



# **Promotion des compétences en santé – inventaire des activités des cantons**

**Sur mandat de l'Alliance suisse Compétences  
en santé et de Promotion Santé Suisse**

**Philippe Lehmann, avec la contribution de  
Therese Stutz Steiger**

**Novembre 2011**

**[www.allianz-gesundheitskompetenz.ch](http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch)**



**HAUTE ÉCOLE  
DE SANTÉ VAUD**

**Philippe Lehmann**  
Professeur HES-S2

Av. de Beaumont 21  
1011 Lausanne  
t : +41 21 316 80 99  
f : +41 21 316 80 01  
philippe.lehmann@hesav.ch  
www.hesav.ch

**Hes-so**  
Haute École Spécialisée  
de Suisse occidentale

## Résumé

La présente étude constitue un inventaire des activités des cantons en matière de promotion des compétences en santé de la population. 22 des 26 cantons ont donné des réponses au printemps 2011. Le rapport donne une vue d'ensemble de ce que font ces 22 cantons, mais n'analyse pas chaque situation cantonale de manière spécifique.

Les participants à l'enquête sont en majorité des responsables pour la promotion de la santé, et accordent donc la priorité à ce domaine. Les acteurs liés ou appartenant au secteur curatif – comme les médecins cantonaux – ont répondu en moins grand nombre. Trois réunions de « focus groups » et des échanges avec le comité de l'Alliance Compétences en santé ont permis de débattre des résultats de l'enquête.

Le thème des compétences en santé est connu des acteurs cantonaux, mais il ne constitue généralement pas un objectif prioritaire de santé publique. La définition proposée par I. Kickbusch et D. Nutbeam, retenue également par l'OFSP, est choisie par 14 répondants (sur 34 réponses). On retient particulièrement, parmi les champs d'action possibles, le lien fait entre compétences en santé et prévention / promotion de la santé ainsi que l'ancrage du thème des compétences en santé dans les législations et stratégies politiques cantonales. L'inventaire révèle aussi des exemples d'actions concrètes qui ont pour but ou qui contribuent à la promotion des compétences en santé, parmi lesquelles un grand nombre d'actions à petite échelle, réalisées au plus près de groupes de population cibles. Il faut noter qu'il n'y a souvent pas de distinction précise dans les actions entre la promotion de la santé et la promotion des compétences en santé. Les acteurs cantonaux souhaitent un échange de méthodes et de savoirs en vue d'une mise en œuvre optimale, et parfois également un soutien financier. Ils comptent aussi sur l'impact attendu de la Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé.

Les auteurs recommandent un renforcement des efforts au niveau national, par lesquels les autorités et l'Alliance Compétences en santé, ainsi que d'autres partenaires, pourraient donner plus de poids à la thématique des compétences en santé et pourraient travailler à combler les déficits sur les plans théoriques et méthodologiques. Il s'agirait en particulier de travailler sur les ponts à établir avec les stratégies actuelles de prévention, promotion de la santé, développements en cybersanté (eHealth) et dans les approches multisectorielles, notamment sur le plan de la recherche et de la formation des professionnels. Des éléments de référence en vue de l'élaboration de critères définissant précisément des projets de promotion des compétences en santé de la population sont déjà disponibles. Les auteurs invitent à poursuivre ce travail d'élaboration au plan suisse, en intégrant également les contributions de la littérature internationale spécialisée.

## Zusammenfassung der kantonalen Erhebung im Bereich Gesundheitskompetenz

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein Inventar der laufenden Aktivitäten der Kantone im Bereich Gesundheitskompetenz. Auf die Befragung haben 22 von 26 Kantonen im Frühling 2011 geantwortet. Der Bericht liefert eine Übersicht über die Aktivitäten in 22 Kantonen; es handelt sich nicht um eine Analyse der Situation in jedem einzelnen Kanton.

Die Befragung wurde vor allem von Personen aus dem Bereich Gesundheitsförderung beantwortet, welche dem Thema eine Bedeutung zumessen. Wenige Personen aus dem kurativen Bereich (z.B. Kantonsarztämter) haben an der Befragung teilgenommen. Drei Fokusgruppen und ein Treffen mit dem Vorstand der Allianz Gesundheitskompetenz haben sich mit den ersten Resultaten beschäftigt.

Das Thema Gesundheitskompetenz ist bekannt, aber es ist kein prioritäres Public-Health-Thema. Die Definition von I. Kickbusch und D. Nutbeam, die vom BAG aufgenommen wurde, wird 14-mal erwähnt (von total 34 Antworten). Weitere Fragen betrafen die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie die kantonale Gesetzgebung und Strategieformulierung. Schliesslich wurde nach Beispielen von kantonalen Projekten gefragt, welche die Förderung der Gesundheitskompetenz als Ziel verfolgen. Es wurde über eine Vielzahl von kleineren Projekten berichtet, welche bevölkerungsnah umgesetzt werden. Es ist auffallend, dass dabei keine klare Unterscheidung zwischen Projekten der Gesundheitsförderung einerseits und der Gesundheitskompetenzförderung andererseits gemacht wird. Es besteht der Wunsch nach Austausch über Wissen und dessen optimale Anwendung, teilweise auch nach finanzieller Unterstützung, und es wird auch mit dem Präventionsgesetz gerechnet.

Die Empfehlungen der Autoren zielen auf die Stärkung der nationalen Ebene, auf der die Behörden und die Allianz Gesundheitskompetenz mit anderen Partnern die Kompetenz der Bevölkerung mehr gewichten und die entsprechenden theoretischen und methodischen Defizite aufarbeiten sollen. Dabei könnten heute schon andere aktuelle Themen wie Prävention, Gesundheitsförderung und eHealth oder im multisektoralen Bereich z.B. Bildung und Forschung berücksichtigt werden. Für die Erarbeitung der Kriterien für Projekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz liegen bei den Partnerorganisationen der Allianz Gesundheitskompetenz heute schon Unterlagen vor; die Autoren empfehlen, diese noch konkreter aufzuarbeiten unter Bezug der internationalen Literatur.

## Sommaire

1. Mandat et objectif de l'étude d'inventaire / Auftrag und Ziel der Erhebungs-Studie.....	7
2. Méthodologie, déroulement de l'étude, taux de participation / Methodik, Vorgehen, Teilnahmequote.....	8
3. Résultats de l'inventaire, présentés dans l'ordre du questionnaire / Ergebnisse der Erhebung, gemäss Fragebogen .....	10
3.1. Estimation de l'intensité de l'activité des cantons pour la promotion des compétences en santé / Einschätzung der Tätigkeit des Kantons (Intensität).....	10
3.2. Définitions personnelles de la notion de «compétences en santé de la population» / Individuelle Definition des Begriffs "Gesundheitskompetenz der Bevölkerung" .....	11
3.3. Champs dans lesquels interviennent les actions cantonales de promotion des compétences en santé / Handlungsfelder der Kantone im Bereich Förderung der Gesundheitskompetenz .....	14
3.4. Législation et documents de stratégie / Gesetzgebung und strategische Leitlinien .....	16
3.5. Exemples d'actions concrètes de promotion des compétences en santé / Beispiele von Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz .....	21
3.6. Projets d'avenir au plan cantonal et attentes envers le niveau national / Zukunftsprojekte und Erwartungen der Kantone an die nationale Ebene.....	24
4. Analyse et discussion des résultats de l'inventaire / Analyse und Diskussion der Erhebungsdaten	26
4.1. Participation des cantons à l'étude d'inventaire / Kantonale Teilnahme bei der Erhebung....	26
4.2. Définitions / Definitionen.....	27
4.3. Concepts relatifs aux compétences en santé contenus dans les législations et les stratégies cantonales / Kompetenzansätze in Gesetzgebung und Strategien .....	27
4.4. Domaines où les cantons sont actifs / Handlungsbereiche der Kantone .....	28
4.5. Exemples d'actions proposés par les cantons / Aktionsbeispiele.....	29
4.6. Projets d'avenir des cantons et attentes envers le niveau national / Zukunftsprojekte und nationale Perspektive .....	30
5. Résultats et recommandations des Focus Groups / Ergebnisse und Empfehlungen der Fokusgruppen .....	32
6. Conclusions et recommandations / Diskussion und Empfehlungen.....	34

## Annexes

- a. Terms of reference
- b. Questionnaire et Lettre d'accompagnement / Fragebogen und Begleitbrief
- c. Liste des répondants et leurs fonctions / Liste der Antwortenden und Funktionen
- d. Liste des participants aux Focus Groups
- e. Textes des définitions / Texte der Definitionen

- f. Tabelle der Handlungsfelder (Grafik + Text)
  - g. Tabelle der Gesetzgebungen, Strategien, usw.
  - h. Liste der Beispiele (Text)
  - i. Texte der Erwartungen
  - j. Notes des Focus Groups / Notizen der Fokusgruppen
  - k. Littérature et adresses Internet / Literatur und Webseiten
-

## 1. Mandat et objectif de l'étude d'inventaire / Auftrag und Ziel der Erhebungs-Studie

**Voir annexe A : Termes de référence.**

L'étude a été définie comme un projet de l'Alliance suisse Compétences en Santé, concrétisé par un mandat de Promotion Santé Suisse daté du 25.2.2011 :

*Il s'agit de réaliser un inventaire auprès de représentants des cantons (santé publique, promotion de la santé et prévention, médecins cantonaux, autres acteurs cantonaux) afin de « savoir dans quelle mesure le concept de compétences en santé est connu par les acteurs concernés et comment il est défini et interprété. On s'intéressera tout d'abord principalement au niveau cantonal. Certains cantons ont-ils intégrés la question des compétences en santé dans leur cadre législatif et au niveau des stratégies et autres plans cantonaux dans le domaine de la santé ou d'autres secteurs (ex éducation) ? Existe-t-il des exemples de mise en œuvre concrète de ce concept dans des programmes ou projets, et si oui pour quel public-cible et avec quels partenaires ? Quelles sont les compétences visées et quels types d'instruments/outils ont été développés ? Par ailleurs, dans quelle mesure les acteurs des différents niveaux projettent-ils de développer des initiatives pour renforcer les compétences en santé ? Si oui dans quels domaines et pour quels publics cibles ? »*

L'étude a été confiée à Philippe Lehmann, Professeur HES, Haute Ecole de Santé Vaud HESAV à Lausanne, avec une contribution de Therese Stutz Steiger, experte en santé publique, Public-Health-Konzepte, Berne.

Les ressources modestes mises à disposition ont permis, dans un délai très court de 7 mois, de réaliser un inventaire et d'en discuter les résultats. Il est évident que le sujet n'est ainsi pas épuisé et mérite des études complémentaires, qui sont suggérées dans les conclusions et recommandations.

Les analyses et les recommandations exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne peuvent pas être attribuées à Promotion Santé Suisse ni à l'Alliance suisse Compétences en santé.

## 2. Méthodologie, déroulement de l'étude, taux de participation / Methodik, Vorgehen, Teilnahmequote

Voir :

**Annexe B : Questionnaire en français et en allemand, et lettre de motivation**

**Annexe C Liste des répondants**

**Annexe D Liste des participants aux Focus Groups**

L'étude d'inventaire a principalement consisté en un **questionnaire informatisé**, rédigé en allemand et en français, adressé le 11 mai 2011 dans les 26 cantons aux délégués cantonaux à la promotion de la santé et à la prévention (liste des membres de l'ARPS/VBGF) et aux médecins cantonaux (liste des membres de l'AMCS/VKS). Les destinataires ont reçu également une lettre de motivation de Promotion Santé Suisse, de l'Alliance Compétences en santé et de l'ARPS/VBGF. Il leur était recommandé de diffuser le questionnaire également à quelques collègues de l'administration cantonale jugés par eux concernés par le sujet des compétences en santé. Il a été adressé un message de remerciements et de rappel aux retardataires le 6 juin 2011.

Le questionnaire a été établi sur la base des travaux existants sur le sujet et selon les attentes du Comité de l'Alliance suisse Compétences en santé (réunion de travail le 6 avril 2011), et avec la coopération des experts Felix Wettstein et Ursel Broesskamp. Il est opérationnalisé sur le logiciel d'enquête Sphinx®. S'agissant d'un inventaire destiné à fournir des exemples à d'autres acteurs, l'enquête n'a pas été déclarée comme anonyme.

A la clôture de l'enquête, au début d'août 2011, on a compté **38 réponses, reçues de 22 cantons**. 49 personnes représentant ces cantons ont participé à la rédaction des réponses, individuellement ou en groupe.

Il s'agit de :

- 20 délégués à la promotion santé et prévention (cantons de AG, BE, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH)
- 11 médecins cantonaux (cantons de AG, BE, FR, GL, LU-2, NE, NW, SO, SZ, ZH)
- 18 autres acteurs cantonaux : collaborateurs des Directions de la santé, prévention des dépendances et de la violence, santé à l'école, soins à domicile, délégués à l'intégration, délégué au développement durable, planification de la mobilité, services de conseils aux parents (Mütter- & Väterberatung), ligue cantonale du cancer, etc. (cantons de AI, BL, FR, LU, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, VD, ZG, ZH).

Quatre cantons n'ont pas répondu : AI, BS, SH et UR.

Les participants ont indiqué dans leur majorité bien connaître l'action du Département où ils/elles travaillent, mais pas l'ensemble de ce que fait leur canton, notamment dans les autres Départements. Seulement 7 d'entre eux jugeaient avoir une vision d'ensemble de l'action du canton concernant la problématique des compétences en santé.

**Tableau 1 : Niveau d'information des répondants au sujet des activités des cantons**

	Nb	% cit.
Non réponse	1	2,6%
je connais bien ce que fait le canton dans son ensemble dans ce domaine	7	18,4%
je connais bien ce que fait mon Département, mais pas l'ensemble du canton	21	55,3%
je connais seulement quelques domaines d'action particuliers	8	21,1%
je connais insuffisamment ce que fait le canton	1	2,6%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0%</b>

En plus de l'enquête par questionnaire, on a organisé **trois Focus Groups avec des représentants des cantons et des experts**, à Zürich (16.8), Lausanne (22.8) et Olten (23.8), réunissant en tout 13 participants. Ces réunions ont permis de débattre de certains résultats intermédiaires et de confronter les perceptions des praticiens avec celle d'experts du domaine. Une réunion de travail avec le Comité de l'Alliance Compétences en santé le 18.10 a également permis un premier débat sur les résultats de l'inventaire.

Dans l'ensemble, les répondants ont exprimé un accueil très favorable à cette enquête et ont donné des réponses très détaillées. Seuls quelques-uns se sont limités à des réponses laconiques, surtout pour des raisons de temps.

La quasi-totalité des répondants souhaite prendre connaissance des résultats de cet inventaire, lequel représente déjà un partage d'information et un reflet des conceptions partagées ou divergentes.

Un canton a souhaité pouvoir relire le rapport et prendre éventuellement position avant sa publication.

**Tableau 2 : Souhait des répondants pour recevoir le rapport sur l'inventaire**

	Nb	% cit.
Non réponse	2	5,3%
oui	34	89,5%
non	2	5,3%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0%</b>

### 3. Résultats de l'inventaire, présentés dans l'ordre du questionnaire / Ergebnisse der Erhebung, gemäss Fragebogen

Les 38 réponses reçues sont souvent très complètes et détaillées, alors que quelques-unes sont beaucoup plus sommaires et générales. Cette différence, justifiée en particulier pour des raisons de temps, ne doit pas être interprétée au sens que les répondants « sommaires » en font beaucoup moins pour la promotion des compétences en santé que les répondants plus prolixes. On verra dans le détail des réponses que le terme et la notion de « compétences en santé de la population » sont encore assez peu reconnus et peu élaborés au sein des services de santé des cantons et qu'il s'agit sous ce terme surtout d'un aspect (parmi d'autres) des actions entreprises plutôt que d'une finalité principale, développée en tant que telle.

Le questionnaire d'inventaire a procédé par des approches successives, allant du général au spécifique. La présentation des résultats reprend cette démarche progressive.

#### 3.1. Estimation de l'intensité de l'activité des cantons pour la promotion des compétences en santé / Einschätzung der Tätigkeit des Kantons (Intensität)

Afin d'entrer en détail dans l'activité des cantons et dans des questions de concepts et de définitions, il était demandé aux répondants une estimation grossière de l'intensité de l'action du canton pour promouvoir les compétences en santé de la population. La formulation était la suivante :

*« Nous partons de l'idée que tous les cantons font quelque chose pour promouvoir les compétences en santé de la population, d'une manière ou d'une autre, plus ou moins selon les cantons.*

*« A votre avis personnel, compte tenu de l'importance de cette question pour la santé, votre canton en fait-il ? Vraiment beaucoup ; beaucoup ; moyennement ; peu ; presque rien ; rien du tout ; je ne sais pas. »*

Les réponses sont partagées entre une grosse moitié qui donne une appréciation modérée (moyennement, peu : 58%) et une petite moitié qui donne une appréciation fortement positive (beaucoup, vraiment beaucoup : 37%). Aucun répondant ne juge que le sujet n'est pas du tout traité par son canton.

La modération des réponses du plus grand nombre indique que **la promotion des compétences en santé est souvent un objectif secondaire ou une composante d'actions de santé publique** et non un objectif spécifique, poursuivi en tant que tel à titre principal.

Ces réponses montrent néanmoins que **le thème des « compétences en santé » est connu** par la quasi-totalité des acteurs cantonaux, y compris lorsque peu d'actions spécifiques sont réalisées dans ce domaine.

On retiendra par exemple cette remarque : *„In unseren Programmen und Projekten erscheint der Begriff "Gesundheitskompetenz" noch kaum, jedoch von der Methodik her wird darauf geachtet, dass Einzelne und Gruppen an Gesundheitskompetenz gewinnen. D.h. über mehr Wissen und Handlungskompetenz in einem bestimmten Thema verfügen, dass ihnen erlaubt, im Alltag zu Gunsten ihrer Gesundheit zu entscheiden.“*

**Tableau 3 : Estimation de l'intensité de l'activité du canton pour la promotion des compétences en santé**

	Nb	% cit.
Non réponse	1	2,6%
vraiment beaucoup	1	2,6%
beaucoup	13	34,2%
moyennement	17	44,7%
peu	5	13,2%
presque rien	0	0,0%
rien du tout	0	0,0%
je ne sais pas	1	2,6%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0%</b>

### 3.2. Définitions personnelles de la notion de «compétences en santé de la population» / Individuelle Definition des Begriffs "Gesundheitskompetenz der Bevölkerung"

La question concernant la définition de la compétence / des compétences en santé<sup>1</sup> était volontairement très ouverte :

« Comment définiriez-vous personnellement la notion de "compétences en santé de la population" (en tant qu'un élément des objectifs de la politique de santé d'un canton) ? »

« Wie würden Sie persönlich den Begriff "Gesundheitskompetenz der Bevölkerung" definieren (als Element der Ziele der Gesundheitspolitik eines Kantons) ? »

**Voir l'annexe E: Textes des définitions proposées.**

34 représentants des cantons ont donné ici une définition, alors que quatre se sont abstenus.

Les définitions proposées ont été formulées en partant de points de vue différenciés. On retiendra surtout les aspects suivants :

- Il y a une grande diversité des définitions de la notion „compétences en santé“.
- 14 des 34 définitions se réfèrent précisément à la définition « nationale », retenue par l'OFSP et basée sur les travaux de Kickbusch et Nutbeam : *Les compétences en matière de santé sont la capacité d'un individu à prendre des décisions au quotidien ayant un impact positif sur sa santé et la santé des autres. / Die Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit jeder und jedes Einzelnen, täglich Entscheidungen zu treffen, welche sich positiv auf die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer auswirkt.*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> En français, on utilise plus volontiers le pluriel : « compétences en santé » alors qu'en allemand l'usage est d'adopter le singulier : « Gesundheitskompetenz ». Il n'y a pas de différence de signification entre les deux expressions, selon qu'elles sont au singulier ou au pluriel.

<sup>2</sup> La lettre d'accompagnement à l'enquête, signée de l'Alliance Compétences en santé, de Promotion santé suisse et de l'ARPS citait en résumé cette définition.

- Plusieurs définitions indiquent les conditions nécessaires en vue de l'exercice des compétences en santé :
  - compétence personnelle, compétence intellectuelle, compétence méthodologique
  - disposition à exercer personnellement des compétences et à prendre des responsabilités individuelles
  - niveau et qualité de la formation de base et des aptitudes (*Literacy*)
  - accès aux informations et aux structures institutionnelles (du domaine de la santé)
  - capacité à exercer une connaissance globale (interactions entre différents facteurs)
  - relations au contexte : « dans la mesure des possibilités » / « avec l'aide de son « entourage » / « compte tenu des conditions cadre étatiques » (référence aux politiques publiques)
  - diversité des cultures
  - « *empowerment* » : un niveau élevé de pouvoir et d'autodétermination
  - égalité des chances en matière de formation et de santé.
- Les compétences en santé sont définies par plusieurs répondants principalement au travers des actions et des formes de mise en œuvre :
  - information et transmission de connaissances
  - sensibilisation
  - éducation et promotion de la compétence à l'autodétermination
  - conseil personnalisé et de proximité (« à bas seuil d'accès »)
  - formation et perfectionnement dans le domaine de la compréhension des textes et informations en santé ("*health literacy*")
  - promouvoir et mettre en œuvre des offres et des demandes d'information ("*Hol- und Bringschuld*")
  - projets et informations mis en place de telle manière qu'ils encouragent, facilitent et motivent la population à prendre des responsabilités pour la santé personnelle
  - actions au niveau personnel (comportemental) ou collectif (sur les conditions sociales et environnementales)...
- L'approche du système de santé et la démarche intersectorielle ne sont quasiment jamais signalées: les répondants ne semblent pas accorder beaucoup d'importance à la compétence à naviguer dans le système de santé, ni à la manière dont agit le système d'enseignement et de formation. Cette restriction est moins prononcée lorsqu'on examine les exemples d'actions cantonales.
- La responsabilité individuelle et la capacité à prendre personnellement des décisions sont souvent nommées de manière explicite, mais il est aussi fait parfois allusion la nécessité de disposer de conditions structurelles adéquates qui doivent faciliter l'acquisition et l'exercice des compétences en santé.
- L'accent est principalement mis sur la gestion personnelle de la santé individuelle, mais la santé des groupes de population ou la santé publique sont parfois aussi évoquées, par exemple en indiquant des actions collectives ou communautaires (cf. chapitre 3.5).
- Les définitions reçues ne mentionnent quasiment jamais les déterminants (socio-économiques) de la santé ni l'aspect d'égalité ou inégalité sociale face au potentiel de compétences en santé; cela est ensuite nuancé dans les exemples.
- Les définitions données mentionnent rarement des actions communautaires et structurelles et des changements en politique de la santé. Il est pourtant souvent souligné que l'Etat a une tâche à remplir pour développer les compétences en santé de la population.

Quelques définitions personnelles méritent d'être relevées. Elles ont l'intérêt de montrer à quel point le fait que la population soit informée et compétente contribue la faire vivre en bonne santé de manière durable et contribue aussi à rétablir une meilleure santé.

- *Il s'agit de faire prendre conscience à tout un chacun que son capital santé est aussi entre ses mains et que choisir un mode de vie en adéquation avec la santé fait partie de ses compétences. Donc les "compétences en santé de la population" doivent refléter des changements de comportements en lien avec cette prise de pouvoir personnelle pour gérer sa santé en amont.*
- *Compétence de santé signifie pour moi une éducation à l'autonomisation des parents et familles dès le plus jeune âge avec comme corollaire un accompagnement et les outils adaptés à chaque public visé par ces mesures.*
- *Gesundheitskompetenz führt zu grösserer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und im Alltag umzusetzen. Der Staat hat die Aufgabe, Gesundheitskompetenz zu fördern und das Wissen und die Information sowie entsprechende Rahmenbedingungen bereit zu stellen, die es ermöglichen und dazu motivieren, Entscheidungen zu Gunsten der Gesundheit zu treffen. Die Chancengleichheit in Bezug auf Bildung und Gesundheit ist diesbezüglich von grosser Bedeutung.*
- *Ist die Fähigkeit des Einzelnen in der Balance zwischen Belastung und Wohlbefinden zu sein.*
- *Die Bevölkerung ist fähig, selbständig Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, sie ist über gesundheitsfördernde Lebensstile und Verhaltensweisen informiert und kennt Risikofaktoren und die wichtigsten Krankheiten. Die Menschen nehmen Veränderungen in ihrem natürlichen und sozialen Umfeld wahr und sind fähig und gewillt, ihre Gesundheit selbstbestimmt und positiv zu beeinflussen.*
- *Bevölkerung verfügt über Kenntnisse zu Gesundheit / gesundheitsförderndem und krankheitsverhinderndem Verhalten, findet sich im System zurecht (Auswahl Lebensmittel, Ernährungsmöglichkeiten, weiss wo Informationen zu Gesundheit zu finden sind, kennt Behandlungsmöglichkeiten und vorhandene Angebote im Kanton, kennt Präventionsprojekte, Anlaufstellen etc.), weiss wie man Unfälle und Krankheiten verhindert, weiss wie man psychisch gesund bleibt etc. Die Bevölkerung kann aus der Vielfalt der Angebote die richtige Entscheidung treffen.*
- *Gesundheitskompetenz ist die Kompetenz jedes Einzelnen seine Entscheidungen gesundheitsbewusst zu treffen. Gesundheitskompetenz zu erlangen ist abhängig vom Einzelnen, von seiner sozialen Umwelt, sowie von der Policy.*

### 3.3. Champs dans lesquels interviennent les actions cantonales de promotion des compétences en santé / Handlungsfelder der Kantone im Bereich Förderung der Gesundheitskompetenz

Voir annexe F: Champs dans lesquels interviennent les actions cantonales de promotion des compétences en santé.

En complément de la définition personnelle libre, on a demandé dans quels champs particuliers de la santé les répondants jugeaient leur canton actif ou non actif :

« *Quels sont les principaux contenus des compétences en santé qui sont inclus, de manière explicite ou implicite, dans les tâches et activités effectives de votre canton ?* »

« *Welche inhaltlichen Schwerpunkte der Gesundheitskompetenz werden ausdrücklich oder implizit bei den kantonalen Aufgaben und Aktivitäten tatsächlich mit verstanden?* »

Il leur était alors proposé **30 exemples de domaines**, groupés comme suit :

- 9 exemples dans le secteur de la prévention et promotion de la santé
- 10 exemples dans le secteur de la gestion personnelle de la maladie et du recours au système de santé
- 6 exemples en référence aux déterminants économiques, écologiques, sociaux, politiques de la santé
- 5 « niveaux et méthodes » des compétences en santé.

Dans tous les domaines proposés comme exemples, il est rare que les répondants affirment que les cantons sont « clairement actifs pour la promotion des compétences » (7% des réponses, tous domaines confondus). Lorsqu'ils mentionnent une activité du canton, ils l'évoquent généralement avec prudence : « plutôt actifs » (38%).

**Tableau 4 : Intensité de l'action des cantons pour la promotion des compétences en santé, par grands secteurs**

	Clairement actif	Plutôt actif	Plutôt pas actif	Pas du tout actif	Ne sait pas
<b>Prévention et promotion de la santé</b>	17%	51%	24%	4%	4%
<b>Gestion de la maladie et recours au système de santé</b>	1%	27%	37%	15%	20%
<b>Action sur les déterminants sociaux de la santé</b>	1%	36%	29%	18%	16%
<b>Niveaux des compétences en santé</b>	7%	42%	22%	15%	14%
<b>Tous les domaines (30 champs)</b>	<b>7%</b>	<b>38%</b>	<b>29%</b>	<b>12%</b>	<b>13%</b>

(en gris, les valeurs supérieures)

On observe que les répondants jugent les cantons **actifs** (clairement actifs ou plutôt actifs = 80% à 100%) pour la promotion des compétences en santé dans les domaines classiques de prévention et éducation à la santé, en particulier là où ils mènent ou participent à des programmes d'importance nationale :

- *compétence pour reconnaître un facteur de risque pour la santé, par exemple savoir "combien d'alcool c'est trop pour la santé"*
- *compétence des individus pour aménager leur alimentation et celle de leur famille de façon*

*favorable à la santé*

- *compétence des individus pour choisir un style de vie favorable pour la santé et pour s'y tenir durablement*
- *compétence des individus pour réaliser une éducation de leurs enfants favorable à leur santé.*

Les répondants jugent aussi les cantons **actifs** (50 à 70%) pour la promotion des compétences en santé en relation avec

- *la participation à des programmes de dépistage*
- *la compétence pour comprendre et pour trouver des informations relatives à la santé*
- *la compétence pour trouver un groupe d'entraide avec des personnes qui ont les mêmes problèmes que soi, et*
- *la compétence pour prévenir des accidents au lieu de travail, dans le sport ou les loisirs.*

Ils considèrent encore que les cantons sont **modérément actifs** (30 à 45%) dans les domaines abstraits tels que les savoirs méthodologiques et le rapport aux déterminants sociaux de la santé :

- *compétence des individus pour défendre leurs droits comme patients*
- *compétence pour influencer les décisions politiques afin de favoriser la santé*
- *compétence pour exercer de l'influence sur le contexte social (solidarités, intégration, coopération, isolement, marginalité...) afin de favoriser la santé*
- *capacité à prendre des décisions et à agir de façon fondée*
- *compétence à porter un jugement critique sur un message de prévention*
- *compétence pour agir sur le contexte écologique afin de favoriser la santé.*

En revanche, ils déclarent que les cantons sont **peu ou pas du tout actifs** concernant les compétences en santé relevant de la gestion individuelle de la maladie et du recours au système de santé (clairement actifs ou plutôt actifs : diminue de 30% jusqu'à 5%) :

- *compétence des individus à reconnaître une maladie chez soi ou chez ses proches*
- *compétence à bien communiquer avec un professionnel de la santé, de la médecine ou du domaine psychosocial*
- *compétence pour décider raisonnablement de recourir à un conseil ou à un traitement (médecin, hôpital, pharmacie), ou de n'y pas recourir*
- *compétence pour s'y retrouver dans la jungle des assurances maladie*
- *compétence des individus à se soigner soi-même ou ses proches à la maison*
- *compétence pour demander un deuxième avis médical*
- *compétence pour se former une opinion valable sur la qualité d'un prestataire de santé*
- *compétence pour décider raisonnablement quels médicaments prendre (ou ne pas prendre) et pour mener à bout un traitement médicamenteux (adhérence)*
- *compétence à apprendre et à exercer régulièrement une méthode de gestion du stress*
- *compétence pour savoir utiliser un dossier médical individuel sur papier ou sous forme électronique.*

Les résultats de cette batterie de question, présentés en détail dans l'annexe F, sont tendanciellement très clairs : **les cantons – tels que perçus par les acteurs interrogés – ne cherchent pas activement à développer les compétences en santé de la population en relation avec le domaine de la maladie et des traitements médicaux.**

Il est possible que le fait qu'un grand nombre de répondants travaillent en prévention et promotion de la santé les amène – par leur mission dans leur canton – à ne se pas préoccuper de la gestion individuelle de la maladie ni du recours au système de santé. Cependant, les réponses données par les médecins cantonaux n'apportent pas un éclairage différent. Ces derniers n'indiquent en effet pas plus d'activité de promotion des compétences en santé relevant du domaine curatif et du recours au système de santé que les autres répondants.

Cette observation est d'ailleurs totalement confirmée par la sélection des exemples d'actions particulières des cantons, présentée au chapitre 3.5.

### 3.4. Législation et documents de stratégie / Gesetzgebung und strategische Leitlinien

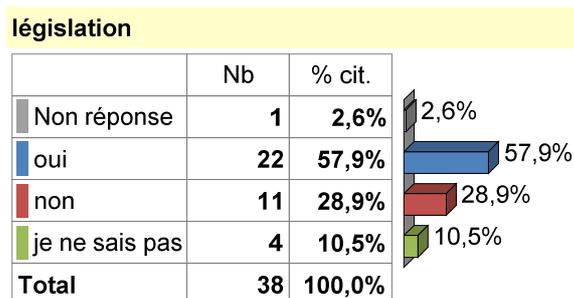
La thématique des compétences en santé de la population est relativement nouvelle, en comparaison de la prévention et de la promotion de la santé. On a cherché à savoir si elle est déjà explicitement ou implicitement inscrite dans la législation de santé des cantons ou dans des documents stratégiques ou programmatiques.

**Voir dans l'Annexe G le tableau complet des réponses concernant les sources législatives et stratégiques indiquées par les répondants, avec les extraits les plus significatifs.**

#### 3.4.1. Législation cantonale

Les réponses reçues laissent penser que – à raison de 60% environ – tel est déjà le cas, comme le montrent les Tableaux 5 à 8. Pour chaque réponse positive, on a demandé de fournir des sources précises.

**Tableau 5 : Y a-t-il dans la législation de votre canton des articles qui se rapportent au thème de la promotion des compétences en santé de la population?**



Une lecture systématique des sources indiquées par les répondants montre que très peu de législations cantonales vont au-delà de trois éléments dans le domaine en question :

- i. L'accent mis sur l'importance de la responsabilité individuelle pour la santé
- ii. La mission du canton de promouvoir la santé et la prévention des maladies
- iii. Le droit des patients à une information précise sur leur état de santé et diagnostic et sur les traitements qui leur sont proposés, ainsi que le droit à décider d'accepter ou refuser ces traitements.

On ne trouve dans aucune des lois cantonales les termes de « compétences en santé / Gesundheitskompetenz » mais plutôt l'expression « **rendre la population capable / befähigen** » de **prendre soin de sa santé et d'en assumer la responsabilité**, ce qui constitue fondamentalement le noyau des compétences en santé, exprimé dans un langage simple et clair, mais relevant d'une autre « génération » théorique.

Les trois textes de législation que nous jugeons les plus intéressants par leur manière d'évoquer la promotion des compétences en santé sont ceux de Genève, Jura et Tessin. Toutes les autres références législatives sont données dans l'annexe G

**Genève :**

**Loi sur la santé du 7 avril 2006**

**Art. 16 Mesures de promotion de la santé et de prévention**

1 Les mesures de promotion de la santé et de prévention englobent en particulier :

- a) l'information de la population sur la santé et ses déterminants, notamment en vue de développer les responsabilités individuelle, familiale et collective;
  - b) l'éducation de la population, en particulier les jeunes, en vue d'encourager des comportements favorables à la santé, notamment une alimentation saine et une bonne hygiène de vie;
  - c) l'action communautaire et l'entraide, ainsi que l'aide et le conseil des personnes ou des groupes de personnes directement concernés par un problème de santé;
  - d) l'aménagement de conditions de vie et de travail favorables à la santé;
  - e) la détection précoce des risques et des problèmes de santé;
  - f) le traitement préventif ou précoce des problèmes de santé;
  - g) le recueil d'informations et la recherche épidémiologique;
  - h) l'éducation dans le recours aux services de santé;
  - i) la formation des professionnels de la santé et des autres personnes intervenant dans la promotion de la santé et la prévention, la loi sur l'université, du 13 juin 2008, étant réservée;(1)
  - j) l'intégration des personnes handicapées.
- 2 La conception, la réalisation et l'évaluation de ces mesures font l'objet d'actions spécifiques.
- 3 Dans chaque domaine où il intervient, l'Etat encourage les attitudes et les conditions de vie qui permettent de prévenir ou de limiter les atteintes à la santé et leurs conséquences et soutient les mesures d'information les concernant.

### Jura :

#### Loi sanitaire du 14 décembre 1990

**Article premier** <sup>1</sup> La présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la protection et à la sauvegarde de la santé de la population, dans le respect de la liberté, la dignité et l'intégrité de la personne humaine, et d'encourager la responsabilité individuelle et collective dans le domaine de la santé

**Art. 3 Responsabilité personnelle** <sup>1</sup> Chacun s'efforce de maintenir et de protéger sa santé, dans la mesure où il peut maîtriser les facteurs qui l'influencent. Nul ne doit être indifférent à celle d'autrui

<sup>2</sup> Les efforts consentis par l'Etat, les communes et les milieux privés pour promouvoir la santé et mettre à disposition de la population des établissements et services de soins suffisants ne sauraient délier quiconque de sa responsabilité personnelle.

**Art. 4** <sup>1</sup> L'Etat favorise la promotion de la santé, notamment par des mesures d'éducation, de prévention et d'information (...)

**Art. 5** <sup>1</sup> L'Etat promeut et encourage la prévention, afin de préserver la santé individuelle et collective.

<sup>2</sup> Il favorise notamment l'éducation à la santé au sein de la population et plus particulièrement de la jeunesse

**Art. 7** <sup>1</sup> Le Service de l'enseignement et le Service de la formation professionnelle organisent l'éducation à la santé, en collaboration avec le Service de la santé.

<sup>2</sup> L'éducation à la santé dispensée dans les écoles a pour but :

- a) de familiariser les élèves avec les risques menaçant leur santé;
- b) de promouvoir un comportement adéquat;
- c) d'inciter chacun à assumer sa responsabilité personnelle.

### Tessin :

#### Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario, 18 aprile 1989

**Art 2:** Lo Stato promuove e salvaguarda la salute della popolazione quale bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività nel rispetto della libertà, dignità e integrità della persona umana. In particolare esso promuove, in modo coordinato, favorendo l'assunzione della responsabilità individuale e collettiva dei cittadini, la prevenzione delle malattie, il mantenimento ed il ricupero della salute di tutti i cittadini senza distinzione di condizione individuale e sociale. Esso crea le premesse affinché siano garantite prestazioni, servizi ed interventi di qualità a costi economici e finanziari sopportabili.

**Art. 32 :** È considerato preventivo ogni provvedimento inteso:

- a) a promuovere la responsabilità, l'informazione e le conoscenze dei cittadini nella salvaguardia della salute individuale e collettiva;

**Art. 34** L'educazione alla salute deve favorire l'autonomia e l'assunzione della responsabilità personale nella salvaguardia della salute individuale e collettiva.

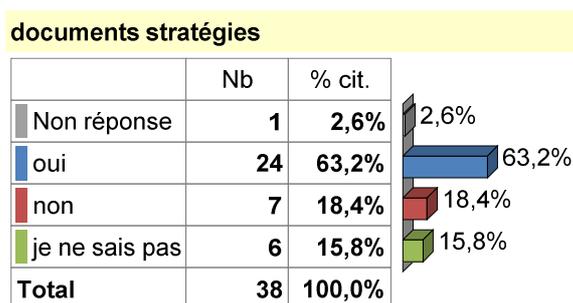
Essa ha lo scopo di dare alla popolazione le conoscenze e le competenze idonee a scegliere un modo di vita sano e a valutare criticamente l'esistenza di pericoli per la salute nonché ad utilizzare convenientemente le risorse individuali e collettive atte al promovimento e al mantenimento della salute e segnatamente l'automedicazione.

### 3.4.2. Stratégies cantonales

La majorité des cantons indiquent que le sujet de promotion des compétences en santé est également mentionné de manière explicite dans des documents stratégiques du gouvernement cantonal ou du Département de la santé. Les fréquences sont indiquées au tableau 6.

Ces documents stratégiques sont souvent plus explicites que les législations en ce qui concerne le développement des compétences de la population.

**Tableau 6 : Y a-t-il des affirmations concernant la promotion des compétences en santé de la population dans les documents d'orientation stratégique ou de planification du Gouvernement cantonal, du Département de la santé ou d'autres Départements ?**



On retiendra ici particulièrement les exemples de :

#### Argovie

##### Gesundheitspolitische Gesamtplanung, Strategie 4

Die Ansprüche an die Gesundheitspolitik bzw. an die Erfüllung des Versorgungsauftrags hängen ab vom Mass an Eigenverantwortung der Bevölkerung. Die Bevölkerung kann durch eigenverantwortliches und gesundheitsförderndes Verhalten selber einen grossen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge (und damit zur Vermeidung von kostenintensiven reparativen Massnahmen) leisten. Gleichzeitig kann ihr Engagement in der Pflege von Familienangehörigen den gesellschaftlichen Zusammenhalt fördern.

Zur Förderung der Eigenverantwortung gehört auch, dass Anreize für ein kostenbewusstes Verhalten gesetzt werden.

Der präventive Ansatz ist in verschiedenen Gesundheitsprogrammen verankert. Darüber hinaus finden sich in der Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, in der Schule und Berufsbildung, wie auch im Umwelt- und Sicherheitsbereich massgebliche präventive Elemente.

#### Jura

##### Programme pluriannuel de prévention et promotion de la santé

La promotion de la santé est donc un concept plus large, qui contient toutes les mesures destinées à contribuer à la santé d'une population, d'une manière globale. Mais surtout, la promotion de la santé vise à donner aux personnes les ressources nécessaires pour agir elles-mêmes en faveur d'une meilleure santé. Autrement dit: reconnaître les personnes et les groupes concernés comme des acteurs, et non seulement comme des «cibles».

#### Lucerne

##### Legislaturprogramm der Regierung, 2007-2011

Zehn Kriterien für Gesundheitsförderungsprojekte, davon :

5: Zielt auf Chancengleichheit

Gesundheitsförderung zielt auf einen Ausgleich von Benachteiligung in Bezug auf Schicht, Geschlecht und Ethnie.

6: Fördert die Eigenkompetenzen und unterstützt die individuellen Ressourcen

Gesundheitsförderung setzt darauf, die Kräfte zu unterstützen, die für das Individuum zu Wohlbefinden und Gesundheit führen (Empowerment).

7: Basiert auf Partizipation der Zielgruppen/des Settings

Konzepte werden mit Beteiligten der Zielgruppen entwickelt und gestaltet.

8: Betont Selbst- und Mitbestimmung

Im Zentrum steht der Gedanke, dass Menschen für sich und für ihre Umgebung mitbestimmen können und dadurch auch Mitverantwortung tragen.

## Saint-Gall

Leitbild Gesundheit des Kantons (2002):

**Leitsatz 1 : Gesund sein wollen** – Die Bevölkerung entwickelt ein aktives Interesse am Gesundsein / Die Fähigkeiten und Möglichkeiten des Einzelnen, Verantwortung für Gesundheit wahrzunehmen und gesundheits- und kostenbewusst mit den Gesundheitsleistungen umzugehen, werden gestärkt. Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit sowie sozialen und lebenspraktischen Fähigkeiten durch Information und gesundheitsbezogene Bildung. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangen Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl zu Hause als auch in Schulen, am Arbeitsplatz und in der Gemeinde ermöglicht werden. Besondere Bedeutung kommt der Freizeit zu.

**Leitsatz 2:** Die Bevölkerung wird über Gesundheitsrisiken und gesundheitsfördernde Lebensweisen informiert.

## Tessin

Rapporto sugli indirizzi (2003), Gouvernement cantonal

### Salute e benessere

A questo proposito, l'investimento nella salute presuppone l'azione su diversi livelli e sotto diverse forme:

- informare regolarmente le autorità e la popolazione sul ruolo essenziale dei determinanti socio-ambientali e di politiche multisettoriali sostenibili per il mantenimento e lo sviluppo della salute e della qualità di vita;
- impostare le decisioni dell'Amministrazione tenendo conto dell'impatto sulla salute e sulla qualità di vita della popolazione (valutazione di impatto);
- creare condizioni quadro che considerino maggiormente il ruolo della salute come fattore di sviluppo economico e sociale equilibrato;
- considerare la salute anche come il risultato di un processo di apprendimento (atteggiamento, informazione, abitudini di vita, consumo di cure) e tenerne conto anche nelle attività educative;
- sostenere le attività delle associazioni senza scopo lucrativo che con la loro azione contribuiscono al mantenimento della salute.

**Salute e sistema sanitario** (efficacia terapeutica, accesso equo e consapevole all'offerta di servizi adeguati ai bisogni reali dell'individuo e della popolazione); salute e lavoro (ambiente di lavoro che consideri le potenzialità del singolo e del gruppo e sia in armonia con il mondo extra lavorativo); salute e formazione (educazione alla cittadinanza e sviluppo delle capacità e delle competenze individuali); salute e famiglia (misure d'appoggio e lavoro, sostegno e partecipazione sociale, rispetto intergenerazionale); salute e medicina genetica e predittiva; alimentazione.

## Thurgovie

Konzept Gesundheitsförderung Thurgau Ziele 2009 – 2016

Vision (S. 5) Die Bevölkerung des Kantons TG ist über gesundheitsfördernden Lebensstile und Verhaltensweisen sowie über Risikofaktoren der wichtigsten Krankheiten informiert und kann Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen. Die Menschen im Kanton TG leben, lernen und arbeiten in einem gesunden natürlichen und sozialen Umfeld und sind fähig, ihre Gesundheit selbstbestimmt und positiv zu beeinflussen sowie Belastungen zu bewältigen.

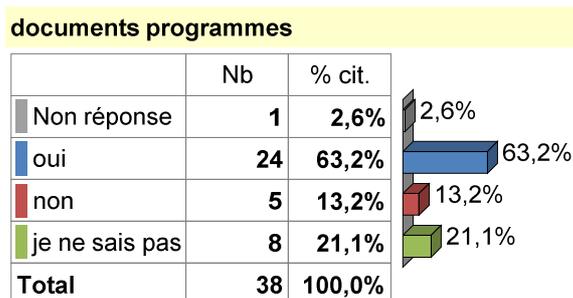
Leitzätze (S. 8) Persönliche Kompetenzen entwickeln / Selbstbestimmung/Empowerment – Programme und Projekte der Gesundheitsförderung sind darauf ausgerichtet, die Potentiale für Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu entwickeln und zu fördern. Die Menschen sollen befähigt werden, ihre Lebensbedingungen zu verstehen und die Zuversicht und Fähigkeit zu gewinnen, diese beeinflussen zu können.

### 3.4.3. Programmes d'action

De manière plus concrète, et plus proche des exemples qui seront présentés dans le chapitre 3.5, une majorité des cantons indique aussi que le thème de la promotion des compétences en santé est documenté par des programmes d'action, comme le montre le tableau 7.

Compte tenu du chevauchement avec les exemples, on n'entrera pas ici dans les détails.

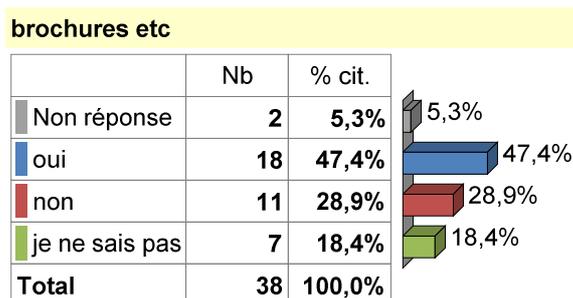
**Tableau 7 : Y a-t-il des affirmations à ce sujet dans les Programmes d'action et documents de travail du service de la santé ou d'autres services de l'administration ?**



### 3.4.4. Brochures et documentations cantonales sur la promotion des compétences en santé

Une moitié des cantons a indiqué disposer de matériel de communication concernant la promotion des compétences en santé, comme le montre le tableau 8. Les détails sont présentés dans l'annexe G. Il s'agit cependant surtout de renvois aux sites web des services de santé des cantons.

**Tableau 8 : Y a-t-il des brochures, dépliants, manuels, pages internet, etc. de votre canton qui traitent de ce sujet?**



Des informations plus précises sont fournies au chapitre 3.5 et à l'annexe H contenant les exemples proposés par les cantons, avec généralement des documents accessibles par internet.

### 3.5. Exemples d'actions concrètes de promotion des compétences en santé / Beispiele von Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz

Voir l'Annexe H : Exemples d'actions proposés par les cantons

Les actions relevées par l'étude d'inventaire sont celles qui ont été nommées par les acteurs cantonaux de leur point de vue professionnel en tant que contribuant à la promotion des compétences en santé de la population. On n'a pas effectué de sélection dans les informations fournies, mais seulement éliminé les « doublons ».

La méthodologie invitait les acteurs à citer un relativement grand nombre d'actions cantonales pouvant contribuer à la promotion des compétences en santé de la population. On demandait de décrire ces actions en précisant le nom de l'action, l'acteur responsable, le but, les activités, les groupes cibles et à indiquer la documentation disponible. Une première série de six exemples était proposée :

**Quelles mesures concrètes sont réalisées par votre canton ou sur mandat de votre canton qui ont pour but de promouvoir/renforcer les compétences en santé de la population ou de groupes spécifiques?**

Veuillez décrire les exemples en précisant dans la fenêtre: nom de l'action =... acteur =... but =... activités =... groupe cible =... documents (décrivant cette action)=... + où les trouver

suivi de deux séries de trois exemples ciblant des groupes de population plus spécifiques,

**Y a-t-il des mesures particulières visant des personnes et groupes de population avec un bas niveau de formation ou qui rencontrent des obstacles culturels ou linguistiques?**

**Y a-t-il des mesures pour des groupes particulièrement vulnérables ou difficiles à atteindre (personnes marginalisées par un handicap, enfants préscolaires, jeunes retraités, personnes très âgées, etc.)?**

et finalement une dernière série de 2 exemples d'actions passées,

**Y a-t-il eu par le passé d'autres mesures concrètes dans ce domaine que vous souhaitez mentionner ici ?**

soit en tout 14 possibilités de présenter des actions.

Enfin, on a demandé de nommer des institutions présentes dans le canton qui sont, elles aussi, actives dans la promotion des compétences en santé :

**Autres acteurs et institutions partenaires**

Pourriez-vous encore indiquer les noms de quelques institutions de votre canton (surtout non étatiques) actives et compétentes dans le domaine de la promotion des compétences en santé ?

Dans la méthodologie choisie pour cet inventaire – orienté en fonction des perceptions propres des cantons concernant la promotion des compétences en santé – on n'a volontairement pas fixé de critères pour caractériser quelles actions sont effectivement promotrices de compétences en santé et quelles actions ne rempliraient pas un tel critère. En effet, l'intérêt que nous avons décidé de porter aux définitions propres des acteurs, dans leur diversité, ne permet pas de leur imposer ensuite notre définition et nos critères comme seuls valides. On reviendra sur cet aspect dans la discussion aux chapitres 4 à 6

Certains acteurs cantonaux ont répondu de manière très spécifique en décrivant des interventions clairement conçues pour promouvoir les compétences en santé de la population ou de groupes de population particuliers. D'autres ont mentionné des domaines ou des programmes dans le cadre desquels ils jugent qu'il y a de la promotion des compétences en santé, sans

préciser en quoi consistent les aspects particuliers qui contribuent à la promotion des compétences en santé.

**Au total, les acteurs de 19 cantons<sup>3</sup> ont cité 179 exemples**, présents ou parfois passés, qui illustrent à leurs yeux ce qui se fait pour la promotion des compétences en santé de la population (ou de groupes de population). Les exemples sont souvent documentés par des références précises aux sites web des cantons ou des programmes.

Le nombre d'exemples cités est variable selon les cantons, reflétant plutôt la manière de rendre compte des actions que la réalité des efforts entrepris. Ce nombre varie aussi selon qu'une ou plusieurs réponses ont été retournées par le canton.

**Tableau 9 : Nombre d'exemples proposés par canton :**

AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL
5	-	0	12	5	-	9	8	9
GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO
5	9	6	12	9	0	9	-	18
SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	Total
7	13	8	-	9	0	16	10	179

#### Domaines concernés par les exemples :

- De nombreux exemples sont situés dans le cadre de la mise en œuvre cantonale des grands programmes nationaux de prévention et promotion de la santé : alimentation, exercice physique et poids corporel sain (cité par 15 cantons), tabac, alcool, dépendances (11 cantons), santé psychique et alliance contre la dépression (8 cantons). De manière plus ou moins précise, des éléments de ces programmes visent aussi la promotion des compétences en santé, dans le domaine particulier ou plus généralement.
- D'autres exemples ont un objet plus pédagogique et méthodologique (compétences des parents, des enseignants, des multiplicateurs, etc.). A noter, également, des actions visant les acteurs membres des autorités locales et des services publics ou parapublics afin de faciliter l'accès de la population et la participation communautaire.
- Il n'y a en revanche presque aucun exemple concernant le fonctionnement et l'utilisation du système de santé et les domaines « classiques » de santé publique (vaccination, dépistage, hygiène dentaire, hygiène générale, prévention des accidents) sont quasiment absents du catalogue, à l'exception des programmes de dépistage du cancer du sein (4 cantons) et de la vaccination HPV des jeunes filles et femmes (4 cantons). La promotion et l'exercice des droits des patients sont très rarement cités, de même que la navigation dans le système de l'assurance maladie (obtenir des subsides de réduction des primes, changer d'assureur, choisir un modèle de managed care...).
- Les groupes de population et les settings cibles sont assez variés. De nombreux exemples concernent des groupes cibles très précis par des actions de petite dimension, dont le modèle est répété. Il y a très peu d'actions à large échelle.
- On retiendra un très grand nombre de mesures visant les jeunes parents avec de petits enfants (0-4 ans), en particulier les femmes issues de la migration (modèles Mütter-&Väter-Beratung, Femmes-Tisches, Miges-Balu, Schritt'weise, Frühförderung, Stark durch Erziehung, FamiSup, Guter Start ins Kinderleben, Education familiale...) ou les personnes ayant peu de formation, avec souvent la thématique de l'alimentation des enfants (et parents) et le

<sup>3</sup> Les cantons d'AR, OW et VS n'ont pas cité d'exemples, les cantons de AI, BS, SH et UR n'ont pas répondu.

passage entre éducation et santé. Certains de ces programmes ont principalement un contenu de santé (soins aux petits enfants, alimentation), d'autres ont plutôt d'abord un contenu de compétences sociales et d'intégration, avec des applications possibles dans le domaine de la santé. A noter aussi : des programmes concernant l'accueil de jour extra-familial des petits enfants (crèches et « mamans de jour »).

- Il y a également un grand nombre d'actions en milieu scolaire, selon diverses approches : programmes collectifs d'établissements (réseau d'écoles promotrices de santé), développement de programmes et de contenus d'enseignement, programmes pour la santé des enseignants, réforme de la médecine scolaire et de la santé scolaire.
- Plusieurs cantons citent des programmes visant la population âgée et son entourage (proches aidants), dans 12 cantons, et selon diverses thématiques : santé en général, prévention des chutes, canicule, soins palliatifs, etc.
- Un grand nombre d'exemples précisent disposer de matériels de communication en plusieurs langues et de multiplicateurs multiculturels. Le rôle des « délégués cantonaux à l'intégration » est à souligner (5 cantons).
- Quelques cantons indiquent des actions pour permettre l'accès aux soins de santé aux personnes particulièrement démunies, comme les migrants sans papier (4 cantons). Les aspects liés à la prostitution, aux mutilations génitales sont aussi évoqués, jusqu'à des actions de promotion de la gymnastique pour les femmes issues de la migration. Un canton souligne ses efforts pour la santé en prison.
- Quelques cantons mentionnent des programmes destinés aux personnes touchées par des maladies (pulmonaires, rhumatismales, cancer, sida) ou à des personnes handicapées (pro infirmis). Ils signalent aussi le soutien donné à la promotion et coordination des groupes d'entraide. A noter également des programmes de compétences pour la réduction des risques liés à la toxicomanie.

### En résumé :

Le vaste inventaire d'actions citées par les acteurs cantonaux ne peut pas être considéré comme un reflet représentatif de « tout ce qui se fait... » dans ce domaine, mais plutôt comme un reflet de « ce qui est étiqueté par les acteurs comme contribuant à... » la promotion des compétences en santé. Il y a donc un degré d'interprétation par les acteurs, à prendre en compte faute de mieux, vu qu'on se repose sur leurs déclarations.

De même, il faut se rappeler que les modèles indiqués ne peuvent pas être considérés automatiquement comme des modèles « efficaces », dont on pourrait mesurer précisément l'impact et l'efficacité. Il s'agit néanmoins d'efforts conscients dans la direction d'une promotion des compétences en santé.

Compte tenu de ce flou, lié à la méthodologie de l'enquête d'inventaire mais aussi, plus fortement, au caractère encore peu défini de la notion de « promotion des compétences en santé de la population », il y a une opportunité et une nécessité de poursuivre l'effort de clarification et notamment de mettre les acteurs et experts d'accord sur certains critères précis. On y reviendra dans la discussion et les recommandations (chapters 4 à 6).

En l'état actuel, l'inventaire montre une réalité, à savoir l'existence d'un grand nombre d'actions réalisées par les cantons avec une visée de promotion des compétences en santé. Ce réservoir d'expériences et de modèles constitue un terrain favorable pour approfondir cette perspective et pour étendre, systématiser ou répliquer ces actions.

### 3.6. Projets d'avenir au plan cantonal et attentes envers le niveau national / Zukunftsprojekte und Erwartungen der Kantone an die nationale Ebene

#### Voir Annexe I : Projets d'avenir et Attentes envers le niveau national

15 cantons donnent des informations sur leurs projets d'avenir dans le domaine de la promotion des compétences en santé de la population.

Dans un grand nombre de ces cantons, on évoque un approfondissement des démarches de promotion de la santé, selon des programmes thématiques cantonaux en cours de développement ou de mise à jour, qui devrait permettre de mieux ancrer également la promotion des compétences en santé de la population. La différence entre les deux objectifs et les deux domaines est parfois difficile à percevoir, car la promotion des compétences est souvent implicite dans la stratégie de promotion de la santé. Ceci colle d'ailleurs avec la lecture originale et actuelle de la Charte d'Ottawa. En revanche, les grilles suisses de critères de qualité pour les projets de promotion de la santé (Quintessenz et Critères de Santé Publique Suisse) n'évoquent pas de manière précise la promotion des compétences en santé.

Parmi les domaines thématiques, soulignons la promotion de la santé psychique (6 cantons) et des programmes dans le domaine de la migration et des inégalités socio-économiques (6 cantons).

Plusieurs cantons mentionnent également l'intensification de l'approche multisectorielle et la collaboration de services autres que ceux du Département de la santé : services de l'enseignement, du développement régional, de l'intégration, de l'égalité, des sports, des transports publics et de la mobilité, en insistant sur la nécessité de coordination au sein du canton. A noter l'insistance sur une approche par setting et intégrant les composantes structurelles, pour éviter les impasses d'actions exclusivement comportementales ou seulement informatives.

De fait, très peu d'indications concernent exclusivement l'aspect des compétences en santé de la population, qui sont implicitement intégrées dans la promotion de la santé.

Aucun projet cantonal ne prévoit de traiter l'aspect des compétences en santé en relation avec la gestion de la maladie et le recours au système de santé et d'assurances maladie.

#### **Attentes envers le niveau national (Confédération / OFSP, CDS, Promotion Santé Suisse...)**

18 cantons expriment des attentes, qui convergent principalement vers la coordination, l'échange d'évidences et de modèles de bonnes pratiques, le transfert de méthodologies et de savoir-faire. Il est souligné que tous les cantons ne peuvent pas faire à leur niveau un travail de conception et de développement dans ce domaine. Les programmes nationaux de prévention et promotion de la santé, par exemple pour l'alimentation et l'activité physique, la lutte contre le tabagisme et l'abus d'alcool, la transmission du sida, la santé des migrants, la santé sur le lieu de travail, la lutte contre la dépression, etc. constituent à cet égard, à leur avis, un soutien très utile. Il s'agirait de les développer dans les domaines encore lacunaires (santé psychique par exemple).

La Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé est attendue par certains pour régler de manière contraignante les tâches des cantons dans le domaine de la prévention et promotion de la santé, et pour éviter des doublons. Aucun répondant n'évoque cependant le fait que le projet de loi fait explicitement référence à l'aspect de la promotion des compétences en santé.

Le soutien national devrait aussi être financier, ce que soulignent en particulier les petits cantons, comme c'est le cas pour les mesures d'intégration des migrants (financées par l'Office fédéral des

migrations). Les grands cantons ou les cantons déjà très actifs sont aussi volontiers demandeurs d'une intensification de la coopération et des échanges.

Plusieurs soulignent aussi que la démarche (cantonale et nationale) doit être multisectorielle, impliquer les responsables du développement territorial, relier par exemple l'agriculture et la planification des transports à la santé, et toucher également les acteurs de l'économie.

A noter enfin le plaidoyer pour le modèle des Mütter- und Väterberatungen, qui représentent une ressource essentielle pour le développement des compétences en santé et compétences éducatives des jeunes parents. La prise en compte de cette forme d'action devrait être meilleure au niveau politique national, alors qu'il s'agit pour le moment actuel d'une action très discrète, où le bénévolat et l'engagement local dominant. Au-delà d'un commentaire individuel, ce plaidoyer est à mettre en relation avec les très nombreux exemples cantonaux qui citent cette approche et soulignent leurs efforts pour la rendre accessible aux personnes issues de la migration ou à bas niveau de formation.

## 4. Analyse et discussion des résultats de l'inventaire / Analyse und Diskussion der Erhebungsdaten

### 4.1. Participation des cantons à l'étude d'inventaire / Kantonale Teilnahme bei der Erhebung

La participation de 22 cantons à l'étude d'inventaire, et la qualité, la quantité et la précision des réponses reçues montre que la réflexion conduite par l'Alliance Compétences en santé rejoint une réflexion partagée par les acteurs de terrain dans les cantons.

Il s'agit en effet d'une thématique importante, qui faisait déjà partie des principes fondamentaux de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) et du mouvement de citoyenneté active dans la société civile, et qu'on a retrouvé aussi fortement dans les efforts en direction de la décision médicale partagée (« *shared decision making* »). La formalisation actuelle sous le terme des « compétences en santé », à partir de 2000 (Don Nutbeam, *Health literacy as a public goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, 2000) habille sous des termes nouveaux des réflexions qui étaient déjà partagées par les acteurs et experts de santé publique depuis une dizaine d'années au moins. Les efforts conduits en Suisse autour de ce thème, par l'Office fédéral de la santé publique, Promotion Santé Suisse, Santé publique suisse et maintenant l'Alliance suisse Compétences en santé, et aussi plusieurs projets de recherche scientifique (Weng & Schmid « Future Patient », Abel, Bruhin & Sommerhalder « Health literacy », Maag & Kichbusch « Enabling healthy choices... », Stutz & Spycher, etc.) ont été perçus par les professionnels de santé publique et nourrissent leurs réflexions. De même les efforts menés en Suisse depuis 1986 ans pour la lutte contre le sida, puis depuis 15 ans dans les domaines « Santé et migration » et « Gender health », et plus récemment au sein de la stratégie suisse « e-health », ont ouvert des pistes pour une mise en œuvre concrète de ces notions. Enfin, la dynamique des groupes d'entraide, particulièrement active depuis plus de 30 ans en Suisse allemande et aujourd'hui renforcée dans l'ensemble de la Suisse (Selbsthilfe-Kontaktstellen et Fondation KOSCH ; Association AGILE), apporte une contrepartie « laïque » ou « populaire » aux points de vue des experts.

Même si il n'existe pas de « programme national » officiel pour la promotion des compétences en santé, le sujet recueille un intérêt et des suscite des efforts dans de nombreux milieux de la sphère de santé publique. Dans ce contexte, la participation active des acteurs cantonaux à notre inventaire – à quelques exceptions près – confirme que **le concept est perçu, connu et soutenu**. Des actions de terrain, parfois modestes, parfois plus systématiques, sont conduites. Certaines depuis plus de 10 ans.

Il est cependant évident, à la lecture des réponses, qu'on est encore dans un domaine assez imprécis et tâtonnant, qui manque de critères et de concepts précis et établis, ainsi que de preuves d'efficacité des actions. La participation et l'intérêt des acteurs cantonaux donnent un **signe encourageant afin de poursuivre ces efforts** et d'aller vers une conceptualisation, une systématisation et mise en œuvre plus cohérentes. Ce thème largement partagé ne saurait être réservé à une approche scientifique, car la traduction en actions de terrain est clairement souhaitée.

En revanche, il paraît que le sujet reste une préoccupation des spécialistes en santé publique et peine à percer dans les autres champs de l'action en politique de santé, en politique sociale ou en gestion publique plus largement.

## 4.2. Définitions / Definitionen

Notre inventaire n'a volontairement pas le caractère d'une vision exhaustive de toutes les formes d'action et de tous les points de vue présents en Suisse. La majorité des répondants sont des délégués cantonaux à la promotion de la santé et des médecins cantonaux. Heureusement ce reflet est complété par l'avis d'autres professionnels responsables d'autres secteurs ou domaines dans les administrations cantonales.

Les résultats obtenus par la question relative à la définition de la notion « promotion des compétences en santé de la population » rejoignent grandement nos propres attentes. Cela pour les raisons suivantes :

- Des représentants de professions et d'instances diverses traitent ce thème à partir de modèles de santé et de maladie différents. Il en résulte des efforts et essais de définition pour ce jeune concept de « compétences en santé ». Il serait pertinent de préciser à chaque fois, pour chaque projet de recherche ou de mise en œuvre d'action, ce que l'on comprend précisément par « compétences en santé » et quels aspects de cette notion encore multiforme l'on cherche à concrétiser par les actions entreprises. Cette clarification n'exclut pas – au contraire – de rechercher une référence de base commune.
- En guise d'orientation commune dans ce domaine, on pourrait se rallier à la vision suivante : **La population en Suisse prend activement conscience de ses potentiels de santé, et elle peut se servir dans ce but – lorsque c'est nécessaire – d'instruments et de structures de soutien adéquats proposés par la santé publique et l'éducation.** De la sorte, chacun et chacune peut prendre dans sa vie quotidienne des décisions qui ont des effets positifs sur sa santé et sur la santé d'autrui.
- Le travail de conceptualisation et de définition de D. Nutbeam et I Kickbusch ainsi que les approfondissements ultérieurs effectués en Suisse ont atteint un relativement haut niveau de connaissance et d'acceptation parmi les professionnels de santé publique que nous avons interrogés dans les cantons.
- Le concept des compétences en santé de la population n'est en revanche encore que peu diffusé et connu en dehors des cercles de santé publique.

## 4.3. Concepts relatifs aux compétences en santé contenus dans les législations et les stratégies cantonales / Kompetenzansätze in Gesetzgebung und Strategien

Les législations cantonales citées par les répondants ne contiennent pas le terme « compétences en santé », mais elles en évoquent le contenu par trois éléments :

- l'accent fondamental mis sur l'importance de la responsabilité individuelle (et plus rarement collective) des individus pour leur santé,
- la mission du canton de promouvoir la santé et la prévention des maladies, et donc de donner à la population les moyens d'adopter des comportements et modes de vie favorables à la santé,
- et le respect des droits des patients dans leur recours aux prestations du système de santé, par une information précise sur leur état de santé et les traitements qui leur sont proposés, et le droit à décider d'accepter ou refuser ces traitements.

Certains cantons vont plus dans les détails de ces notions, en précisant les formes d'aide, d'éducation et de conseils, en évoquant les déterminants collectifs de la santé, que les individus ne peuvent souvent que faiblement influencer, mais aussi le potentiel de l'action communautaire.

Les stratégies cantonales soulignent combien la population devrait (idéalement) pouvoir contribuer, par sa responsabilité personnelle envers sa santé, à diminuer les risques de maladie et à promouvoir une bonne santé. En agissant ainsi, elle devrait aussi avoir une influence sur les dépenses collectives nécessaire pour rétablir la santé. Les citoyens sont donc des acteurs et non seulement des « cibles » des programmes cantonaux. La tâche des cantons est de sensibiliser et de fournir une information adéquate, mais aussi de promouvoir une éducation de base et une éducation citoyenne pour toute la population.

Là également, certains cantons sont plus explicites que d'autres dans leurs formulations et mettent un accent plus soutenu sur les aspects de « Selbstbestimmung / Empowerment / Eigenverantwortung / Fähigkeiten und Potentiale der Einzelnen / individuellen Ressourcen und Kompetenzen ».

Les différences entre les cantons, au niveau de la législation ou des documents stratégiques, relèvent probablement de certaines sensibilités politiques particulières. On ne saurait cependant en conclure que les cantons moins prolixes sur ces questions, ou relevant d'une autre « génération » théorique, ne mettent pas aussi en œuvre des actions qui contribuent à la promotion des compétences en santé. Comme on l'a vu, par les définitions et par les exemples concrets, il est fréquent que l'aspect de la promotion des compétences en santé soit une facette (parfois mineure, parfois plus importante) des programmes de promotion de la santé et des autres efforts – peu nommés dans l'inventaire – concernant par exemple le rapport des citoyens avec le système de soins et d'assurance maladie.

La diversité des approches stratégiques et législatives est néanmoins intéressante et mérite d'être approfondie dans les étapes ultérieures de la réflexion sur ce sujet.

En particulier, l'opportunité que devrait donner la Loi fédérale sur la promotion de la santé et la prévention, en mentionnant explicitement la promotion des compétences en santé de la population, constitue un futur chantier pour de telles élaborations stratégiques et législatives et exigera sur cette question une recherche de consensus théorique et opérationnel entre les cantons et avec la Confédération.

#### **4.4. Domaines où les cantons sont actifs / Handlungsbereiche der Kantone**

Les réponses à la batterie de questions concernant les champs où les cantons sont actifs pour la promotion des compétences en santé montrent une nette prédominance pour les actions dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, alors que les répondants indiquent très peu d'activités en relation avec le domaine de la maladie et des traitements médicaux. On retrouve la même tendance dans le long catalogue des exemples donnés de manière précise et concrète.

Cette orientation très unilatérale est peut-être un effet de la sélection des répondants (une majorité de responsables pour la promotion de la santé et la prévention), mais elle peut aussi être rattachée aux préférences théoriques que l'on observe dans les définitions personnelles des répondants : ils/elles mettent essentiellement l'accent sur la compétence et la responsabilité des individus pour maintenir, voire améliorer leur santé individuelle. Les réponses données par les médecins cantonaux suivent d'ailleurs exactement la même tendance essentiellement « salutogénétique ».

La compétence pour reconnaître la maladie, se soigner soi-même ou soigner ses proches, recourir adéquatement aux professionnels et institutions de santé les intéresse moins, et ne constitue pas un champ où ils/elles reconnaissent une mission à leur canton.

Cette perception dominée par la promotion de la santé est peut-être erronée, ou biaisée, car il existe en réalité dans tous les cantons – à notre connaissance de l'activité des cantons, documentée par les sources publiques – des actions concrètes d'explication et de sensibilisation à la population visant le recours approprié et raisonnable au système de santé. Il s'agit d'une part de campagnes d'information cantonales ou dans les institutions de santé sur les droits des patients : consentement informé, droit à l'information, droit à l'accès au dossier médical, voies de plaintes, etc. Ces aspects sont d'ailleurs clairement précisés dans les lois de santé de tous les cantons.

D'autre part, tous les cantons mènent depuis l'entrée en vigueur de la LAMal (1996) une action d'information systématique concernant les droits des assurés maladie, en particulier sur le droit et à la procédure pour obtenir les réductions de prime d'assurance maladie (LAMal, art 65, al. 4 : « Les cantons informent régulièrement les assurés de leur droit à la réduction des primes. ») et sur les démarches à entreprendre pour changer d'assureur maladie (en complément de l'information que les assureurs doivent donner aux assurés, selon LAMal, art. 7, al. 2 : « L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'OFSP au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. »). Chaque canton a mis à disposition des assurés des tabelles comparatives sur les assureurs-maladie présents dans le canton et sur les primes, et permet ainsi la comparaison. La plupart offrent aux assurés des modèles de lettres de démission et de changement d'assurance. Déjà avant l'entrée en vigueur de la LAMal, la plupart des cantons avaient mis en place des programmes d'encouragement à l'assurance maladie accompagnés de subventions cantonales pour certaines couches d'assurés (revenus modestes, enfants, familles nombreuses, etc.).

En outre, les cantons donnent des informations concernant l'accès aux institutions de santé (hôpitaux et polycliniques, soins à domicile, établissements médico-sociaux, réseaux de soins spécialisés, etc.) et ont souvent mis en place des services de conseil et d'orientation pour répondre aux besoins particuliers des patients.

Il faut constater que l'action cantonale dans ces domaines, qui contribue à une partie des compétences en santé de la population, dans ses rapports avec les prestataires de soins et avec les assureurs, n'a été mentionnée par aucun répondant.

#### 4.5. Exemples d'actions proposés par les cantons / Aktionsbeispiele

En invitant les cantons à présenter leurs activités sans fixer des critères *a priori*, l'étude d'inventaire a permis de prendre connaissance d'un très grand nombre d'efforts entrepris avec pour but de promouvoir les compétences en santé de la population.

Le nombre d'exemples récoltés – exemples précis et spécifiques ou domaines programmatiques dans lesquels des actions ont aussi pour but la promotion des compétences en santé – montre à quel point il existe déjà une vaste diversité, parfois aussi une tradition, d'engagements concrets pour promouvoir les compétences en santé. Les sujets particuliers sont diversifiés, les settings et les « groupes cibles » également. Il en ressort néanmoins l'existence d'un fonds théorique et d'une approche opérationnelle relativement unifiés.

A la lecture de ces exemples, et en prenant appui sur la littérature de santé publique spécialisée, on peut commencer à définir un certain nombre de **critères qui spécifient ce qui constitue précisément des actions de promotion des compétences en santé** de la population. En particulier il s'agit de tracer une délimitation entre la promotion des compétences en santé et d'autres domaines de la santé publique (promotion de la santé et prévention, éducation à la santé, éducation des patients, organisation et accessibilité du système de santé, programmes de santé publique, programmes et réseaux de soins, etc.).

Dans une deuxième étape, nettement plus ardue, il serait nécessaire d'identifier des critères d'efficacité de telles actions, en termes de résultats mesurables sur les compétences en santé de la population et – dans une chaîne de causalité suivante – sur le niveau de santé de la population.

Nous nous limiterons ici à proposer la première liste de critères, comme élément de discussion pragmatique, et passerelle entre la pratique et le travail scientifique dans ce domaine. Nous ne nous hasarderons pas à proposer des critères d'efficacité, mais rappelons la pertinence des critères de gestion de projet (modèle Quintessenz).

#### **Proposition d'une liste de critères pour spécifier des actions de promotion des compétences en santé**

On devrait probablement retenir les éléments suivants :

- intention explicite de promouvoir les compétences en santé de la population ou de groupes de population (même si ce n'est pas le but principal de l'action)
- action directe auprès de la/des population/s cible/s ou via des multiplicateurs
- participation active des personnes concernées
- déploiement adéquat des actions, afin d'atteindre une couverture élevée de la population cible
- méthodologie spécifique proposée aux personnes ou aux multiplicateurs
- apprentissage de méthodes et de compétences qui sont applicables dans différents contextes
- former à la discussion critique des informations et à la recherche d'informations fondées
- influencer la compréhension de la réalité, la prise de décisions et les habitudes / comportements
- application possible et concrète à des domaines de la vie quotidienne
- appui sur les composantes culturelles, éducationnelles et contextuelles des personnes
- considération particulière des personnes à bas niveau de formation/éducation générale
- considération particulière des obstacles structurels à l'exercice des compétences en santé
- déclinaison en plusieurs langues
- toucher également des groupes très vulnérables ou difficiles à atteindre
- mobiliser les effets de groupe dans le processus d'acquisition des compétences
- etc.

Cette liste provisoire de critères devra évidemment faire l'objet d'une discussion plus approfondie, réunissant praticiens et experts. Il ne s'agit pas seulement de clarifier des critères théoriques, mais plutôt de faciliter et consolider la mise en œuvre de programmes et actions qui contribuent effectivement et efficacement à augmenter les compétences en santé de la population ou de groupes de population particuliers.

Nous n'avons pas cherché, compte tenu du temps et de la nature des informations rassemblées, à passer au crible de ces critères l'ensemble des exemples proposés par les répondants cantonaux. Il est probable qu'une partie importante des exemples remplit une partie significative des critères.

#### **4.6. Projets d'avenir des cantons et attentes envers le niveau national / Zukunftsprojekte und nationale Perspektive**

Les **projets d'avenir** indiqués par les répondants cantonaux en relation avec la promotion des compétences en santé visent principalement un approfondissement du lien entre cet objectif et les programmes de promotion de la santé. Dans ce secteur de la santé publique, il y a un chevauchement théorique qui devrait être mieux maîtrisé.

La deuxième piste évoquée par les cantons concerne l'intensification des approches et collaborations multisectorielles, impliquant d'autres services et départements des administrations cantonales et des acteurs partenaires externes. A nouveau, un lien très direct est établi entre promotion des compétences en santé et promotion de la santé.

En revanche, le champ des compétences en santé appliqué à la gestion de la maladie, au recours à la médecine et au système de santé, ainsi que concernant le système des assurances sociales et maladie n'est évoqué par personne.

On relève donc une fois encore la prédominance des préoccupations de promotion de la santé et une certaine difficulté à penser les « compétences en santé » dans la diversité de leurs domaines d'application.

Le lien entre les compétences élémentaires – liées au monde de la formation et de l'éducation – et les compétences en santé est rarement évoqué par les professionnels de santé cantonaux, quand bien même les récents plans cadre de la formation scolaire (Lehrplan 21 en Suisse allemande, Plan d'Etudes Romand PER d'autre part) ont élaboré des propositions pour joindre ces deux perspectives.

Dans une approche plus systématique des compétences en santé de la population, les lacunes constatées ci-dessus peuvent représenter des obstacles, qu'il faudra thématiser et surmonter.

Les **attentes envers le niveau national**, principalement la Confédération, mais également la coopération intercantonale et les centres de compétences nationaux (Promotion Santé Suisse, Alliance compétences en santé, etc.) concernent surtout des échanges de savoirs et bonnes pratiques et la coordination de programmes. A cela s'ajoute une demande de soutien financier, sur le modèle déjà appliqué dans d'autres domaines (intégration des migrants par exemple), surtout nécessaires pour les petits cantons.

Implicitement, il y a une attente pour un cadre de référence partagé, établi et utilisable par l'ensemble des cantons et des autres acteurs concernés.

Le cadre offert par le projet de Loi fédérale sur la prévention, en termes de gouvernance et de soutien méthodologique et financier, pourrait constituer un support tout à fait approprié.

D'autre part, des stratégies et programmes thématiques définis au niveau national sont des instruments tout à fait bien accueillis.

Il est à noter que les stratégies et programmes mentionnés par les cantons sont ceux du champ de la promotion de la santé, alors que des stratégies plus liées au système de santé (managed care et réseaux de soins, e-health, déploiement de la médecine générale et nouvelles perspectives des professions de santé, etc.) ne leur sont pas venues à l'esprit. De notre point de vue, il y a pourtant là un très important champ à creuser pour promouvoir les compétences en santé de la population.

Les acteurs cantonaux n'ont en revanche pas évoqué des contributions sur le plan théorique et scientifique, ni sur le plan de la formation des spécialistes, deux secteurs qui trouveraient une grande pertinence pour soutenir un développement de ce domaine.

## 5. Résultats et recommandations des Focus Groups / Ergebnisse und Empfehlungen der Fokusgruppen

Voir l'Annexe D : Liste des participants aux Focus Groups  
et l'Annexe J : Notes résumées sur le contenu des Focus Groups

Les trois « Focus Groups » organisés au mois d'août 2011, à Zurich, Olten et Lausanne, ont eu pour but de confronter les réponses reçues par le moyen de l'inventaire avec les avis des praticiens cantonaux et d'un certain nombre d'experts. Il s'agissait particulièrement de débattre des trois aspects suivants :

- les définitions proposées pour le concept « compétences en santé »
- les domaines d'activité des cantons pour la promotion des compétences en santé
- les exemples d'intervention livrés par les cantons.

Planifiés relativement tard et à une période peu propice, ils n'ont rassemblé qu'un petit nombre de personnes intéressées : les représentants de 5 cantons et 7 experts, ainsi que les deux chargés du projet.

La **variété des définitions** données par les acteurs cantonaux ne surprend pas les experts, qui reconnaissent que le thème est encore assez diffus et implique de très nombreux aspects. Il paraît à tous nécessaire de disposer d'une définition simple et courte comme instrument de communication, mais en même temps de rendre attentif aux différents niveaux des compétences en santé, aux secteurs de vie et de santé qu'elles recouvrent, aux composantes liées à la diversité sociale et culturelle des populations, etc. La **définition retenue par l'OFSP**, à partir de D. Nutbeam et I. Kickbusch, représente bien le « fonds commun » partagé par les experts et les acteurs. Mais, dans certains contextes de recherche d'une part, des contextes opérationnels d'autre part, il s'agit souvent de formuler une définition plus complexe.

Il n'est pas étonnant que les définitions des acteurs cantonaux mettent un **accent principal sur la santé individuelle** et non sur des aspects populationnels et culturels plus globaux. Cela tient notamment aux présupposés théoriques et aux conceptions politiques qui mettent en avant l'autonomie et la responsabilité de l'individu plutôt que les déterminants collectifs, sociétaux, économiques, culturels, etc. de la santé des populations.

Les indicateurs des compétences en santé, tels qu'ils ressortent des travaux scientifiques (enquêtes sur les compétences de la population), informent eux aussi surtout sur des facteurs individualisés et peinent à montrer à quel point il y a en arrière fond des déterminants collectifs, des structures sociales et institutionnelles, des modèles professionnels, des mécanismes de reproduction sociale, etc.

La construction théorique du concept des compétences en santé, dans la littérature de santé publique et dans la pratique des acteurs de santé, conduit aussi tendanciellement à rester dans le champ propre de la santé, voire seulement dans le segment de la promotion de la santé. Il est difficile dans ce contexte de favoriser une perception multisectorielle et globale qui tient compte d'une part de l'éducation de base (literacy) et des compétences sociales (social skills), d'autre part de l'implication possible d'autres secteurs de la société (aménagement urbain, organisation de l'économie, politique sociale, développement durable, etc.).

Ce cloisonnement est redoublé par les cloisonnements institutionnels au sein des administrations publiques entre départements et services et par une logique de programmes et projets qui sont pilotés en « propriété » par les services et acteurs de santé. On rappellera aussi le cloisonnement entre la promotion de la santé et le monde de la médecine curative.

La priorité donnée aux **compétences en santé liées à la promotion de la santé** – parmi les champs d'action des activités cantonales – ne surprend pas les experts. Elle correspond d'une part à l'organisation du travail des acteurs cantonaux, et à la sélection que nous avons opérée en interrogeant les délégués à la promotion de la santé et les médecins cantonaux. D'autre part, elle s'inscrit dans une filière d'Education à la santé qui remonte au XIX<sup>ème</sup> siècle (hygiénisme) et au XX<sup>ème</sup> (comportementalisme), dans lesquels l'autonomie et la responsabilité des individus – soulignées fortement – rejoignent les injonctions paternalistes proférées aujourd'hui encore par les experts médicaux, les éducateurs et les médias qui les relaient. Dans la phase contemporaine de cette tradition, la composante des « compétences en santé » est souvent un nouvel avatar d'un idéal de responsabilisation des individus, qui prend en considération les ressources et les préférences des personnes.

De nombreux facteurs de résistance expliquent pourquoi les **compétences en santé liées à la gestion de la maladie et à l'utilisation adéquate du système de santé** sont si peu thématiques et font l'objet de peu d'actions. Les rigidités et positions dominantes de la corporation médicale et des institutions sanitaires, les régulations des assureurs maladie et autres, l'extrême faiblesse des organisations de patients, et les modes de gouvernance de la politique de santé font qu'on ne peut pas facilement promouvoir les compétences en santé dans ce domaine. Et pourtant, les acteurs politiques et les experts ne se lassent pas d'appeler de leurs vœux une « consommation plus raisonnable et plus économe » des prestations et produits de santé qui devrait contribuer à freiner la croissance continue des dépenses pour le secteur de la santé.

On a par ailleurs évoqué un exemple d'actualité assez éclairant : la votation au canton de Zurich le 4 septembre 2011 sur l'abrogation d'une loi cantonale obligeant les communes à offrir à la population adulte une « hauswirtschaftliche Fortbildung » (éducation continue ménagère), c'est-à-dire une palette de cours dans les domaines de la couture, de la cuisine, la santé familiale, le rôle parental, les relations avec les autorités et les services publics, etc. Le gouvernement et le parlement zurichois ont proposé de supprimer l'obligation faite aux communes et de les laisser libre d'offrir ou non de tels supports de « compétences de vie quotidienne », incluant des compétences en santé. Un référendum contre l'abrogation de cette loi a été lancé par les organisations syndicales et les partis de gauche ainsi que par les professionnels de l'éducation populaire. Le résultat du vote a finalement été très serré, l'abrogation étant finalement approuvée par 114'826 voix (50,2%) contre 113'876 avis contraires.

On a aussi débattu du fait que l'action des cantons vise surtout des populations particulières : parents et jeunes enfants, élèves scolarisés, adolescents, migrants, personnes âgées, alors que très peu est entrepris à l'intention de la population adulte indigène de 20 à 60 ans. Le présupposé de l'autonomie et de la responsabilité individuelle des « adultes éduqués et vaccinés » viendrait faire écran à une promotion des compétences en santé pour cette population, de la part des acteurs publics. En revanche, cette fraction du public est la cible des magazines féminins ou masculins de « bien-être », des commerces de produit « bonne santé » et des publicités de toutes sortes. Derrière cette réflexion, on retiendra le fait que les services de santé publique agissent selon des « mandats » sociaux ou sanitaires historiquement déterminés, dans lesquels la population adulte a relativement peu de place. On doit là aussi rappeler l'inertie et le cloisonnement des structures institutionnelles dont les mandats historiques sont rarement révisés.

La définition de **critères qui permettraient de préciser clairement ce qu'est « une action de promotion des compétences en santé »**, distincte d'une action de promotion de santé ou d'une autre action de santé publique, a mobilisé également les participants aux focus groups. Il paraît à tous nécessaire de pouvoir caractériser précisément ce domaine d'action et d'éviter la confusion usuelle. Plusieurs éléments ont été avancés, que nous avons repris et mentionnés dans le chapitre 4.5. On a partagé l'avis que ces critères n'existent actuellement pas de manière clairement articulée, y compris dans la littérature récente. Une contribution pertinente est fournie par la Thèse de doctorat de Stephan Brändlin.

Ce dernier point soulève la nécessité de poursuivre un dialogue entre experts scientifiques, experts des actions de terrain et spécialistes en stratégies de santé publique.

## 6. Conclusions et recommandations / Diskussion und Empfehlungen

A l'issue de cette étude d'inventaire, les auteurs remercient l'Alliance Compétence en santé et Promotion Santé Suisse pour l'occasion qui a été donnée de réaliser une vision d'ensemble de la manière dont la notion de « promotion des compétences en santé de la population » est perçue par les acteurs cantonaux et comment elle est mise en œuvre par des actions concrètes. Ce mandat exploratoire a permis de donner un corps empirique à une notion qui reste souvent une idée théorique ou un sujet d'étude académique.

Ils remercient également les représentants des 22 cantons qui ont participé à l'inventaire en livrant leurs opinions et en documentant les activités réalisées dans leur canton. Sans cette participation, qui leur a demandé un temps certain, il n'aurait pas été possible d'apporter une vue d'ensemble aussi complète.

La méthodologie de l'enquête par la voie d'un questionnaire structuré mais largement ouvert, complété par des documentations précises, et finalement couronné par des Focus Groups, s'est révélée appropriée pour le but de cette étude. Elle a permis de prendre en compte les différences de sensibilité et d'expérience dans les cantons et de montrer les domaines de convergence.

Sur la base des résultats réunis par l'enquête (Chapitre 3), des analyses des auteurs (Chapitre 4) et des discussions dans les Focus Groups (Chapitre 5), il est possible de conclure et de présenter des recommandations.

On retiendra d'abord que le thème des compétences en santé, et l'engagement des cantons pour la promotion des compétences en santé de la population, constitue une réalité largement partagée par les acteurs de santé publique des cantons. La notion est connue, et elle est définie de manière relativement homogène malgré des différences de sensibilité.

On en retiendra surtout, pour la **définition** :

- Un noyau fondamental, que constitue la définition suisse « officielle » de l'OFSP et ses partenaires, en référence aux travaux de D. Nutbeam et I. Kichbusch : *Les compétences en matière de santé sont la capacité d'un individu à prendre des décisions au quotidien ayant un impact positif sur sa santé et la santé des autres. / Die Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit jeder und jedes Einzelnen, täglich Entscheidungen zu treffen, welche sich positiv auf die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer auswirkt.*
- Des fondements et conditions essentielles pour l'exercice des compétences en santé (cf. chapitre 3.2) : la confiance en soi, la compétence linguistique et logique, la compétence à comprendre les faits dans leur interaction, la compétence méthodologique, se sentir concerné par sa santé et s'en sentir responsable personnellement, l'accès aux informations sur la santé et aux institutions et structures de santé... D'autres conditions cadre dépendent par ailleurs de la politique de formation et de santé, de l'espace de décision des individus (Empowerment), de l'égalité ou inégalité des chances, de facteurs de facilitation qui tiennent compte de la diversité sociale et culturelle, etc.
- Des aspects opérationnels, liés à des programmes, des mesures et projets d'action des cantons, mais aussi des autres acteurs publics ; une partie importante des actions fait partie des programmes de santé publique, mais on retiendra également les contributions indispensables de la formation / éducation et de la politique sociale, de même que l'ouverture démocratique et le développement durable.
- Une approche intersectorielle et systémique.
- Une première dimension axée sur le maintien, la promotion et le rétablissement de la santé individuelle, complétée par une autre dimension qui considère la santé de groupes de population et la santé confrontée aux structures sociales, économiques et organisationnelles.

- Une capacité d'exercice de la décision personnelle – liée à la responsabilité individuelle – dans des contextes divers qui font fortement pression sur les choix personnels.
- Une prise en compte des inégalités sociales face à la formation, face à la santé et à l'accès aux ressources de santé, face à la marge d'autonomie des individus, en considérant les déterminants sociaux des inégalités
- Une dimension d'action collective, au niveau gouvernemental (services publics et démocratie) et au niveau communautaire (groupes volontaires, associations, familles, etc.).

Cette définition, d'une part concentrée et courte, d'autre part enrichie de ses diverses composantes, est pour le moment nulle part inscrite formellement et pas non plus adoptée de manière consensuelle par les acteurs concernés. Il s'agirait de combler cette lacune.

La promotion des compétences en santé de la population est très souvent **une facette (plus ou moins secondaire ou majeure) des actions de santé publique**, et rarement un objectif et un programme d'action spécifique. Cela est vrai surtout dans des domaines de promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé. Il y a en revanche – selon les présentations des répondants cantonaux – très peu d'actions de santé publique intéressées aux compétences en santé de la population concernant la gestion de la maladie, le recours au système de santé et les assurances maladies et autres assurances sociales. Ce champ est peu évoqué par les répondants quand bien même les cantons effectuent tous des actions en relation avec les droits des patients (clairement définis dans la législation) et les droits des assurés (missions établies par la LAMal).

Les cantons sont relativement peu actifs aux niveaux de l'accès à l'information de qualité sur la santé et les services de santé, le développement d'un jugement critique et des capacités d'agir sur les déterminants de la santé.

Compte tenu de ces observations, les auteurs émettent les **sept recommandations** suivantes, adressées d'une part aux acteurs cantonaux dans leur ensemble, d'autre part aux acteurs sensibilisés par le développement d'une action nationale pour la promotion des compétences en santé de la population :

### **1. UN PROCESSUS NATIONAL :**

nous recommandons la mise en place d'un processus national en vue de clarifier la notion et le positionnement des compétences en santé : selon le succès (espéré) du projet de la Loi sur la prévention au Parlement, il faudra que le Département Fédéral de l'Intérieur et l'Office fédéral de la santé publique, avec la coopération active des cantons et des organisations spécialisées, entreprenne un PROCESSUS NATIONAL de discussion de fond (Grundlagediskussion) sur ce que signifie la « promotion de la compétence en santé de la population » dans le texte de la loi. Cela impliquera un débat interne au DFI et à l'OFSP et un processus d'échange et de consensus avec les autres acteurs mentionnés par la loi.

Le but serait qu'à partir du moment où cette notion sera inscrite dans une loi approuvée par le Parlement, les différents partenaires la comprennent d'une même manière.

L'Alliance Compétences en santé et Promotion Santé Suisse peuvent jouer ici un rôle de stimulation, d'*agenda setting* et d'animation du processus en question.

### **2. UN ACCORD SUR LES ASPECTS DE CONTENU :**

Il faudra, par ce processus participatif, arriver à définir et adopter ensemble une définition et un contenu qui établissent le positionnement de la « promotion des compétences en santé de la population » comme un sujet spécifique dans le cadre de la politique suisse de la santé.

Il s'agira en particulier d'arriver à bien distinguer les compétences en santé de la population par rapport aux notions voisines : la promotion de la santé, la prévention, la médecine et le partage de la décision médicale, les droits des patients, l'éducation thérapeutique des patients, la promotion de l'entraide, la gestion du système de santé, la navigation dans le système d'assurances maladie, etc....

et également des notions de compétences générales dans le cadre de la formation générale (compétences en literacy, compétences sociales, cf. Lehrplan 21 et Plan d'études romand PER : éducation à l'environnement, à la santé, à la citoyenneté, à la globalité...)

et des compétences en politique sociale (compétences de la population à se retrouver et à naviguer dans le système des assurances et des prestations sociales).

Ce travail de définition et de positionnement devrait être formalisé et adopté par les représentants de la Confédération, des cantons, des acteurs spécialisés et des experts scientifiques. L'Alliance Compétences en santé et Promotion Santé Suisse peuvent aussi jouer ici un rôle important et nouer des alliances élargies avec d'autres secteurs.

### **3. DES CRITÈRES QUI PRÉCISENT ET DÉLIMITENT LA PROMOTION DES COMPÉTENCES EN SANTÉ :**

Dans cette double démarche, de PROCESSUS et de CONTENU, il faudra en particulier adopter formellement (l'OFSP, les cantons et les organisations partenaires) une liste de critères sur ce qui constitue précisément la promotion des compétences en santé de la population, et donc ce qui caractérise des mesures concrètes dans cet objectif. Il faudra faire la différence avec des critères de promotion de la santé, par exemple (cf. critères de Quintessenz et de Public Health Schweiz).

Dans ce travail de détermination des critères, nous voyons une opportunité pour que l'Alliance Compétences en santé se saisisse rapidement de cette tâche.

### **4. UN EXERCICE ET UN PROCESSUS DE DÉFINITION ET DE POSITIONNEMENT DANS CHAQUE CANTON :**

En parallèle aux processus nationaux indiqués ci-dessus, il serait nécessaire que chaque canton fasse à son niveau l'exercice de définir précisément, pour ses visions gouvernementales et pour ses institutions, ses objectifs propres concernant la promotion des compétences en santé de la population, dans les divers secteurs du monde de la santé, et fasse la liste des actions qu'il reconnaît comme utiles à ces objectifs dans son canton.

Pour cela, il serait préférable si les cantons échangent d'une part au sein des départements et services cantonaux et acteurs de santé concernés, et d'autre part avec les autres cantons.

### **5. UN SUPPORT PAR LES TRAVAUX DE RECHERCHE ET DIALOGUES SCIENTIFIQUE :**

Les échanges avec les experts du domaine, par les Focus Groups et la littérature, montrent l'importance de travaux scientifiques à plusieurs niveaux. Il s'agit d'abord de poursuivre les études concernant la nature des compétences en santé de la population et sur ce qui les déterminent, les favorisent ou les limitent (déterminants sociaux de la formation et de la compétence, inégalités de compétences). Ensuite, il s'agit de poursuivre les efforts pour mesurer les compétences de santé individuelles dans la population, en considérant les facteurs sociaux et culturels, et de comprendre les facteurs favorisant ou handicapant l'exercice des compétences. Troisièmement, il est nécessaire de développer des recherches accompagnant les programmes et projets exemplaires pour évaluer leur efficacité en termes de compétences en santé et de résultats sur l'état de santé des groupes de population, compte tenu de la diversité socioculturelle et des contextes et conditions socio-économiques ou institutionnelles.

Il serait opportun de déterminer et de construire un (au moins) centre de compétence national pluridisciplinaire sur cette thématique, qui centralise les informations scientifiques et le monitoring des actions et évaluations, et qui favorise les échanges intellectuels et opérationnels en Suisse et sur le plan international au sujet des questions fondamentales et de la mise en œuvre des actions efficaces.

Des contributions de formation spécialisées des professionnels devraient aussi être proposées.

## **6. DES PRISES DE POSITION CONCERTÉES ET PERTINENTES AU SUJET DU DÉVELOPPEMENT DE STRATÉGIES ET INSTRUMENTS :**

Plusieurs processus de réflexion et d'élaboration stratégiques sont actuellement en cours, qui touchent directement la promotion des compétences en santé de la population.

Le premier concerne l'adoption de la **Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé**, dont l'article 2 inscrit dans la législation l'objectif de promotion des compétences en santé de la population. Il est particulièrement souhaitable pour notre préoccupation que cette loi soit approuvée par le Parlement avec les instruments de gouvernance et avec les conceptions théoriques fondamentales qu'elle a pour mission de définir : compétences en santé, déterminants sociaux de la santé, réduction des inégalités sociales en santé, promotion de l'autonomie et respect de la liberté individuelle et de la diversité culturelle, concertation et coopération méthodologique entre la Confédération et les cantons.

Le second instrument en cours d'élaboration est la **stratégie « e-health »** de la Confédération et des cantons, dont plusieurs volets stratégiques et des instruments juridiques sont actuellement en cours de procédure d'audition par le Département fédéral de l'Intérieur. Cette stratégie comprend notamment un volet entier concernant les portails d'information sur la santé par le moyen d'internet, et un autre volet sur la gestion des données personnelles de santé par le moyen de dossiers électroniques de patients. Il y a là une opportunité à prendre des positions concertées (Confédération, cantons, Alliance Compétences en Santé, Promotion Santé Suisse, Public Health Schweiz, etc.) sur des éléments fondamentaux relatifs aux compétences en santé de la population. Si l'ensemble de ces acteurs se mettent d'accord sur des instruments communs, ils peuvent faire avancer à grands pas la promotion des compétences en santé de la population.

D'autres éléments stratégiques sont également d'actualité, notamment la façon dont la Suisse va utiliser les textes fondamentaux des Nations Unies concernant la **Lutte contre les maladies non transmissibles** (Sommet des Nations Unies en septembre 2011) et de l'Organisation mondiale de la santé au sujet des **déterminants sociaux de la santé** (Conférence mondiale de l'OMS au Brésil en octobre 2011). Les documents stratégiques internationaux, y compris ceux de l'Union Européenne (Stratégie « Health in all Policies »), constituent des instruments de travail pour faire avancer les réflexions et les stratégies politiques dans ce domaine, y compris au niveau national suisse et dans les cantons.

## **7. LA POURSUITE D'UNE RÉFLEXION APPROFONDIE ENTRE LES ACTEURS LES PLUS INTÉRESSÉS :**

L'animation d'un pôle de discussion sur le thème des Compétences en santé, réunissant les acteurs les plus engagés et intéressés par ce sujet, constitue un facteur de soutien et de stimulation pour les processus mentionnés ci-dessus. L'engagement de l'Alliance Compétences en santé et de ses membres, et l'action de Promotion Santé Suisse sur ce thème, constituent des potentialités importantes pour faire avancer la réflexion et alimenter les échanges entre acteurs de terrain, acteurs politiques et acteur scientifiques. Ce pôle de discussion peut notamment soutenir les efforts en vue de la réalisation des recommandations 1 à 6.



