

Vision, structure et financement de la prévention et promotion de la santé en Belgique

Svetlana Sholokhova — Service d'études

Avec l'aide précieuse de Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Jonathan Bouvy, Louise Lambert et Sofia Seddouk

Résumé

Malgré l'importance des actions en prévention et promotion de la santé pour la santé publique, leur place dans la politique de santé belge reste mineure. Premièrement, l'analyse de la structure institutionnelle montre qu'il s'agit de matières particulièrement éclatées pour lesquelles il semble difficile d'avoir une vision globale. Deuxièmement, sur le plan financier, à peine 2% des dépenses en soins de santé peuvent être qualifiées de dépenses en lien avec la prévention et la promotion de la santé. Par ailleurs, les évaluations de la performance du système de prévention montrent des résultats insatisfaisants sur plusieurs indicateurs de santé ainsi que l'existence de disparités importantes entre les régions. Tout cela pose question sur la vision de la santé qui anime les politiques de prévention et promotion de la santé aux différents niveaux de pouvoir et de sa cohérence interne. En effet, la vision large de la santé – qui ne réduit pas cette dernière à l'absence de maladie et qui prend en compte différents facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé de la personne – est une forme d'expertise et de connaissance qui se développe majoritairement dans les actions de terrain, les politiques nationales étant traditionnellement organisées autour des aspects médicaux de la gestion de la santé. Ceci peut expliquer en partie le peu de ressources mises à disposition du secteur de prévention et promotion de la santé par rapport au secteur curatif. Dans cet article, nous faisons un état des lieux du domaine de la prévention et promotion de la santé en Belgique en y portant un regard analytique au vu des enjeux de politiques de santé publique d'aujourd'hui.

Mots clés : Prévention, promotion de la santé, définition large de la santé, politiques de santé publique, dépenses de santé, santé dans toutes les politiques

1. Introduction

Dans le contexte actuel de la crise provoquée par la pandémie de COVID-19, l'importance de la prévention semble faire l'objet d'une (re)découverte au sein du champ politique¹. Le fait que très peu de place est accordé aujourd'hui à la prévention est devenu flagrant. On a découvert par exemple que la gestion du matériel de protection a été soumise au principe de rentabilité et confiée au système marchand : sa logique, guidée par les principes de flux tendu et de stocks zéro, était censée réguler les approvisionnements en matériel de protection, mais s'est révélée fondamentalement inadaptée au contexte de la crise sanitaire². De même, les discours médiatiques et politiques

en temps de crise ont laissé de côté les enseignements de la promotion de la santé et avec eux la prise en compte du poids des facteurs socio-économiques (comme le revenu, les conditions de vie et de travail, la situation familiale, etc.) sur le comportement des personnes³.

Cet article est le premier de la série d'études que la Mutualité chrétienne va consacrer au système de prévention et de promotion de la santé en Belgique. L'objectif de la présente étude consiste à répondre à une série de questions. Quelle est la place de la prévention et de la promotion de la santé

1. En témoigne par exemple le fait que la prévention constitue un des points centraux dans le nouvel accord de gouvernement passé en automne dernier, tant dans le cadre du plan sanitaire pour la gestion de la crise que dans la vision des soins de santé en général.
2. Voir par exemple Durand (2020) et de Decker (2020).
3. Voir par exemple la carte blanche des Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la santé (2020).

dans le système des soins de santé en Belgique? Est-ce que l'organisation institutionnelle actuelle et son financement permettent de déployer une politique de santé publique cohérente et efficace? En enfin, quelle compréhension de la santé guide les politiques de prévention et de promotion de la santé?

2. Prévention et promotion de la santé : différences et points de rencontre

La différence entre la prévention et la promotion de la santé passe parfois inaperçue. Il faut toutefois souligner que, dans la façon dont on affronte un problème de santé, nous pouvons (presque) toujours distinguer une dimension de prévention et une dimension de promotion de la santé. Tandis que la première consiste en une action qui vise à éviter une maladie ou ses éventuelles complications, la deuxième rend, pour ainsi dire, ces actions préventives possibles. Concrètement, si un examen radiologique de dépistage du cancer du col d'utérus est un acte de prévention, une campagne qui vise à attirer l'attention du public sur les risques de cancer du col d'utérus pour certains types de populations, sur l'importance de son diagnostic précoce et sur la possibilité d'avoir un remboursement pour le dépistage, est du ressort de la promotion de la santé.

2.1. La vision large de la santé de la promotion de la santé

Il serait néanmoins réducteur de penser que, comme l'acte de la prévention a besoin d'une promotion, la promotion de la santé serait à son tour impensable en dehors de la prévention. Autrement dit, le fait que la prévention soit habituellement accompagnée par des actions de promotion de la santé ne signifie pas que la promotion de la santé est elle-même une forme de prévention. Au contraire, cela indique que les outils de la promotion de la santé constituent la clé de la réussite de toute politique de prévention. La prévention médicale doit donc être conçue comme située au sein du champ de la promotion de la santé et non l'inverse.

La raison se trouve dans la vision de la santé qui anime les actions en promotion de la santé⁴. La santé est entendue ici dans un sens plus large que celui des actions en prévention médicale. En effet, au premier abord la santé peut être conçue dans son opposition à la maladie. C'est la perspective de la prévention médicale classique, où être en bonne santé signifie ne pas être malade (par exemple, ne pas avoir de cancer, être protégé contre les maladies transmissibles, et ainsi de suite). Or, on sait aujourd'hui que la santé ne se réduit pas à

une absence de maladie, mais dépend de différents aspects de la vie de la personne : physiques, psychiques, sociaux et environnementaux. C'est la perspective de la promotion de la santé.

Encadré 1

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

« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. » (Organisation Mondiale de la Santé, 1986)

Les actions en promotion de la santé abordent donc la personne dans sa globalité. D'où l'idée de la transversalité ou encore de l'intersectorialité comme approche privilégiée aux problèmes de santé (Fortin et al., 1994). En effet, puisque différents domaines tels que le logement, le travail, l'alimentation, etc. sont constitutifs de la santé au sens large, la promotion de la santé s'efforce de toujours les prendre en compte. Souvent, c'est uniquement grâce à cette approche transversale qu'on peut révéler certains problèmes, comme celui des inégalités sociales de santé en ce qu'elles ont un impact négatif sur la vie des personnes, qui resteraient invisibles tant qu'on ne croise pas l'état de santé avec les indices socio-économiques (Avalosse et al., 2019 ; Missinne, Avalosse, Luyten, 2019).

La vision large de la santé implique dès lors non seulement que le comportement des personnes est déterminé par des facteurs indépendants de la volonté de ces dernières et qui

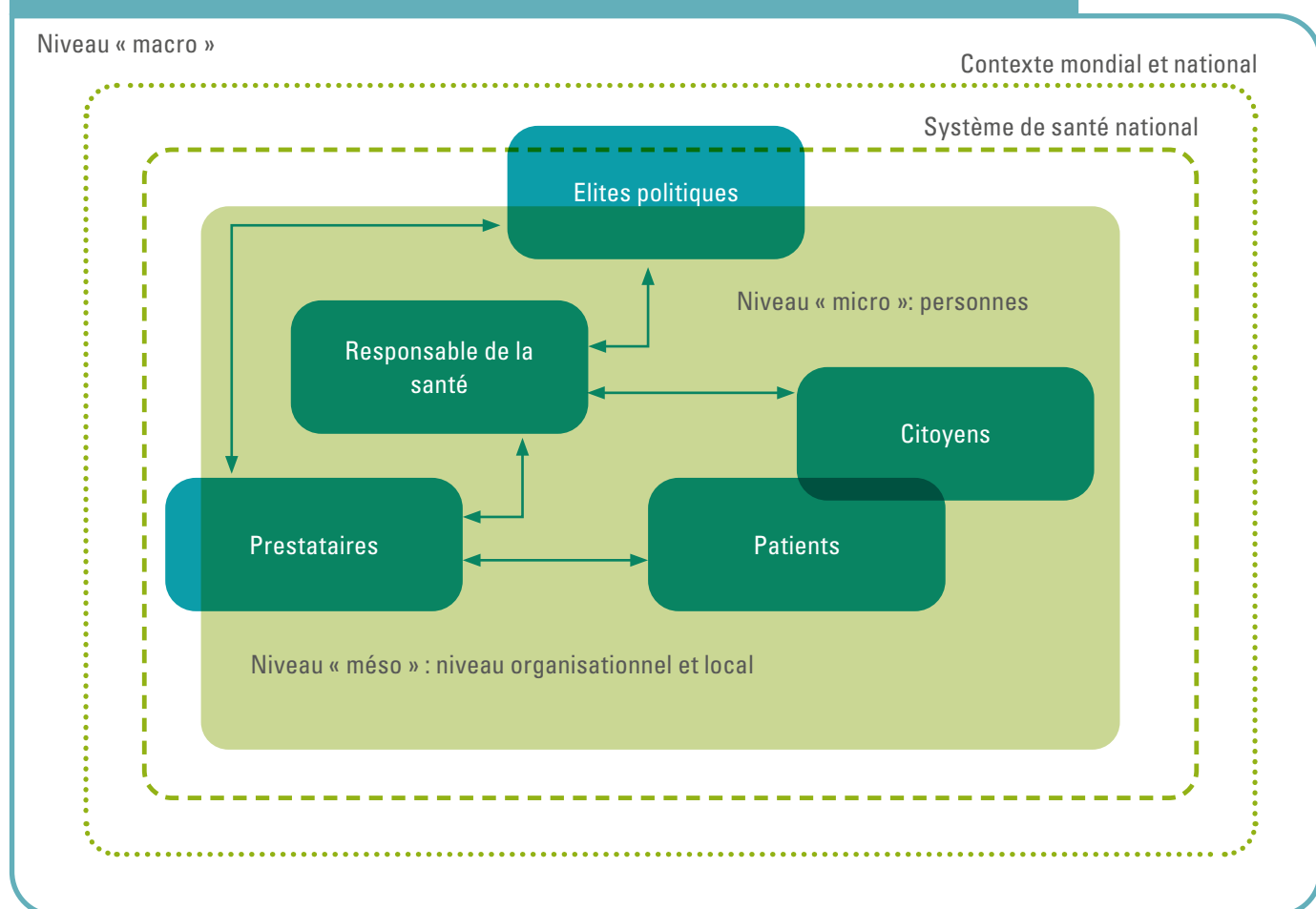
4. La vision large de la santé a été formulée lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé qui a eu lieu à Ottawa et où la Charte (connue aujourd'hui comme la Charte d'Ottawa) a été adoptée. Voir Encadré 1.

relèvent du contexte plus global, mais que ce comportement lui-même ne constitue qu'une des dimensions constitutives de la santé. Autrement dit, la santé doit être considérée non seulement sur le plan individuel (où on pourrait parler d'un comportement sain ou d'un comportement à risques), mais aussi sur le plan communautaire (où des liens sociaux peuvent par exemple être un facteur favorable pour la santé), ainsi que sur le plan global (où des décisions politiques nationales et internationales influencent directement la santé de la population). De même, les systèmes de santé opèrent sur trois niveaux « micro », « méso » et « macro » qui correspondent à ces trois plans de la santé (voir Figure 1).

Une autre conséquence importante de cette vision holistique de la santé est le fait que le public n'est pas perçu ici comme un simple réceptacle d'informations et destinataire d'initiatives,

mais comme un partenaire qui participe activement à l'action (Cornwall, 2008). D'une part, les informations et les initiatives doivent être construites de telle façon qu'elles puissent être reçues de manière efficace et positive par lui. D'autre part, personne ne sait mieux que les premiers concernés par un problème donné dans quelles conditions de vie ce problème se développe. Cela implique que le public soit reconnu dans son rôle d'expert au même titre que les experts classiques (le corps médical, les référents politiques, les scientifiques, etc.) (Grimaldi, 2010). Il s'agit d'une expertise dont l'importance consiste dans le fait de compléter, voire de remettre en question les données scientifiques⁵. Créer l'espace où ce type d'expertise pourrait être pris au sérieux s'avère donc nécessaire pour construire la connaissance sur la santé et mettre en place des actions concrètes⁶.

Figure 1 : Différents niveaux des systèmes de santé (source : Gilson, 2013, p. 22-23)



5. Un des exemples est l'apport du féminisme aux sciences médicales et notamment la remise en cause des essais cliniques conduits quasi exclusivement sur des individus de sexe masculin (Cf. Löwy, 2005).

6. En France, on parle de la « démocratie sanitaire », en Belgique on parle surtout de la santé communautaire et des démarches participatives (Scheen, 2018).

2.2. De la prévention médicale vers la prévention centrée sur la personne et sa santé globale

La conception large ou holistique de la santé peut être également utilisée pour repenser la prévention en dépassant sa conception classique.

Selon la représentation classique de la prévention, cette dernière se déroule de façon linéaire en passant par différentes étapes (Leavell, Clark, 1958 ; Bury, 1988). La première, prévention primaire, a lieu avant que la maladie ne se déclare (c'est le cas de la vaccination). La prévention secondaire vise la détection précoce d'une maladie (comme des dépistages). La prévention tertiaire a pour objectif d'éviter les complications d'une maladie. Enfin, la prévention quaternaire permet d'accompagner la fin de vie comme c'est le cas dans les soins palliatifs.

Nous voyons alors que le cadre médical est le seul à être pris en considération ici, tandis que d'autres dimensions de la vie de la personne, mais aussi le cadre plus général des soins de santé et notamment la relation entre le médecin et le patient sont laissés de côté.

Un modèle de la prévention basé sur l'idée large de la santé peut être visualisé comme un tableau à double entrée (voir Tableau 1) qui inclut à la fois le développement de la maladie

du point de vue de la science médicale (la frontière entre santé et maladie étant le diagnostic qui permet de déclarer que la personne est malade) et le ressenti de la personne (qui peut aussi évaluer son état de santé et se sentir bien ou mal) (Jamouille, 1986 ; Jamouille et La Valle, 2019). Un des objectifs de cette représentation est d'attirer l'attention sur la case IV — nommée ici à nouveau « prévention quaternaire », mais qui acquiert un sens plus large. Il ne s'agit plus uniquement des soins palliatifs, mais des situations où, malgré l'absence du diagnostic, la personne se sent malade.

L'importance de prêter attention à des situations où la personne rapporte son mal-être sans qu'un diagnostic ne soit posé tient aux risques que ces situations comportent. Le premier risque réside dans la surconsommation des soins qui peut en découler. La surconsommation pourrait être une conséquence des actions du médecin qui visent à soulager la souffrance de son patient à l'aide des moyens qui sont à sa disposition (des dispositifs forcément médicaux), mais qui pour différentes raisons ne correspondent pas à l'objectif recherché⁷.

Le deuxième risque des situations où la personne rapporte son mal-être sans qu'un diagnostic ne soit posé est, au contraire, la sous-consommation des soins. En effet, même si la personne n'est pas diagnostiquée comme malade, cela ne veut pas nécessairement dire qu'elle n'est pas malade.

Tableau 1 : Quatre définitions de la prévention
(source: Jamouille et La Valle, 2019)

		Médecin	
		Pas de maladie	Maladie
Patient	Se sent bien	<p>Prévention I</p> <p>Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (ex. : vaccination)</p>	<p>Prévention II</p> <p>Action menée pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression (ex. : dépistage de l'hypertension)</p>
	Se sent mal	<p>Prévention IV</p> <p>Action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement acceptables</p>	<p>Prévention III</p> <p>Action menée pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'une personne ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique (ex. : prévention des complications du diabète) inclut la réhabilitation</p>

7. On constate en effet des tendances vers la surconsommation dans différents domaines des soins de santé comme dans la consommation des antibiotiques qui semblent être prescrits également pour des cas où leur administration n'est pas nécessaire. En Belgique, la consommation d'antibiotiques reste plus élevée que la moyenne européenne (2,5 fois plus grande que dans les pays voisins du Nord). Voir à ce sujet les études de Leroy, Christiaens, Maertens de Noordhout, et Hanquet (2019) ; Devos et al. (2019) ; Van Haecht, Callens, Ntahanganyira, et Morel (2019).

Cela pourrait être le signal d'une détérioration de son état de santé qui dépend de facteurs non médicaux qui risquent donc de rester inaperçus des actions de prévention classique orientées uniquement sur les facteurs médicaux⁸.

Dans les deux cas, il s'agit d'un décalage entre le savoir médical sur l'état de santé de la personne (qui n'est pas considéré comme malade) et l'appréciation de sa santé par la personne elle-même (qui se sent mal). Pour dépasser ce décalage et identifier ce qui fait que la personne ne se sent pas bien et qui la pousse vers la sur- ou, au contraire, la sous-consommation des soins de santé, il est nécessaire de prendre en compte d'autres domaines de santé que ceux qui sont proprement médicaux et donc de faire appel au concept large de la santé.

Nous pouvons donc observer que, d'une part, la prévention et la promotion de la santé doivent être distinguées l'une de l'autre. Ceci est nécessaire notamment pour apprécier la spécificité du travail qui se fait en promotion de la santé et la vision large de la santé qu'elle défend ainsi que pour ne pas occulter les inégalités de santé qu'elle met en avant. Mais d'autre part, il faut tenir ensemble la prévention et la promotion de la santé en ce que ces deux secteurs constituent, ensemble, le pendant du secteur curatif. Ceci est nécessaire pour souligner l'effet que le travail en prévention et promotion de la santé peut avoir sur les soins curatifs en termes de réduction de l'impact de certaines maladies. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons décidé dans cet article d'étudier à la fois la prévention et la promotion de la santé.

3. Structure institutionnelle du domaine de la prévention et de la promotion de la santé

Penchons-nous maintenant sur la façon dont la prévention et la promotion de la santé sont organisées dans le cadre institutionnel belge. En vertu l'article 5 §1, I, al.1, 2° de la Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, ce sont les Communautés qui disposent des compétences concernant l'« éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive ». À la suite de la 6^e réforme de l'État, ces compétences ont été élargies par le transfert du fédéral vers les entités fédérées des compétences qui étaient exercées, voire « usurpées »⁹, par l'Autorité fédérale au titre de compétences résiduelles (article 5 de la nouvelle Loi spéciale

de réformes institutionnelles (LSRI, § 1, 8°)). Ce transfert ne concernait pas les compétences qui relevaient de l'assurance obligatoire maladie-invalidité et de la définition des mesures prophylactiques nationales dont l'État fédéral demeure responsable (art. 5 LSRI, § 1, 8°). En effet, il faut tenir compte du fait qu'institutionnellement les compétences en prévention et promotion de la santé sont souvent inscrites au sein d'autres compétences et dépendent donc du niveau auquel ces dernières se trouvent. Ainsi la prévention fait partie de la compétence santé, mais aussi d'autres compétences gérées à la fois au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées.

3.1. Le niveau fédéral

Les mesures prophylactiques nationales couvrent plusieurs sphères. La première est celle de la santé publique. Nous pouvons ici distinguer : la gestion des équipements médicaux (et notamment de l'aide médicale urgente, mais aussi les dotations au Centre fédéral d'expertise des soins de santé — KCE); la gestion de crise, notamment « au cas où une pandémie aiguë nécessiterait des mesures urgentes » (Sénat de Belgique, 2013); le soutien au service administratif s'occupant de la reconnaissance des accidents de travail et des maladies professionnelles ; et enfin la politique scientifique (qui inclut notamment le soutien à l'Institut scientifique de santé et à l'Institut Pasteur). L'État est également responsable de la prévention dans la sphère du travail, notamment dans la gestion des risques liés aux accidents graves, menée par la Direction générale Centre de Crise du SPF Intérieur, et des actions en prévention des accidents graves, avec le soutien du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Certains aspects liés aux affaires étrangères et internes sont aussi du ressort de la prévention, comme le soutien accordé à la protection contre le rayonnement ionisant.

La gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constitue le deuxième plan sur lequel l'État exerce ses compétences en prévention. Cela inclut le remboursement des prestations de santé en médecine préventive, certains actes techniques et notamment les frais de laboratoire, ainsi que le remboursement de certains médicaments. Il s'agit ici des dépistages pour différents types de cancer et maladies transmissibles, vaccins, mais aussi les soins préventifs dentaires, etc. L'assurance obligatoire soutient également des actions nationales en promotion de la santé qui accompagnent ces actes de prévention. Ainsi,

8. On constate en effet qu'une partie de la population belge se trouve aujourd'hui dans une situation de sous-consommation ou de report des soins de santé pour des raisons de leur inaccessibilité financière, du manque d'information adaptée, etc. Ainsi, dans le domaine des soins dentaires, on constate que tandis qu'« il est préférable que tout individu aille au moins une fois par an chez le dentiste pour des soins préventifs... près de 22% des BIM sont allés chez le dentiste en 2017 contre 40% pour les non-BIM » (Vandeleene et Lambert, 2019). Malgré l'évolution qui peut être observée (notamment pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, en 2007 seulement 12,5% des membres BIM avaient vu le dentiste pour des soins préventifs), les chiffres demeurent insuffisants.
9. «...[L]'objectif principal est sans doute que l'autorité fédérale respecte désormais la répartition des compétences déjà en place en matière de soins de santé préventifs et n'élabore plus de nouveaux instruments financiers pour accéder indirectement à ces compétences » (Van Nieuwenhove, 2015, p. 290).

une portion de la partie variable des frais d'administration des mutuelles est financée pour la mise en œuvre de missions en prévention et promotion de la santé. Cela inclut des campagnes sur la vaccination, la santé bucco-dentaire, l'usage des antibiotiques, etc. qui sortent donc du cadre de missions financées en termes fixes (Pacte d'avenir avec les organismes assureurs, 2016).

3.2. Le niveau régional

Suite à la 6^e réforme de l'État, chaque entité fédérée s'est chargée de déployer sa propre politique de prévention et de promotion de la santé, qui varie donc d'une région à l'autre. Au cœur des différences se trouve la façon dont chaque région est organisée. Ainsi, en Flandre, à la différence des autres régions, le pouvoir régional et le pouvoir communautaire sont gérés par une seule administration. Pour les francophones, un transfert des compétences complémentaires a eu lieu de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Région Bruxelles-Capitale et la Région wallonne¹⁰. Ce transfert n'a toutefois pas été complet, car il ne concernait pas les domaines comme l'enfance et l'enseignement, au sein desquels on retrouve également des compétences en prévention¹¹.

3.2.1. Région flamande

L'amélioration de la qualité de la vie de chacun est au centre de la politique de la prévention et de promotion de la santé de la Région flamande. Cette politique est pilotée par l'Agence Soins et Santé (Agentschap Zorg & Gezondheid) selon les objectifs de santé déterminés par un plan stratégique (Agentschap Zorg & Gezondheid 2016) qui, tous les cinq ans, propose des lignes directrices dans les domaines du bien-être, de la santé publique, de la famille et de la réduction de la pauvreté. Parmi les objectifs de santé, on retrouve : plus de personnes ayant une activité physique et un poids sain ; moins de fumeurs, de consommateurs de drogue et d'alcool ; des personnes plus résistantes ; moins d'accidents dans la sphère privée ; davantage de personnes participant au dépistage du cancer dans la population ; une politique de vaccination de qualité¹². Afin de mettre en œuvre ces objectifs, l'Agence Soins et Santé travaille en collaboration avec les services publics

locaux (Logo's), des organisations partenaires expertes en domaine de prévention (différents instituts, Kind & Gezin, Sciensano, Freeclinic, etc.) et différents acteurs de terrain. Le Décret relatif à la politique de santé préventive (Communauté flamande, 2003) règle la matière communautaire et régionale.

3.2.2. Région wallonne

En Wallonie, c'est la nouvelle Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) qui est devenue, suite à la 6^e réforme, l'administration compétente pour traiter la matière de la promotion de la santé¹³. Un décret relatif à la promotion de la santé a été adopté en 1997 (modifié ensuite en 2003) et prévoit notamment le travail selon un Plan de promotion de la Santé qui définit les orientations stratégiques en matière de prévention et promotion de la santé. Le dernier plan de 2017 a pour l'horizon 2030 et vise à « contribuer à l'amélioration de l'état de santé de toutes les Wallonnes et les Wallons grâce à un dispositif solide et durable » (Gouvernement wallon, 2017, p. 4). Ce plan est construit autour d'objectifs transversaux (tels que la promotion de la santé dans toutes les politiques, la lutte contre les inégalités sociales de santé, la participation citoyenne, le travail en réseau, l'environnement favorable à la santé, la perspective durable et innovatrice, etc.) et d'objectifs thématiques (la promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé, d'une bonne santé mentale et du bien-être global, la prévention des maladies chroniques, des maladies infectieuses et des traumatismes).

3.2.3. Région de Bruxelles-Capitale

Sur le territoire de la Région Bruxelles-Capitale, les compétences en matière de prévention et promotion de la santé sont partagées entre trois institutions en fonction de la communauté à laquelle elles s'adressent : la Commission communautaire francophone (Cocof), la Commission communautaire flamande (VGC), et la Commission communautaire commune (Cocom) qui s'occupe des domaines considérés communs à toute la population bruxelloise.

Pour la population francophone de Bruxelles, c'est le Décret adopté par la Cocof en 2016 qui règle cette matière. Afin de l'opérationnaliser, un Plan de la Promotion de la Santé

10. Il s'agit des décrets adoptés en 2014 à la suite de l'accord, connu comme l'accord Saint-Emilie, intitulé « Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales ».

11. Art. 3, 6^e, e) du Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (Cf. Dekleermaker et Losseau, 2015).

Un des principes derrière le partage des compétences entre la Région wallonne et les communautés est le suivant : tandis que les actions menées par les communautés s'adressent à un public spécifique, les actions menées par la région s'adressent à l'ensemble de la population (Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, 2017, p. 6). Et c'est suivant ce même principe que c'est bien aux régions que revient le soutien financier, méthodologique et politique du secteur associatif actif dans les domaines de prévention et promotion de la santé via les différents administrations ou organismes d'intérêt public.

12. <https://logobrussel.be/content/over-logo-brussel>

13. Décret du 3 décembre 2015 relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles usuellement dénommée l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) et qui s'articule autour de 3 branches : la branche Bien-être et Santé, la branche Handicap et la branche Famille.

a été adopté pour une durée de cinq ans (Gouvernement francophone bruxellois, 2018). Ce plan détermine la politique de promotion de la santé qui vise le bien-être de la population et la réduction des inégalités sociales de santé, à savoir les objectifs d'action prioritaires (définis en fonction des publics cibles, des stratégies d'actions, des déterminants sur lesquels il faut agir, etc.) et différents dispositifs qui permettent d'atteindre ces objectifs, comme l'instance de pilotage, les services supports, la section Promotion de la santé au sein du Conseil consultatif qui joue le rôle d'organe d'avis du secteur, mais aussi des acteurs de terrain et des réseaux soutenus et financés par la Cocof¹⁴.

Du côté de la VGC, c'est le service public Lokaal Gezondheidsoverleg (Logo) qui sert de plateforme pour les différents services publics et organisations qui s'occupent de la promotion de la santé. Son travail vise à réaliser sur le territoire bruxellois les six objectifs de santé déterminés par le gouvernement flamand dont nous avons parlé plus haut. Le Logo appuie les acteurs de terrain bruxellois en termes de soutien, d'information et de méthodologie de travail.

La Cocom construit sa politique de prévention et promotion de la santé dans le cadre du Plan Santé Bruxellois (Commission communautaire commune, 2019). Les compétences de la Cocom concernent la vaccination de la population adulte, l'organisation des dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal, les soins palliatifs, la santé sexuelle et reproductive, la réduction du tabagisme et les assuétudes. En outre, la Cocom est responsable d'organiser des campagnes d'éducation, d'information et de prévention relatives à la promotion de la santé par et dans la pratique du sport. C'est également au sein de la Cocom que l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale est situé et que le projet Brussel ville santé est soutenu.

3.3. Le niveau communautaire

3.3.1. Fédération Wallonie-Bruxelles

Comme nous l'avons mentionné, la communauté française demeure compétente en matière de prévention et promotion de la santé, notamment en lien avec l'enfance et l'enseignement. Via l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), la Fédération Wallonie-Bruxelles exerce ses compétences auprès des enfants et leurs parents (vaccinations, dépistage de la surdité chez les nouveau-nés, santé bucco-dentaire, etc.). C'est également à la communauté

française que reviennent les compétences en promotion de la santé à l'école via le soutien des services de promotion de la santé dans le milieu scolaire et des Centres Psycho-Médico-Sociaux. La Fédération Wallonie-Bruxelles gère aussi le contrôle médico-sportif ainsi que l'organisation d'actions de terrain en lien avec la médecine préventive (vaccinations, organisation des dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal, prévention assuétude, éducation sexuelle, etc.).

3.3.2. Communauté germanophone

À la différence de la communauté française, la communauté germanophone n'a pas partiellement transféré ses compétences en matière de prévention et promotion de la santé à la Région wallonne. Ainsi, c'est le Ministère de la Communauté Germanophone qui s'occupe du suivi de ces matières qui couvrent les diverses thématiques de santé (cancer de l'intestin et de l'utérus, vaccinations, alimentation, activité physique, assuétudes, prévention santé dentaire, etc.). Kaleido – DG Centre pour le développement sain des enfants et des adolescents – constitue un équivalent de l'ONE et propose un soutien pluridisciplinaire dans le cadre de la famille et de l'école aux enfants et leurs parents avec un accent sur le développement harmonieux (examens médicaux, vaccinations, guidances concernant le bien-être et le développement psychique, social, scolaire et physique des enfants, etc.).

3.3.3. Communauté flamande

La communauté flamande exerce ses compétences par la même administration que la Région flamande dont nous avons parlé dans la partie 3.2. du présent article.

3.4. Éclatement et articulations

L'analyse de l'organisation institutionnelle montre que la prévention et promotion de la santé sont des matières particulièrement éclatées¹⁵. Prenons comme exemple le dépistage du cancer du sein. La procédure de la mammographie est couverte par l'assurance obligatoire maladie-invalidité gérée au niveau fédéral. Mais ce sont les régions qui sont responsables d'organiser les programmes des dépistages et de sensibilisation sur leurs territoires. Néanmoins, le mammothest gratuit est également proposé par certaines communautés, comme la Fédération Wallonie-Bruxelles qui déploie donc son propre programme à ce sujet. À cela, il faut ajouter que la mammographie dans le but

14. À partir de mars 2020, c'est le nouveau plan unique pour la région bruxelloise *Brussels takes care* qui est censé couvrir le domaine de la promotion de la santé. L'objectif du nouveau plan est de fusionner le Plan bruxellois de santé, le Plan de la lutte contre la pauvreté et le Plan de la promotion de la santé.

15. Notons qu'avant même la 6e réforme de l'État, les entités fédérées disposaient déjà de certaines compétences en prévention et promotion de la santé qui faisaient partie d'autres domaines. Le morcèlement des compétences n'est donc pas le produit uniquement de la 6e réforme de l'État. Pour l'histoire institutionnelle de la promotion de la santé, voir le texte de Bantuelle (2013).

préventif peut se faire également de façon individuelle (la mammographie dite opportuniste) suite à la prescription par le médecin généraliste ou la gynécologue, sans donc faire partie du programme de dépistage organisé¹⁶.

L'éclatement des compétences reflète, premièrement, le découpage de la compétence santé pour laquelle la Belgique compte aujourd'hui neuf ministres (Clevers, 2020). Deuxièmement, d'autres ministères (sur les trois niveaux : fédéral, régional et communautaire) disposent d'éléments de compétences en prévention et promotion de la santé. Nous voyons qu'il n'existe pas de coupole qui permettrait d'avoir une vision globale de la prévention et de la promotion de la santé sur le territoire belge¹⁷. En effet, prévention et promotion de la santé sont considérées aujourd'hui avant tout comme des matières personnalisables en ce qu'elles touchent étroitement à la vie des personnes. Ainsi, sauf s'il s'agit des prestations médicales dans un but préventif, ou des actes médico-techniques préventifs, ou encore des actions à destination de la population prise dans sa globalité, cela ne fait pas partie du scope national. Malgré cette logique de partage entre les différents niveaux de pouvoir, la structure institutionnelle se complexifie par la différence des approches qui semblent être privilégiées aux différents niveaux de pouvoir (voir Tableau 2).

Nous pouvons ainsi observer quelques tendances dans la façon dont la santé est entendue sur les différents niveaux. Ce sont avant tout les acteurs de terrain soutenus au niveau régional ou communautaire qui travaillent sur base de l'idée de la santé entendue dans le sens large. Les actions qu'ils mettent en place ne se limitent pas à des approches thématiques, mais se déploient de façon transversale afin de prendre en compte les différents facteurs sociaux, économiques et environnementaux et se font au plus près du public concerné

et avec sa participation. En revanche, au niveau fédéral, la santé semble être souvent réduite à l'absence de maladie avec l'attention dès lors accrue à la prévention médicale (nous y reviendrons plus en détail dans la partie suivante). Les actions directement gérées par les administrations régionales et communautaires concernent davantage les programmes de dépistage ou de vaccination et donc la prévention médicale.

Quelques questions s'imposent dès lors : quel serait l'impact de la difficulté d'avoir une vision globale et partagée sur une politique de prévention et de promotion de la santé à l'échelle du pays? Ou encore, comment envisager une articulation efficace entre les différents niveaux de pouvoir dans le cas où cette articulation s'avérerait nécessaire, voire urgente, comme dans le cas d'une crise comme celle que nous traversons actuellement?

4. Financement de la prévention et de la promotion de la santé en Belgique

4.1. Combien dépense-t-on pour la prévention et la promotion de la santé en Belgique ?

L'éclatement des compétences a un impact direct non seulement sur la politique, mais aussi sur le financement de la prévention et de la promotion de la santé. Vu l'implication des différents niveaux de pouvoir, les types de financement sont multiples et variables notamment entre les entités fédérées. Cela pose par ailleurs un véritable problème quand il s'agit de calculer le volume de dépenses consacrées à la prévention et à la promotion de la santé en Belgique.

Tableau 2 : La nature des actions en prévention et promotion de la santé, par niveau de pouvoir

Niveau de pouvoir	État fédéral	Entité fédérée
Approche privilégiée	Approche par thématiques de santé (maladies transmissibles, cancers, etc.)	Approche par thématiques de santé et thématiques transversales (littératie en santé, santé des personnes migrantes, petite enfance, etc.)
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Remboursements par l'assurance obligatoire - Mesures prophylactiques nationales 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des programmes de prévention (dépistages, etc.) - Soutien aux acteurs de terrain

16. L'éparpillement des compétences a un impact négatif à la fois sur la prévention et la promotion de la santé. Voir par exemple la description de cet impact sur le domaine de la petite enfance dans l'article de Gillard (2020).

17. Afin d'assurer la concertation et coopération entre l'État fédéral et les entités fédérées, des accords ont été conclus et ont été concrétisés lors des comités spécialisés réguliers dénommés « Conférences interministérielles ». Ainsi, la prévention et la promotion de la santé ont fait l'objet de l'« Accord entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 de la Constitution en matière de prévention » (2016).

Selon les estimations du SPF Sécurité Sociale, pour 2018, la part des dépenses consacrées à la prévention dans les dépenses totales de santé en Belgique s'élevé à 1,7% (voir Figure 2). Cette dernière proportion contraste fort avec les pourcentages de dépenses consacrées à d'autres fonctions, que ce soit les soins curatifs et de réadaptation dispensés dans les hôpitaux (29,5%), les soins fournis aux patients qui n'ont pas été admis à l'hôpital (entre autres les visites à domicile des médecins) (26,2%), les soins de longue durée (22,6%) ou encore les médicaments et dispositifs médicaux (16,5%) en dehors des hôpitaux.

Si l'on met ces dépenses en rapport avec le PIB de la Belgique, les dépenses consacrées à la prévention représentent 0,17% du PIB (sachant que les dépenses totales de santé constituent 10,3% du PIB).

Le calcul réalisé par le SPF Sécurité Sociale suit la méthodologie du *System of Health Accounts* (SHA - également connu sous le nom de « Comptes de la santé »), « un cadre méthodologique dans lequel les pays font des estimations comparables au niveau international, et qui est utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Office statistique de l'Union européenne (Eurostat)»¹⁹. L'avantage de ce modèle de calcul consiste en ce qu'il permet de comparer l'état des dépenses de santé en Belgique avec celui d'autres pays qui suivent la même méthodologie de calcul. En consultant des rapports de l'OCDE, nous pouvons notamment voir que les dépenses qui concernent la prévention en Belgique sont en dessous de la moyenne européenne — 3,1% (OECD, 2019, p. 10). Plus précisément, les dépenses belges en prévention sont plus basses que les dépenses de l'Allemagne (3%) et des Pays-Bas (3%), mais comparables à ceux de la France (2%) ou du Luxembourg (2%).

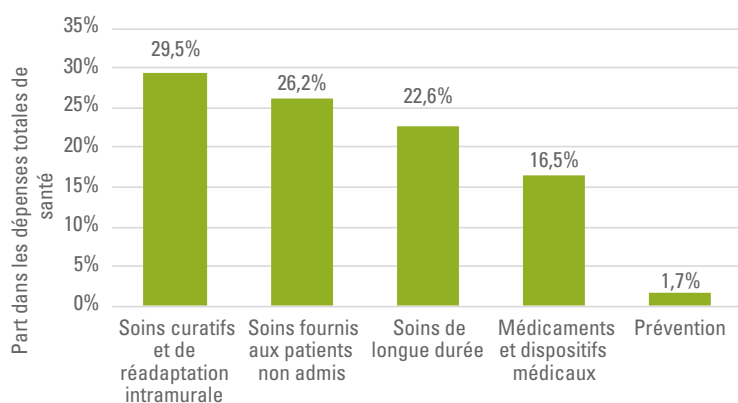
4.2. Méthodologie du calcul SHA

Il est important de tenir compte de la façon dont le calcul qui suit la méthodologie SHA est effectué, c'est-à-dire de comprendre ce qui est repris ici sous la rubrique prévention et ce qui ne l'est pas. Ainsi le calcul SHA prend bien en compte la panoplie de financements de la prévention et de la promotion de la santé aux différents niveaux de pouvoir dont nous avons parlé dans la partie 3. Le résultat de ce calcul reflète notamment bien le soutien financier accordé au secteur de la promotion de la santé géré par les entités fédérées et les frais liés aux différents programmes de prévention organisés.

Toutefois, certains éléments de l'assurance obligatoire maladie-invalidité ne se retrouvent pas sous la rubrique « prévention » du calcul SHA. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'assurance obligatoire couvre plusieurs domaines en lien avec la prévention. Or, c'est uniquement les consultations dans le but préventif chez les médecins généralistes et certains spécialistes (comme les dentistes par exemple, ou encore les sages-femmes) qui sont repris dans le calcul SHA pour 2018. Cela veut dire que différents actes de biologie et d'imagerie médicale, ainsi que les médicaments qui sont remboursés par l'assurance obligatoire et qui peuvent être qualifiés comme relevant de la prévention, se retrouvent repris sous d'autres rubriques.

Cette façon de procéder s'explique par l'application de la méthodologie SHA, mais aussi par la difficulté réelle de réaliser un calcul précis des dépenses pour la prévention dans le cadre de l'assurance obligatoire. Celle-ci ne prévoit en effet pas de rubrique spéciale qui regrouperait tout ce qui relève de la prévention parmi les différents types de remboursement. Autrement dit, pour avoir une telle estimation, il faudrait pouvoir constituer une liste de tous les actes de biologie et d'imagerie médicale et de tous les médicaments qui concernent la prévention. Cela s'avère toutefois d'autant plus

Figure 2 : Répartition des dépenses de santé en Belgique, par fonction (en 2018) (source: SPF Sécurité Sociale)



NB : Les % ci-dessus ne tiennent pas compte des frais administratifs.

19. <https://socialsecurity.belgium.be/fr/news/depenses-de-sante-14-05-2020>. Voir OECD, 2017.

difficile que par exemple certains médicaments peuvent être prescrits à la fois dans un but préventif pour des patients qui ne présentent pas de symptômes, afin d'éviter les récurrences ou les complications d'une maladie et dans un but curatif. C'est le cas des médicaments anticoagulants qui peuvent être prescrits dans un but 'purement' préventif, mais aussi pour les patients qui ont une thrombose ainsi que pour des patients souffrants de maladies nécessitant un traitement anticoagulant. Il en va de même pour certains types de frais de laboratoire.

4.3. La place de la prévention et de la promotion de la santé dans l'assurance obligatoire maladie-invalidité

Il nous semble néanmoins intéressant de tenter d'avoir une estimation des éléments de l'assurance obligatoire maladie-invalidité pouvant être identifiés comme relevant du domaine de la prévention et qui ne sont pas repris dans le calcul SHA. Nous tenons à souligner d'entrée de jeu que l'objectif de ce calcul ne consiste pas à réévaluer la place de la Belgique par rapport à la moyenne européenne. Puisque tous les pays européens suivent la même méthodologie de calcul (SHA), les chiffres du SPF Sécurité Sociale, repris dans les rapports de l'OCDE, restent bien la référence en la matière. L'objectif de notre étude est de rassembler le plus d'éléments possible et d'avoir une vision plus détaillée du niveau des dépenses pour la prévention et promotion de la santé en Belgique.

Parmi les éléments qui ne sont pas repris dans le calcul SHA, nous pouvons compter une série de médicaments (certains

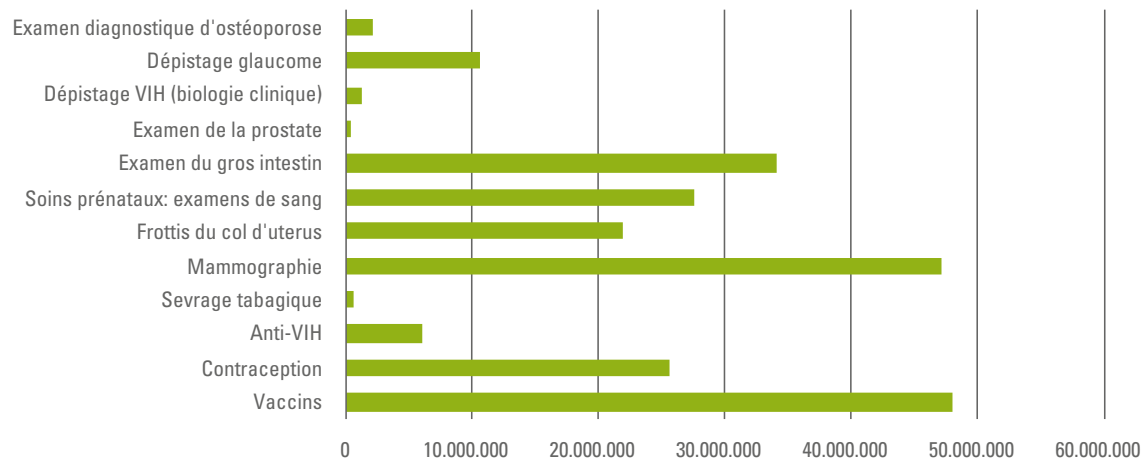
vaccins²⁰, différents types de contraception, traitement anti-VIH en prévention du SIDA et sevrage tabagique), d'actes de biologie clinique (examens du gros intestin et de la prostate, frottis du col d'utérus, examens de sang dans le cadre des soins prénataux²¹, dépistage du VIH et du glaucome, examen diagnostique d'ostéoporose) et d'imagerie médicale (mammographie gratuite et mammographie « opportuniste »).

Sur base des données de facturation des membres de la MC en 2018, le service d'études a fait une estimation des remboursements pour les éléments mentionnés en procédant à une extrapolation à l'échelle nationale (au *pro rata* de la part de marché de la MC). Le total de ces remboursements de l'assurance obligatoire s'élève à 179.687.239 euros. La même méthode a été utilisée pour les parts personnelles à charge des patients également présentes dans certains cas. Les résultats de ces calculs sont présentés sous forme de graphique à la figure 3.

La somme totale des dépenses pour la prévention dans le périmètre de l'assurance obligatoire s'élève à 225.300.000 euros (remboursements + parts personnelles). Cela constitue autour de 0,48% des dépenses totales pour les soins de santé pour l'année 2018. Même en rajoutant ce pourcentage au 1,7% calculé selon la méthode SHA, les dépenses pour la prévention en 2018 dépassent à peine les 2%.

Il ressort de notre étude que, d'une part, les montants alloués à la prévention sont très bas par rapport aux autres fonctions. Nous observons également que les dépenses en lien avec la prévention pour certains domaines de santé tels

Figure 3 : Autres dépenses pour la prévention remboursées par l'assurance obligatoire, en euros (extrapolation sur base de la part de marché la MC)



20. Vaccins antigrippaux, vaccins contre les épisodes de diarrhée à rotavirus, vaccins contre le papillomavirus, etc.

21. Nous avons pris en compte ici les dépistages du syndrome de Down, du cytomegalovirus, le dépistage toxoplasma gondii et les dosages de l'alpha foetoprotéine, l'acide folique, de la vitamine B12, du fer, du glucose.

que la santé mentale sont quasi inexistantes. Par ailleurs, nous constatons qu'il n'y a pas de rubrique pour les soins préventifs dans la nomenclature de l'assurance obligatoire. En conséquence, à l'exception de la mammographie, il n'y a pas de codes permettant d'identifier facilement toutes les prestations relevant de la prévention et de la promotion de la santé. Cette observation suggère que lors des attributions budgétaires ou des discussions autour des dépenses de santé, la prévention et la promotion de la santé ne figurent pas comme un thème à part entière et donc comme nécessitant une attention particulière. Nous pouvons dès lors en conclure que la prévention occupe aujourd'hui une place mineure dans les politiques budgétaires de santé au niveau fédéral ainsi qu'au niveau des entités fédérées. En effet, tandis que moins de 2% de toutes les dépenses en soins de santé peuvent être qualifiées de dépenses pour la prévention et la promotion de la santé, moins de la moitié de cette somme finance les acteurs de terrain actifs auprès du public (toutes les entités fédérées confondues). Or, comme nous l'avons vu, c'est bien les acteurs de terrain qui mettent en œuvre la vision large de la santé et agissent en contact direct avec le public.

4.4. La prévention et la promotion de la santé sont-elles sous-financées ? Analyse de la performance du système de prévention

Comment pouvons-nous évaluer l'ampleur des dépenses liées à la prévention et la promotion de la santé ? Pour essayer de répondre à cette question, une possibilité consiste à évaluer la performance du système de prévention et de promotion de la santé, c'est-à-dire d'examiner dans quelle mesure le système existant permet d'atteindre ses objectifs.

Or, en adoptant cette approche, on bute sur une véritable difficulté, car l'évaluation des actions en prévention et promotion de la santé est une tâche particulièrement ardue. En effet, l'impact de ces actions sur la santé de la population ne se manifeste souvent qu'à long terme, il est plutôt d'ordre qualitatif et non pas quantitatif, et il n'est pas toujours concevable suivant une logique de cause à effet. Autrement dit, les actions en prévention et promotion de la santé qui abordent la santé au sens large du terme s'attaquent en même temps à de multiples facteurs, ce qui peut rendre difficile d'établir des liens causaux entre les phénomènes. Cela n'empêche pas les différents acteurs de faire de l'évaluation une partie intégrante de leur démarche en santé communautaire.

Depuis plusieurs années, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) mène des évaluations de la performance

du système de santé belge. En ce qui concerne le domaine de prévention, depuis l'année dernière, les évaluations du KCE concernent uniquement la prévention médicale et non plus la promotion de la santé. En effet, dans les rapports précédents, les auteurs soulignaient déjà les difficultés liées à l'évaluation des actions en promotion de la santé : l'indisponibilité des données, l'inopérationalité de certains critères, les résultats influencés tant par la promotion de la santé que par d'autres facteurs distaux (Vrijens et al., 2012, p. 32 ; Vrijens et al., 2015, p. 53). C'est avant tout le caractère « très partiel » de ces données qui a poussé les chercheurs du KCE à ne plus aborder ce domaine qui « s'étend bien au-delà des limites du seul système de santé » (Devos et al., 2019, p. 10).

Notons que les résultats de l'évaluation des effets des actions en promotion de la santé menée pour l'année 2015 étaient plutôt mauvais : non seulement « aucun des indicateurs sélectionnés dans le domaine de la promotion de la santé et du mode de vie ne livre de bons résultats » (Vrijens et al., 2015, p. 54), mais, en outre, on observait une « stagnation de l'obésité chez les adultes, prévalence toujours élevée des fumeurs quotidiens, faible taux d'activité physique, consommation d'alcool à risque (binge drinking) chez les hommes jeunes et connaissances de santé insuffisantes dans la population » (Vrijens et al., 2015, p. 5).

Arrêtons-nous maintenant sur l'évaluation de la performance du système de prévention présentée dans le rapport de 2019. La méthode d'évaluation pratiquée par le KCE est basée, d'une part, sur des indicateurs quantifiables en lien avec la prévention et, d'autre part, sur l'évaluation du taux de la mortalité évitable grâce aux politiques de santé.

Trois types d'indicateurs ont été utilisés dans le dernier rapport : les indicateurs portant sur la vaccination, les indicateurs portant sur le dépistage de cancers et un indicateur portant sur la santé bucco-dentaire²². Les conclusions des analyses sur base de ces critères ne sont pas toujours positives : par exemple, tandis que la couverture de la vaccination des enfants est bonne, le taux de personnes âgées plus de 65 ans vaccinées contre la grippe en 2016 n'est pas satisfaisant, car il n'atteint pas l'objectif établi par l'OMS (54,7% contre 75%) (Devos et al., 2019, p. 67). Des différences importantes peuvent également être observées entre les régions, comme pour la vaccination contre la grippe²³. En outre, en prenant en compte des indicateurs socio-économiques (le niveau d'éducation, le revenu, le fait de bénéficier ou pas de l'intervention majorée), les chercheurs constatent que les inégalités socio-économiques influencent fortement le recours aux soins préventifs. Les catégories des personnes les plus défavorisées ont notamment un taux de participation beaucoup moins important au dépistage du cancer de sein ou aux visites régulières chez le dentiste (Devos et al., 2019, p. 58).

22. Le résumé des indicateurs peut être trouvé ici : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-preventifs#P-1>

23. « Pour les personnes ne vivant pas en institution, la couverture est plus élevée en Flandre que dans les deux autres régions » (Devos et al. 2019, p. 67).

En ce qui concerne la mortalité potentiellement évitable grâce aux politiques de santé, selon le rapport du KCE, elle est plus haute en Belgique que dans beaucoup d'autres pays européens. Selon le KCE, « un décès est dit 'évitable grâce aux politiques de santé' lorsque, à la lumière de la compréhension des déterminants de la santé au moment du décès, il aurait pu être évité grâce à des politiques de santé publique visant des déterminants de santé publique plus larges tels que le mode de vie, le statut socio-économique et les facteurs environnementaux (p. ex. décès dus aux accidents de la route, au cancer pulmonaire, aux maladies liées à l'alcool) » (Devos et al., 2019, p.16). Ce phénomène doit être distingué de la mortalité évitable grâce au système de soins et donc liée à la qualité des soins de santé (p. ex. décès dus à l'appendicite, la pneumonie, l'ulcère gastroduodénal). En Belgique, la mortalité potentiellement évitable grâce aux politiques de santé touche à la fois les hommes et les femmes, mais avec des différences entre les régions : « par rapport à la Flandre, elle est 40% plus élevée en Wallonie et 20% plus élevée à Bruxelles pour les deux sexes ; elle est légèrement plus faible chez les hommes » (Devos et al. 2019, p.16).

Pour conclure, si l'on supposait que la performance du système reflète la suffisance ou, au contraire, l'insuffisance de son financement, dans ce cas, sur base des analyses du KCE, on pourrait dire que le système de prévention et promotion de la santé en Belgique n'est pas suffisamment soutenu. Les résultats des évaluations du KCE permettent également de poser des questions quant à l'efficacité de la façon dont le domaine de la prévention et la promotion de la santé est structuré institutionnellement. En effet, il semble judicieux de se demander dans quelle mesure les disparités constatées entre les régions concernant plusieurs indicateurs sont le résultat de la façon dont les questions de prévention et promotion de la santé sont gérées dans un cadre institutionnel éclaté.

4.5. La politique budgétaire n'est pas tout : le principe de « santé dans toutes les politiques »

Il serait néanmoins réducteur d'envisager le soutien à la prévention et promotion de la santé uniquement sous l'angle financier, car toute forme de soutien politique peut avoir un impact dans ce domaine²⁴. Cela concerne notamment des problèmes multifactoriels comme la consommation excessive d'alcool ou l'obésité, deux problèmes importants de santé publique en Belgique. On sait aujourd'hui qu'il est insuffisant de viser uniquement des facteurs individuels (le comportement des personnes, leurs modes de vie, l'activité physique, etc.) sans prendre en compte des facteurs environnementaux et socio-économiques (l'accessibilité à des produits de qualité,

la possibilité de faire de l'exercice dans le quartier de vie, le prix de l'alcool, etc.). Pour espérer agir sur ces derniers facteurs, il faut néanmoins développer à la fois un soutien financier pour les acteurs de terrain et engendrer une volonté politique consciente de la complexité du problème.

Une façon d'aborder ce problème consiste à construire les politiques de telle façon qu'à tous les niveaux, et surtout dans tous les domaines politiques, la santé fasse partie des critères décisionnels. Sur le plan financier, cela implique d'investir non seulement dans ce qu'on identifie dans nos chiffres d'aujourd'hui comme relevant de la prévention, mais également d'investir dans des actions qui prennent en compte tous les différents déterminants de la santé. Sur le plan politique, on parle ainsi de « la santé dans toutes les politiques » (*Health in All Policies*) — « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (Organisation mondiale de la santé, 2013) (voir l'Encadré 2).

La mise en œuvre de cette stratégie risque toutefois de mettre les professionnels du secteur dans une situation complexe où ils doivent à la fois soutenir en tant qu'experts et intégrer les politiques afin d'assurer la transversalité des thèmes de santé (Vandoorne, 2014). Un autre danger serait que les questions sur les déterminants de santé se dissipent dans les agendas des lieux qui jusque-là n'étaient pas concernés (le logement, l'emploi, le climat, etc.). Afin d'éviter la dispersion, les lieux d'expertise en matière de prévention et promotion de la santé (associatifs, citoyens, universitaires, etc.) doivent au contraire être renforcés. C'est seulement de cette manière que ces lieux d'expertise pourront fournir le soutien méthodologique crucial pour la mise en œuvre de l'idée de santé au sens large.

4.6. Au-delà du principe de coût-efficacité

Un autre problème dans le fait de se limiter à concevoir les questions de prévention et promotion de la santé uniquement sous l'angle financier découle du fait que cela implique d'appliquer à la santé la logique de coût-efficacité. Or l'idée même d'investir dans la prévention et la promotion de la santé, pour en bénéficier en termes de réduction des dépenses pour les traitements, les hospitalisations, les médicaments, etc., bute sur la difficulté à rapporter ces investissements aux gains futurs. Cette difficulté découle de la spécificité des actions en promotion de la santé — notamment la nécessité d'intervenir au niveau des multiples facteurs qui confluent dans la détermination de la santé. En effet, puisque la santé est déterminée par multiples facteurs, il est difficile de calculer

24. Comme l'indiquent justement Crainich et Daue (2010), « la prévention passe aussi par la définition de nouvelles politiques qui ne sont pas uniquement de nature budgétaire. Citons à titre d'exemple la politique des sports, la législation relative au tabac ou les actions menées par les mutualités pour favoriser une meilleure alimentation ou des comportements de vie plus sains ».

Encadré 2 : Pourquoi les gouvernements/les sociétés ont-ils besoin de la santé dans toutes les politiques ?

« La santé dans toutes les politiques est fondée sur la reconnaissance du fait que les plus grands enjeux sanitaires – par exemple les maladies non transmissibles, les inégalités en santé, le changement climatique et l’augmentation vertigineuse des coûts des soins – sont extrêmement complexes et souvent liés par l’intermédiaire des déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les différentes forces et les différents systèmes jouant sur ces circonstances, par exemple les politiques économiques et de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques.

Dans ce contexte, la promotion de communautés en bonne santé et, en particulier, de l’équité en santé entre groupes de population, nécessite de se pencher sur les déterminants sociaux de la santé, par exemple sur le transport public, l’accès à l’éducation, l’accès à des aliments sains, les perspectives économiques et d’autres facteurs encore. Si de nombreuses politiques publiques s’efforcent d’y parvenir, des conflits d’intérêts peuvent se produire. À l’inverse, les répercussions imprévues des politiques ne sont ni mesurées ni étudiées. Pour y remédier, il faut des solutions innovantes et des structures créant des canaux de dialogue et de prise de décisions qui transcendent le cloisonnement politique traditionnel. » (Organisation mondiale de la santé, 2014)

l’efficacité particulière de chacun d’entre eux. Il est donc difficile de prédire l’ampleur de l’investissement nécessaire pour chaque facteur afin d’obtenir un gain recherché.

Se rapporter au domaine de la prévention comme à celui d’un investissement potentiel risque également d’aboutir à percevoir la santé uniquement comme un ‘capital’. Or, cette idée tend toujours à terme à attribuer à chaque personne la responsabilité ultime de l’accumulation (ou de la préservation) de ce capital (Bellahsen, 2014), un peu comme si chaque personne était une sorte d’auto-entreprise qui dispose d’un capital santé qu’elle est appelée à maximaliser et à faire fructifier. Cela implique donc, à l’encontre des principes mêmes d’une démarche de promotion de la santé, d’oublier que le comportement individuel n’est qu’une dimension parmi d’autres de la santé et donc négliger l’impact des déterminants socio-économiques et environnementaux sur l’individu. Comment pourrait-on faire peser sur l’individu

la responsabilité ultime pour sa santé si cette dernière ne dépend pas uniquement des comportements individuels ?

Enfin, percevoir les personnes comme gestionnaires d’un capital santé implique de considérer la santé comme une sorte de marché autorégulé où les relations sociales et les personnes seraient juste des variables. Les personnes seraient alors perçues comme des sujets rationnels et indépendants des autres. Or ce postulat d’un « soi indépendant » est en réalité « inaccessible au plus grand nombre » (Hache, 2007, p. 18) car de nombreuses personnes ont besoin des autres pour prendre soin d’elles (personnes dépendantes, handicapées, âgées, malades chroniques, personnes souffrantes de maladies mentales, enfants, etc.). Céder à la logique de capital santé signifie dès lors tourner définitivement le dos à ces personnes dont la situation est loin de constituer une exception et révèle au contraire la norme en matière de santé : c’est-à-dire la situation singulière.

5. Conclusion

L’importance des actions en prévention et promotion de la santé ne fait plus l’objet de débats scientifiques. De nombreuses études ont démontré leur impact positif et durable sur la santé des personnes. Face aux défis qui s’imposent à la Belgique dès aujourd’hui, comme le vieillissement de la population, l’accroissement des inégalités sociales de santé, la crise climatique, le nombre croissant de personnes en incapacité de travail, etc., la prévention et la promotion de la santé, en tant qu’elles offrent une vision large sur la santé des personnes et visent à aborder des problèmes de santé de façon transversale, apparaissent indispensables et doivent être mises au cœur de nos actions.

La place que la prévention et promotion de la santé occupent dans la politique belge reste néanmoins mineure. Sur le plan financier, selon le SPF Sécurité sociale, moins de 2% des dépenses en soins de santé peuvent être qualifiées comme des dépenses pour la prévention et la promotion de la santé. Si nous tenons compte du fait que moins de la moitié de cette somme sert à financer le secteur de la promotion de la santé actif sur le terrain et auprès des publics les plus concernés, il semble évident que les moyens dont ce secteur dispose pour avoir un impact d’une grande ampleur sont insuffisants.

En outre, l’étude de la place de la prévention et promotion de la santé au sein de l’assurance obligatoire maladie-invalidité que nous avons menée montre que ces matières ne constituent pas un point d’attention au sein de la sécurité sociale, focalisée presque exclusivement sur les domaines curatifs. Cela dévoile par ailleurs le manque de vision partagée sur la santé entre les différents niveaux de pouvoir : tandis que les acteurs de terrain en prévention et promotion de la santé (aux niveaux régional et communautaire) travaillent en s’appuyant sur la

vision large de la santé, les administrations et les autorités fédérales semblent privilégier les aspects médicaux.

Ensemble avec le système institutionnel éclaté, tout cela n'est pas sans conséquence sur le développement d'une politique de santé publique cohérente dans l'ensemble du pays. Par cohérence, nous n'entendons pas ici l'uniformité des actions mises en place. Celles-ci doivent en effet pouvoir répondre à la diversité des besoins réels des différents types de population et des situations de vie. Par cohérence, nous entendons plutôt une stratégie commune d'action qui viserait le bien-être et la réduction des inégalités.

Le principe moteur d'une telle cohérence ne devrait toutefois pas reposer exclusivement sur le rapport coût-efficacité qui semble dominer le discours politique d'aujourd'hui. C'est, en revanche, une idée de la santé - qui ne la réduit pas à l'absence de la maladie - et des indicateurs en lien avec l'équité du système de santé (Helliwell et al., 2020) et le bien-être de la population qui devraient servir de lignes directrices pour une politique de la santé publique cohérente.

Bibliographie

- *Accord de gouvernement : Pour une Belgique prospère, solidaire et durable* (2020) Disponible sur https://www.belgium.be/sites/default/files/Accord_de_gouvernement_2020.pdf
- Agentschap Zorg & Gezondheid (2016) *Strategisch plan – de vlaming leeft gezonder in 2025 (versie voor de gezondheidsconferentie.)* Disponible sur https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Strategisch_Plan_GezLev_vGCCorr.pdf
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E.M., et Di Zinno, T. (2019) *Inégalités sociales de santé*. Bruxelles : Agence Intermutualiste. Disponible sur https://aim-ima.be/IMG/pdf/inegalites_en_sante_-_rapport_ima_-_final_-_fr_-_20190508.pdf
- Bantuelle, M. (2013) La promotion de la santé restera-t-elle une utopie dans un système politique morcelé? Le cas de la communauté française en Belgique, *Santé publique*, HS 2,149-160.
- Bellahsen, M. (2014) *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*. Paris : La fabrique.
- Bury, J. (1988) *Éducation pour la santé-Concepts. Enjeux, planification*. Bruxelles : De Boeck-Université.
- *Pacte d'avenir avec les organismes assureurs* (2016) Disponible sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/pacte_avenir_organismes_assureurs.pdf
- Clevers, A. (2020) Voici les neufs ministres de la santé en Belgique, *La Libre Belgique*, 04 mars 2020.
- Commission communautaire commune (2019) *Plan Santé Bruxellois — Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles*. Disponible sur <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/plan-sante-bruxellois-grandir-et-vivre-en-bonne-sante-bruxelles>
- Communauté flamande (2003) *Décret relatif à la politique de santé préventive*. Disponible sur http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2004035090&la=F
- Communauté française (2014) *Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française*. Disponible sur http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2014040353&table_name=loi
- Cornwall, A. (2008) Unpacking « Participation » : models, meanings and practices, *Community Development Journal*, 43(3), 269-283.
- Crainich, D. et Daue, F. (2010) La prévention des maladies est sous-développée en Belgique, *Revue Éducation Santé*, 253.
- de Decker, N. (2020) « Quand Maggie De Block faisait détruire six millions de masques contre le coronavirus... sans les remplacer », *Le Vif*. Disponible sur : <https://www.levif.be/actualite/belgique/quand-maggie-de-block-faisait-detruire-six-millions-de-masques-contre-le->

- coronavirus-sans-les-remplacer/article-normal-1268215.html
- Dekleermaker, M., et Losseau, L. (2015) Les transferts des compétences intra-francophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'État, *Revue belge de sécurité sociale*, 10(2), 445-463.
 - Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., et Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge — Rapport 2019*. KCE Reports 313B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé — (KCE).
 - Durant, J.-P. (2020) Le Covid-19, révélateur de la tragédie du flux tendu, *La Libération*, 2 avril 2020.
 - Fédérations bruxelloise et wallonne de Promotion de la Santé (2020) *Pour une autre gestion de la crise du Covid-19 et de l'après-confinement : anticiper pour construire autrement*. Disponible sur <http://fbpsante.brussels/carte-blanche-2020/>
 - Fortin, J.-P., Groleau, G., Lemieux, V., O'Neill, M., et Lamarche, P. (1994) *L'action intersectorielle en santé*. Québec : Université de Laval.
 - Gillard, P. (2020) A quand une politique intégrée?, *Santé conjugée*, 93, 8-10.
 - Gilson, L. (Ed.) (2013) *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé : manuel de méthodologie : version abrégée*. Organisation mondiale de la santé. Disponible sur https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_readerabridgedfrench.pdf?ua=1
 - Gouvernement francophone bruxellois (2018) *Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022*. Disponible sur <https://ccf.brussels/download/plan-de-promotion-de-la-sante/?wpdm=486&refresh=5fedb1f5f23f71609413109>
 - Gouvernement wallon (2017) *Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1: Définition des priorités en santé, Horizon 2030*.
 - Grimaldi, A. (2010) Les différents habits de l'« expert profane », *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 91-100. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0091>
 - Hache, É. (2007) La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ?, *Raisons politiques*, 28(4), 49-65. <https://doi.org/10.3917/rai.028.0049>
 - Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J.D., et De Neve, J.-D. (ed.) (2020) *World happiness report 2020*. New York : Sustainable Development Solutions Network.
 - Jamoulle, M. (1986) Information et informatisation en médecine générale, *Les informa-G-iciens. Les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs Actes des III^e Journées de Réflexion sur l'Informatique*. Disponible sur <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/170822/1/Jamoulle%20-%201986%20-%20Information%20et%20informatisation%20en%20m%c3%a9decine%20g%c3%a9n%c3%a9rale%20Computer%20and%20computerisation%20in%20general%20practice%282%29.pdf>
 - Jamoulle, M. et La Valle, R. (2019). 'Le concept de prévention quaternaire et la responsabilité sociétale des facultés de médecine'. Boelen, C., Cauli, M., Ladner, J. (eds.) *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Rouen Le Havre : Presses Universitaires Rouen Le Havre.
 - Leavell, H. R., et Clark, E. G. (1958) *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. London : McGraw-Hill.
 - Leroy, R., Christiaens, W., Maertens de Noordhout, C., et Hanquet G. (2019) *Propositions pour une politique Antibiotique plus efficace en Belgique*. KCE Reports 311B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé — (KCE).
 - *Loi spéciale de réformes institutionnelles modifiée par la loi spéciale du 6 janvier 2014* (1980-2014) Disponible sur <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6581/1.html>
 - Löwy, I. (2005) Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale : Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis, *Travail, genre et sociétés*, 14(2), 89-108.
 - Missinne, S., Avalosse, H., et Luyten S. (2019) *Tous égaux face à la santé à Bruxelles? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*. Bruxelles : Commission communautaire commune.
 - OECD, Eurostat and World Health Organization (2017) *A System of Health Accounts 2011 : Revised edition*. Paris : OECD Publishing.
 - OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) *Belgique : Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*. Bruxelles : OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies.
 - Organisation Mondiale de la Santé (1986) *Promotion de la santé. Charte d'Ottawa*. Disponible sur https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
 - Organisation Mondiale de la Santé (2013) *Déclaration de Helsinki sur la santé dans toutes les politiques*. Disponible sur https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1
 - Organisation Mondiale de la Santé (2014) *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*. Disponible sur https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf?ua=1
 - Parlement wallon (2015) *Décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles*. Disponible sur <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6151/1.html?doc=29852&rev=31395-16146>
 - Sénat de Belgique (2013) *Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État*. Document parlementaire n° 5-2232/1. Disponible sur <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=2232&VOLGNR=1&LANG=fr>
 - Scheen, B. (2018) *Promotion de la santé et démarches participatives : Décryptage et points d'attention*. Woluwe-Saint-Lambert : RESO.
 - SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement (2016) *Protocole d'accord entre l'Autorité*

fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention. Disponible sur https://www.etaamb.be/fr/protocole-du-21-mars-2016_n2016024206.html

- Van Haecht, K., Callens, M., Ntahonganyira, R.-M., et Morel, M. (2019) Augmentation des prix des antibiotiques : aucun effet sur la surconsommation, *MC-Informations*, 277, 31-36.
- Van Nieuwenhove, J. (2015) Les nouvelles compétences communautaires en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées, *Revue belge de sécurité sociale*, 265-305.
- Vandeleene, G., et Lambert, L. (2019) Les soins dentaires : les incitants financiers en question, *MC-Informations*, 276, 4-17.
- Vandoorne, C. (2014). Et si la promotion de la santé était un art de paradoxe ! *Éducation Santé*, 300.
- Vrijens, F., Renard, F., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Desomer, A., Van de Voorde, C., Walckiers, D., Dubois, C., Camberlin, C., Vlayen, J., Van Oyen, H., Léonard, C., et Meeus, P. (2012) *La performance du système de santé Belge — Rapport 2012*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 196B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé — (KCE).
- Vrijens, F., Renard, F., Camberlin, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., Walckiers, D., Léonard, C., et Meeus, P. (2015) *La performance du système de santé Belge — Rapport 2015*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé — (KCE).