf](http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/idb9CU.pdf)
14. De Maeseneer J, De Roo L, Art B, Willems S, Van De Geuchte I : Intersectoral action for health in Belgium : a multi-level contribution to equity, 2007. Consulté le 2 juillet 2013 [en ligne]. [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/isa\\_multilevel\\_contribution\\_bel.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_multilevel_contribution_bel.pdf)
15. Doumont D, Libion MF : Quelles sont les " bonnes pratiques " en termes de stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire ? Université catholique de Louvain-RESO 2008 ; Séries de dossiers techniques 08-50
16. Van Den Hurk K, Van Dommelen P, Van Buuren S, Verkerk PH, Hirasig RA : Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997. *Arch Dis Child* 2007 ; 92 : 992-5
17. Renders CM, Halberstadt J, Frenkel CS *et al.* : Tackling the Problem of Overweight and Obesity : The Dutch Approach. *Obes Facts* 2010 ; 3 : 267-72
18. Pekka P, Pirjo P, Ulla U : Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention : from community intervention to national programme – experiences from Finland. *Public Health Nutrition* 2002 ; 5 : 245-51
19. Kaczorowski J, Chambers LW, Karwalajtys T *et al.* : Cardiovascular health awareness program (CHAP) : a community cluster-randomized trial among elderly Canadians. *Prevention Medicine* 2008 ; 46 : 537-44
20. Conseil Supérieur de la promotion de la santé : La réduction des inégalités sociales de santé, un défi pour la promotion de la santé. CSPS, avril 2011. Consulté le 3 juillet 2013 [en ligne]. [http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs\\_super\\_editor/dgs\\_editor/documents/Publications/Promotion\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_prevention/CSPSinegalites.pdf](http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/CSPSinegalites.pdf)
21. Muto T, Yamauchi K : Evaluation of a Multicomponent Workplace Health Promotion Program Conducted in Japan for Improving Employees' Cardiovascular Disease Risk Factors. *Prev Med* 2001 ; 33 : 571-7
22. Bonita R, Magnusson R, Bovet P *et al.* : Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases : a stepwise approach. *Lancet* 2013 ; 381 : 575-84
23. Mouctar Sow M : Politiques de réduction des Inégalités Sociales de Santé : Enjeux et défis : Analyse de trois expériences visant à réduire les inégalités sociales de santé. Mémoire de Master en santé publique, 2011. Ecole de Santé publique, Université libre de Bruxelles
24. Ministère de la Santé et des Services sociaux : Guide pratique : évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec. Québec : MSSS, 2006. Consulté le 4 juillet 2013 [en ligne]. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-01.pdf>

### Correspondance et tirés à part :

T. GAHUNGU  
Ecole de Santé publique, ULB  
Route de Lennik 808 CP 596  
1070 Bruxelles  
E-mail : gahungu.thierry@yahoo.fr

Travail reçu le 14 octobre 2013 ; accepté dans sa version définitive le 13 mai 2014.