Prévention des maladies cardiovasculaires en Europe – le programme en cours

Lot 5 EuroHeart :
les mesures, les politiques et les plans des Etats ayant une incidence sur la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires

EUROPEAN HEART NETWORK

Septembre 2009

Sommaire

Remerciements **3**

Introduction **4**

Contexte **5**

Taux de mortalité des hommes et des femmes dans les 16 pays du lot 5 de EuroHeart : du plus élevé au plus faible 6

Prévalence des facteurs de risque pour les hommes et les femmes dans les 16 pays du lot 5 de EuroHeart : du plus élevé au plus faible 10

Projet de cartographie EuroHeart **15**

Méthodes 15

Élaboration du questionnaire 15

Collecte des données 15

Analyse des données 16

Résultats **17**

Organismes nationaux 17

Lois, normes juridiques et législations nationales 17

Politiques, stratégies ou plans au niveau des Etats 17

Programmes nationaux 22

Recommandations et normes nationales 24

Objectifs nationaux, surveillance et évaluation 25

Commentaires généraux **26**

Éléments essentiels d'une stratégie nationale globale contre les maladies cardiovasculaires **28**

Conclusions **36**

Recommandations **37**

Références **38**

Annexe A : Comité consultatif du lot de travail 5 ..... **39**

Annexe B : Questionnaire **40**

Annexe C : Notes explicatives relatives au questionnaire **48**

Annexe D : Recueil de données complémentaires **54**

Glossaire **55**

Tables

1. Taux de mortalité par âge des hommes et des femmes âgés de moins de 65 ans dans les 16 pays du lot 5 : du plus élevé au plus faible – maladies coronaires 6
2. Taux de mortalité par âge des hommes et des femmes âgés de moins de 65 ans dans les 16 pays du lot 5 : du plus élevé au plus faible – AVC 8
3. Prévalence des facteurs de risque pour les hommes et les femmes dans les 16 pays du lot 5 : du plus élevé au plus faible - tabagisme 10
4. Prévalence des facteurs de risque pour les hommes et les femmes dans les 16 pays du lot 5 : du plus élevé au plus faible – disponibilité des fruits et légumes 12
5. Prévalence des facteurs de risque pour les hommes et les femmes dans les 16 pays du lot 5 : du plus élevé au plus faible – pourcentage de l'apport énergétique total issu des lipides 13
6. Prévalence des facteurs de risque pour les hommes et les femmes dans les 16 pays du lot 5 : du plus élevé au plus faible - personnes pratiquant une activité physique modérée au moins 4 jours par semaine 14
7. Cartographie des législations existantes et en projet au sein de tous les pays du lot 5 19
8. Cartographie des politiques/stratégies nationales ainsi que des plans existants et en projet dans tous les pays du lot 5 20
9. Cartographie de tous les programmes nationaux existants et en projet dans l'ensemble des pays du lot 5 23
10. Cartographie de toutes les recommandations et normes nationales existantes et en projet dans l'ensemble des pays du lot 5 24
11. Cartographie des objectifs nationaux programmés et existants, de la surveillance et de l'évaluation dans tous les pays du lot 5 27

Figures

1. Taux de mortalité due à des maladies coronaires chez les femmes de moins de 65 ans, sur une population de 100 000 personnes 7
2. Taux de mortalité due à des maladies coronaires chez les hommes de moins de 65 ans, sur une population de 100 000 personnes 7
3. Taux de mortalité due à des accidents vasculaires cérébraux chez les hommes de moins de 65 ans, sur une population de 100 000 personnes 9
4. Taux de mortalité due à des accidents vasculaires cérébraux chez les femmes de moins de 65 ans, sur une population de 100 000 personnes 9
5. Pourcentage de fumeurs chez les hommes de 15 ans et plus dans les pays du lot 5 11
6. Pourcentage de fumeuses chez les femmes de 15 ans et plus dans les pays du lot 5 11
7. Pourcentage de fruits et légumes disponibles dans les pays du lot 5 12
8. Pourcentage de l'apport énergétique total issu des lipides dans les pays du lot 5 13
9. Pourcentage de personnes pratiquant une activité physique modérée au moins 4 jours par semaine dans les pays du lot 5, en 2005 14
10. Pays faisant état d'une politique nationale en rapport avec la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires, des maladies coronaires, de l'hypertension, des accidents vasculaires cérébraux et de l'hyperlipidémie 21
11. Modèle suggéré des éléments essentiels à une stratégie nationale globale 28

Remerciements

Ce rapport a été préparé par :

Gill Cowburn[1], Prachi Bhatnagar[1], Susanne Løgstrup[2]

Nous adressons tous nos remerciements aux coordinateurs nationaux et à leurs collègues qui ont participé au recueil des données :

- Freddy Van de Casseye - Ligue cardiologique belge
- Mads Hyldgård - Fondation danoise de cardiologie
- Marianne Sirel - Association estonienne de cardiologie
- Anna-Liisa Rajala - Association finnoise de cardiologie
- Céline Dos Santos - Fédération française de cardiologie
- Christine Dehn - Fondation allemande de cardiologie
- George Andrikopoulos - Fondation hellénique de cardiologie
- András Nagy - Fondation hongroise de cardiologie
- Bylgja Valtýsdottír - Association islandaise de cardiologie
- Maureen Mulvihill - Fondation irlandaise de cardiologie
- Maria Luce Ranucci - Fondation italienne de cardiologie
- Marina Trovo - Fondation italienne de lutte contre la thrombose (ALT)
- Marijke Luif - Fondation de cardiologie des Pays-Bas
- Grete Crowo - Association norvégienne des patients atteints de maladies cardiaques et pulmonaires
- Jan Slezak - Ligue slovaque cœur à cœur
- Nataša Jan - Association slovène de cardiologie
- Rebecca Salay - Forum national britannique de cardiologie - National Heart Forum

- Marleen Kestens - Réseau européen du cœur - European Heart Network

[1] British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford, Old Road Campus, Headington, Oxford, OX3 7LF, Royaume-Uni - http://www.dphpc.ox.ac.uk/bhfhprg

[2] European Heart Network, Rue Montoyer 31, B-1000 Brussels, Belgique - http://www.ehnheart.org

Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) restent la principale cause de décès dans l'Union européenne: elles sont à l'origine de plus de 2 millions de morts chaque année. Alors que les facteurs de risque et les déterminants de ces maladies sont connus, nous ne disposons que d'une image incomplète des stratégies et actions mises en œuvre par chaque pays pour s'attaquer au lourd fardeau humain et économique qu'elles représentent.

Au cours des cinq dernières années, l'Europe a été témoin du déploiement d'importantes politiques de lutte contre les MCV. Parmi celles-ci figurent les conclusions du Conseil pour la promotion de la santé cardiaque, adoptées en 2004, la Charte européenne pour la santé cardiaque lancée en 2007 et la Résolution du Parlement européen sur des actions contre les maladies cardiovasculaires, adoptée à une large majorité en juillet 2007.

Pour tirer parti de ces tendances et mettre en place les dispositions spécifiques de la Charte européenne pour la santé cardiaque le Réseau européen du cœur et la Société européenne de cardiologie ont accepté d'unir leur expertise dans un projet commun appelé projet EuroHeart. Les objectifs prioritaires d'EuroHeart consistent à renforcer la coopération intersectorielle ; à recueillir des informations complètes et comparables sur les politiques en vigueur et les actions conduites pour promouvoir la santé cardiovasculaire et prévenir les MCV ; à améliorer la sensibilisation, le diagnostic et le traitement des femmes en matière de MCV à travers l'Europe ; et à garantir des conditions égales pour tous en traduisant les recommandations concernant les MCV au plan national. Ces objectifs ont fait l'objet de lots de travail distincts.

Le présent rapport traite du lot 5 d'EuroHeart et présente les stratégies et actions nationales dans le domaine de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires dans 16 pays d'Europe. Le rapport et ses conclusions seront largement diffusés auprès des décideurs européens pour leur permettre d'analyser leur stratégie nationale à la lumière des actions entreprises dans les autres pays. Le rapport offre un instantané de la situation. S'attaquer aux MCV n'est pas un processus statique. C'est pourquoi il est essentiel d'analyser et d'évaluer en continu l'impact des stratégies en place. Le Réseau européen du cœur est convaincu que même si la politique de santé relève largement du domaine des États membres de l'UE, l'UE peut les accompagner et participer à la réduction des inégalités au sein des pays et entre les pays, par exemple, en établissant des comparatifs à partir de recommandations communes. En termes de place de la santé cardiaque dans les autres politiques, l'UE peut indéniablement jouer un rôle majeur en assurant une évaluation efficace de l'impact sur la santé des mesures proposées dans un large éventail de politiques.

Contexte

Les MCV demeurent la cause principale de décès des femmes dans l'ensemble des pays européens et la cause principale de décès des hommes dans tous les pays à l'exception de la France, des Pays-Bas et de l'Espagne. Toutefois, il existe d'importantes disparités au niveau des taux de mortalité en Europe.

C'est également le cas pour les 16 pays du lot 5 de EuroHeart comme le montrent les tableaux 1 et 2 et les figures 1 à 4. Le taux de mortalité due aux maladies coronaires chez les hommes en Hongrie (105/100 000) est plus de six fois plus élevé qu'en France (17/100 000) et, pour les femmes, il l'est au moins 9 fois plus. Le taux de mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux chez les hommes en Estonie (41/100 000) est plus de 10 fois plus élevé qu'en Islande (4/100 000) et, pour les femmes, il l'est plus de 3 fois plus.

Il existe également des différences notables dans les tendances de mortalité. En Finlande, le taux de mortalité consécutive à une maladie coronaire et à un AVC a diminué sensiblement (76 % et 74 % respectivement) de 1972 à 2005. Sur la même période en Grèce, il a augmenté de 11 %. On a toutefois noté une diminution du nombre de décès par AVC (48 %) en Grèce.

Dans neuf des pays du lot 5 de EuroHeart, les taux de mortalité par suite de maladies coronaires chez les femmes affichent une tendance à la baisse moindre que celle enregistrée chez les hommes.

Pour des informations plus détaillées sur la mortalité de la population en fonction du PIB et les facteurs de risque sélectionnés, se reporter au rapport complémentaire et aux synthèses par pays, à l'adresse http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176.

Source des tableaux 1 et 2 et des figures 1 à 4 : Allender, S. ; Scarborough, P. ; Peto, V. ; Rayner, M. (2008) European cardiovascular disease statistics 2008. Réseau européen du cœur. Bruxelles.

Taux de mortalité des hommes et des femmes dans les 16 pays du lot 5 de EuroHeart : du plus élevé au plus faible

Taux de mortalité par âge des hommes et des femmes âgés de moins de 65 ans dans les 16 pays du lot 5 de EuroHeart : du plus élevé au plus faible

Tableau 1:
Maladies coronaires

HOMMES	
Pays	Taux pour 100 000
Hongrie	105
Estonie	104
Slovaquie	74
Grèce	50
Finlande	48
Royaume-Uni	44
Irlande	39
Belgique	36
Allemagne	33
Slovénie	33
Islande	30
Danemark	30
Norvège	27
Italie	25
Pays-Bas	22
France	17

FEMMES	
Pays	Taux pour 100 000
Hongrie	28
Estonie	20
Slovaquie	19
Royaume-Uni	11
Grèce	10
Belgique	9
Danemark	9
Irlande	9
Allemagne	8
Finlande	7
Pays-Bas	7
Norvège	6
Italie	5
Slovénie	5
France	3
Islande	3

Figure 1:
Taux de mortalité due à des maladies coronaires chez les femmes de moins de 65 ans, sur une population de 100 000 personnes

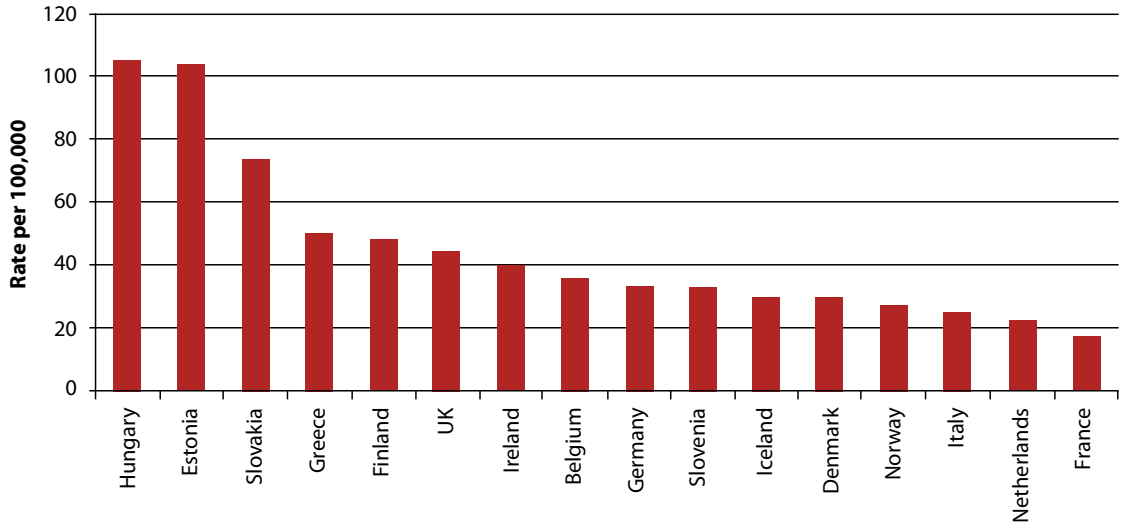
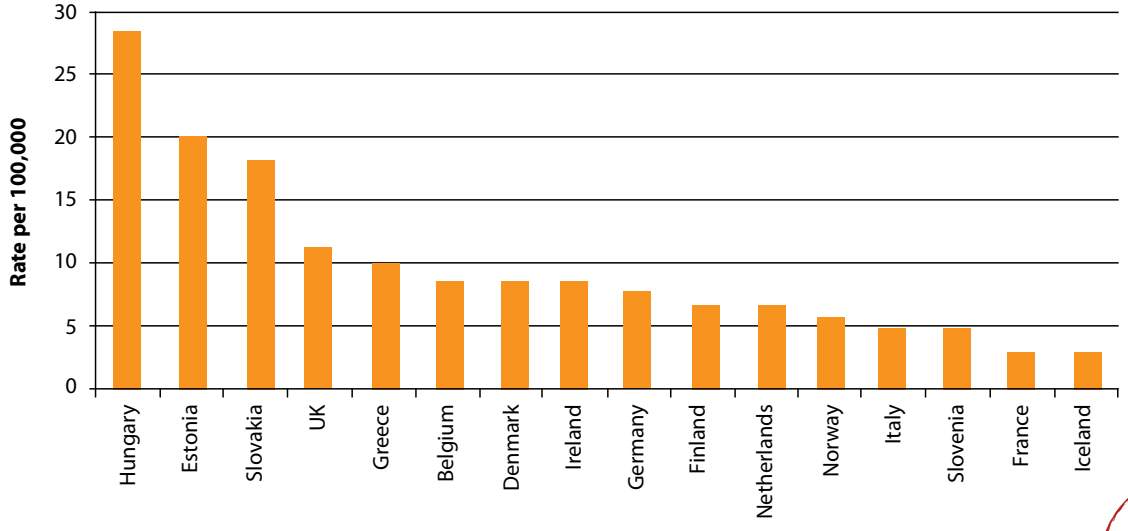


Figure 2:
Taux de mortalité due à des maladies coronaires chez les hommes de moins de 65 ans, sur une population de 100 000 personnes



Source : S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. Réseau européen du cœur. Bruxelles.
Dernière année disponible (de 1997 à 2006)

Tableau 2:
Accident Vasculaire Cérébral

HOMMES	
Pays	Taux pour 100 000
Estonie	41
Hongrie	34
Slovaquie	19
Grèce	14
Slovénie	13
Danemark	12
Belgique	11
Finlande	11
Italie	9
Royaume-Uni	9
Allemagne	8
Irlande	8
France	7
Pays-Bas	7
Norvège	7
Islande	4

FEMMES	
Pays	Taux pour 100 000
Estonie	16
Hongrie	15
Belgique	8
Danemark	7
Grèce	7
Slovaquie	7
Slovénie	7
Royaume-Uni	7
Finlande	6
Pays-Bas	6
Allemagne	5
Islande	5
Italie	5
Norvège	5
France	4
Irlande	4

Figure 3:
Taux de mortalité due à des accidents vasculaires cérébraux chez les hommes de moins de 65 ans, sur une population de 100 000 personnes

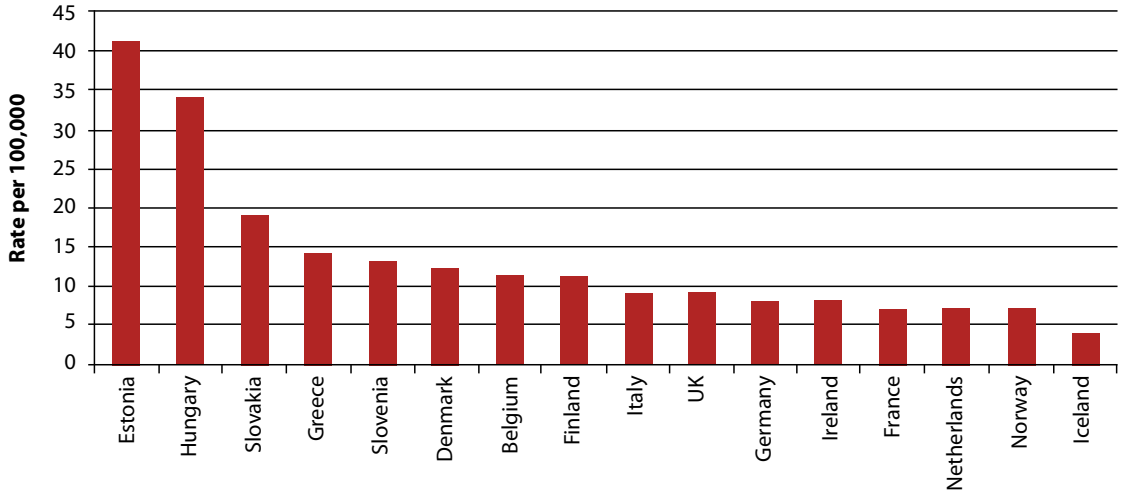
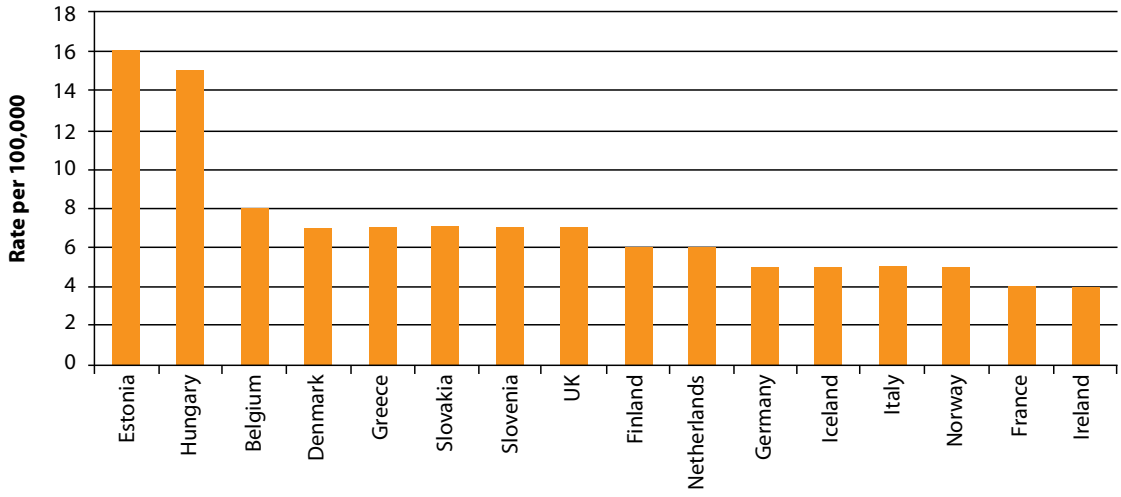


Figure 4:
Taux de mortalité due à des accidents vasculaires cérébraux chez les femmes de moins de 65 ans, sur une population de 100 000 personnes



Source : S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. Réseau européen du cœur. Bruxelles. Dernière année disponible (de 1997 à 2006)

Prévalence des facteurs de risque pour les hommes et les femmes dans les 16 pays du lot 5 de EuroHeart : du plus élevé au plus faible

Tableau 3:
Tabagisme : dernière année disponible

HOMMES	
Pays	%
Grèce	47
Estonie	42
Slovaquie	41
Allemagne	37
Hongrie	37
Pays-Bas	35
Italie	31
France	30
Danemark	29
Finlande	26
Norvège *	26
Royaume-Uni	26
Irlande	24
Slovénie	24
Belgique	23
Islande	22

FEMMES	
Pays	%
Allemagne	31
Grèce	29
Pays-Bas	26
Hongrie	25
Irlande	24
Norvège *	24
Danemark	23
Royaume-Uni	23
Slovénie	22
Estonie	21
France	21
Islande	19
Finlande	18
Italie	17
Belgique	16
Slovaquie	15

Figure 5:
Pourcentage de fumeurs chez les hommes de 15 ans et plus dans les pays du lot 5

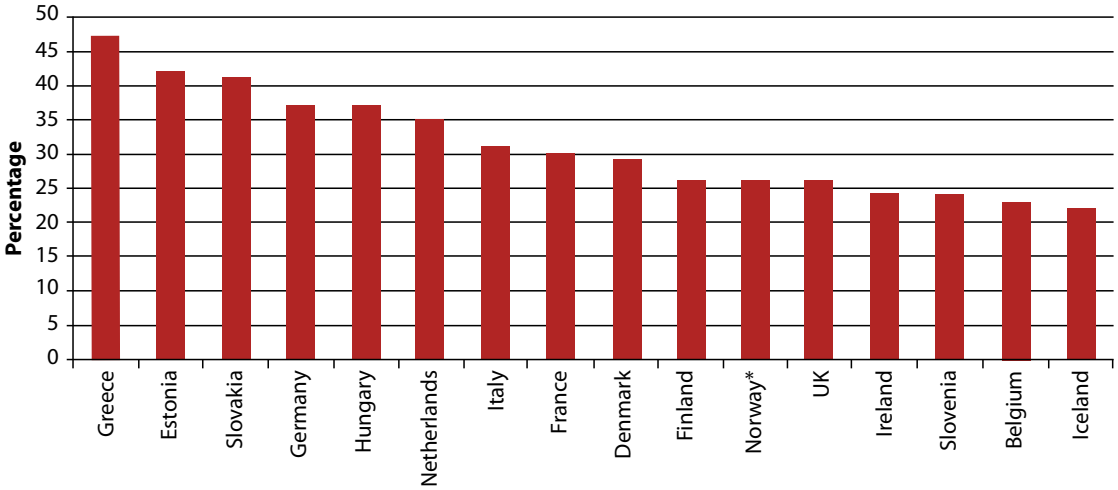
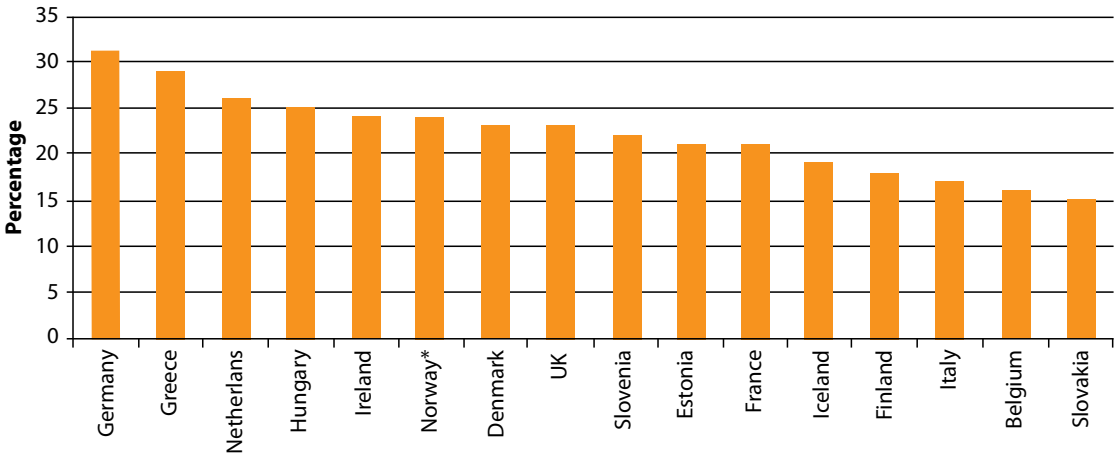


Figure 6:
Pourcentage de fumeuses chez les femmes de 15 ans et plus dans les pays du lot 5



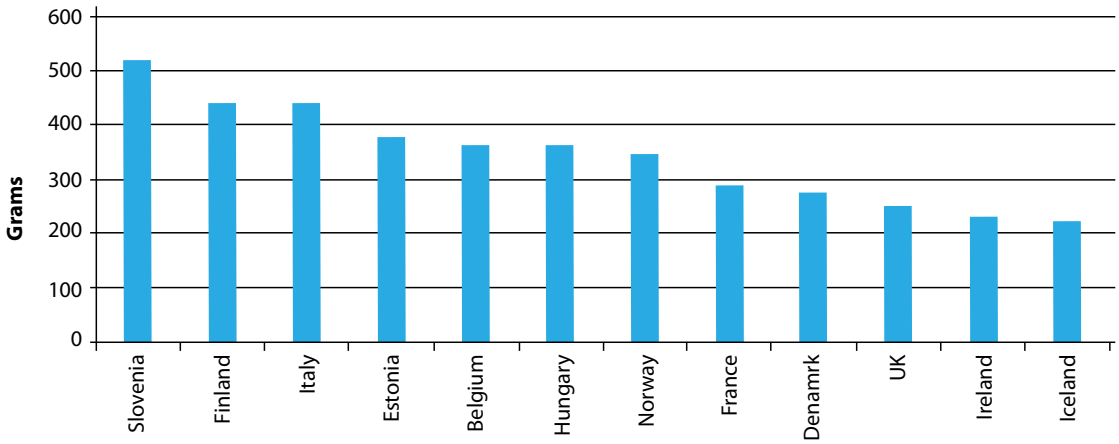
Sources : S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. Réseau européen du cœur. Bruxelles ; dernière année disponible (de 1998 à 2008)

*Norvège : direction norvégienne de la Santé, 2009

Tableau 4:
Disponibilité des fruits et légumes dans les pays du lot 5 de EuroHeart

TOUS	
Pays	Grammes par personne/jour
Slovénie	516
Finlande	433
Italie	433
Estonie	378
Belgique	360
Hongrie	360
Norvège	341
France	288
Danemark	273
Royaume-Uni	248
Irlande	229
Islande	224

Figure 7:
Fruits et legumes disponibles dans les pays du lot 5

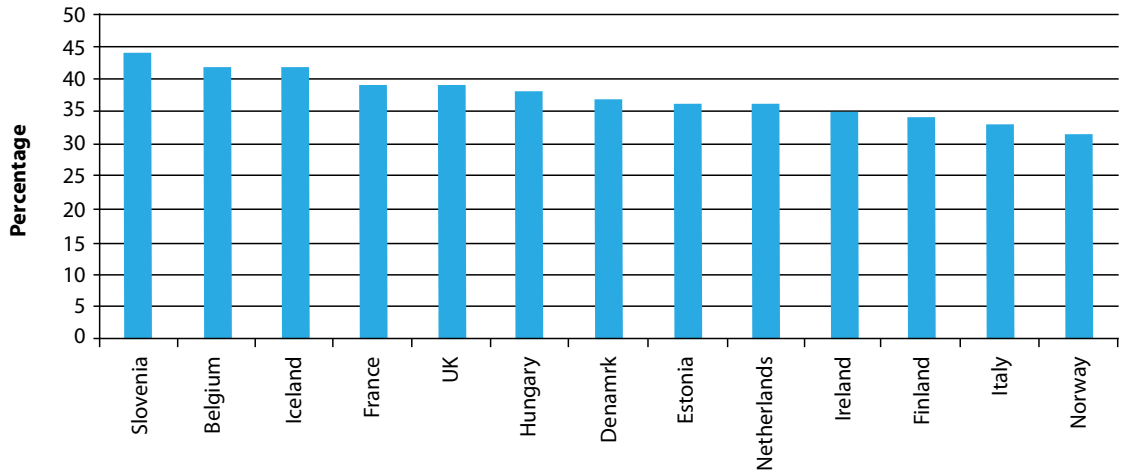


Données non disponibles pour la Grèce, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Slovaquie.
Source : S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. Réseau européen du cœur. Bruxelles.
Dernière année disponible (de 1980/84 à 1997)

Tableau 5:
Pourcentage de l'apport énergétique total issu des lipides

TOUS	
Pays	%
Slovénie	44
Belgique	42
Islande	42
France	39
Royaume-Uni	39
Hongrie	38
Danemark	37
Estonie	36
Pays-Bas	36
Irlande	35
Finlande	34
Italie	33
Norvège	31

Figure 8:
Pourcentage de l'apport énergétique total issu des lipides dans les pays du lot 5

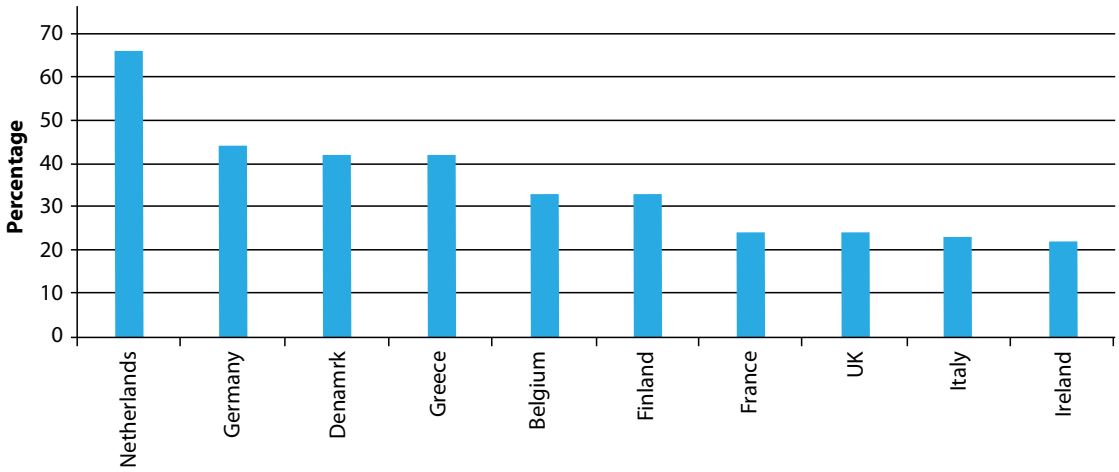


Données non disponibles pour la Grèce, l'Allemagne et la Slovaquie.
Source : S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. Réseau européen du cœur. Bruxelles ; dernière année disponible (de 1980/84 à 1997)

Tableau 6:
Personnes pratiquant une activité physique modérée au moins 4 jours par semaine en 2005

TOUS	
Pays	%
Pays-Bas	66
Allemagne	44
Danemark	42
Grèce	42
Belgique	33
Finlande	33
France	24
Royaume-Uni	24
Italie	23
Irlande	22

Figure 9:
Pourcentage de personnes pratiquant une activité physique modérée au moins 4 jours par semaine dans les pays du lot 5, en 2005



Données non disponibles pour l'Estonie, la Hongrie, l'Islande, la Norvège, la Slovénie et la Slovaquie.
Source : S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. Réseau européen du cœur. Bruxelles. Dernière année disponible (de 1980/84 à 1997)

Projet de cartographie EuroHeart

Ce rapport présente les résultats du projet de cartographie d'EuroHeart (lot 5) qui vise à fournir une image des stratégies de santé cardiaque dans 16 pays d'Europe. Cette étude a débuté en septembre 2007 et s'est terminée en novembre 2008.

Les principaux objectifs du lot 5 consistaient à obtenir, par cartographie et analyse, des informations complètes et comparables sur les politiques, plans et mesures ayant une incidence sur la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires. Le projet visait à identifier les différences et les écarts entre les politiques et les actions en Europe et à déterminer les éléments essentiels d'une stratégie nationale globale en matière de maladies cardiovasculaires. Le lot avait également pour objectif d'améliorer la sensibilisation à l'importance de la prise en compte de la santé cardiaque dans un large éventail de politiques. Le projet EuroHeart a été financé par l'Union européenne dans le cadre du programme Santé publique.

Méthodes

Le projet de cartographie a été mené sous la forme d'une collaboration entre le Réseau européen du cœur, les partenaires nationaux associés et le groupe de recherche et de promotion de la santé de la British Heart Foundation (BHFHPRG) de l'université d'Oxford (le partenaire universitaire de ce lot de travail). Chaque organisation partenaire avait un rôle défini au sein du projet. Le Réseau européen du cœur a assuré la gestion et l'administration globales du lot et s'est chargé du recueil des données au niveau de l'Union européenne. Les partenaires nationaux associés ont été chargés de collecter les données au sein de leur propre pays et le BHFHPRG avait pour responsabilité le développement des outils de recueil des données, leur analyse et la production du rapport du projet.

Le Comité consultatif s'est réuni à trois occasions (voir en annexe A le détail sur les membres du Comité). Une première réunion s'est tenue en octobre 2007 pour discuter des projets du lot 5, ainsi que de la conception et du développement des outils de recueil de données. Une deuxième réunion a été organisée en octobre 2008 pour discuter des résultats. La troisième et dernière réunion du Comité consultatif a eu lieu en mars 2009 pour discuter de la diffusion des résultats.

Élaboration du questionnaire

Pour réaliser un recueil de données comparables, il a été convenu que les questionnaires structurés, administrés par messagerie électronique, constitueraient le mode le plus efficace de collecte dans les pays participants. Le BHFHPRG a créé et géré un questionnaire structuré ainsi qu'un ensemble de notes explicatives sur la base, entre autres, de travaux similaires réalisés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)[1,2] (voir annexe B et C).

Collecte des données

La collecte des informations a été réalisée au niveau national par les partenaires associés impliqués dans ce lot de travail. Trois réunions ont été organisées pour les coordinateurs nationaux, les personnes désignées au sein de chaque pays participant pour recueillir les données pour le compte de l'université d'Oxford. La première réunion en novembre 2007 a permis d'informer les coordinateurs nationaux sur le processus de collecte qu'ils devaient suivre, avec pour objectif d'établir des critères de qualité pour l'extraction et l'enregistrement

des données. Les coordinateurs nationaux ont reçu d'autres conseils et bénéficié d'assistance par messagerie électronique lorsqu'ils ont terminé leur collecte. À l'issue de la première échéance de renvoi des données, les coordinateurs nationaux qui n'ont pas répondu (n=4) ont été contactés par messagerie électronique, et invités à communiquer leurs données. Cette relance a eu pour conséquence que tous les pays ont soumis leurs données pour analyse. Suite à la vérification des données, plusieurs coordinateurs nationaux ont été invités à fournir les informations manquantes. En outre, il a été demandé à chaque coordinateur national de collecter des données complémentaires sur les politiques et stratégies ou plans nationaux de leurs pays (voir en annexe D). En juin 2008, une deuxième réunion a permis de présenter les premiers résultats du projet aux coordinateurs nationaux. À l'issue de cette réunion, les coordinateurs nationaux ont été invités à relire et valider une synthèse des données qu'ils avaient collectées et à corriger toute interprétation erronée.

En septembre 2008, les données recueillies dans le cadre du projet de l'OMS[1, 2] ont été examinées afin d'évaluer l'adéquation des deux jeux de données en tenant compte du fait que les données ont été collectées à deux périodes différentes. Les coordinateurs nationaux ont alors été invités à commenter les écarts de données détectés.

Suite aux discussions qui se sont tenues lors de la réunion du Comité consultatif d'octobre 2008, il a été demandé à chaque coordinateur national de compiler les informations de synthèse sur sa politique de promotion de santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires.

Une dernière rencontre des coordinateurs nationaux a eu lieu au mois de mars 2009 pour s'accorder sur les modifications finales apportées au rapport et pour discuter de sa diffusion et de son suivi.

Analyse des données

Toutes les analyses de données ont été réalisées par le BHFHPRG à l'université d'Oxford. Les données de chaque pays ont été compilées sous Excel. Au départ, les analyses ont été élaborées autour du développement d'une matrice en prenant en compte des analyses comparatives[1-4] de même type et en référence à la charte d'Ottawa[5]. Trois sessions de collecte de données ont permis aux partenaires nationaux associés de produire un volume non négligeable d'informations. Leur variabilité nous a toutefois empêché d'effectuer une analyse détaillée de l'ensemble des informations. Une analyse descriptive a été menée à la place.

Résultats

Nous vous présentons ici une synthèse des principaux résultats. Les informations relatives à chaque pays sont documentées dans le rapport complémentaire, Rapports de synthèse des pays, disponible à l'adresse http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176

Un glossaire des termes est proposé en page 55

Organismes nationaux

Tous les pays ont pu identifier un ministère ayant pour principale responsabilité les actions de santé publique relatives à la prévention et au contrôle des maladies chroniques. La plupart des pays ont également pu identifier d'autres ministères ou organismes nationaux également impliqués.

Tous les pays ont également pu identifier l'administration responsable en premier chef de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires. Un ensemble d'autres organismes (gouvernementaux, non gouvernementaux, associations caritatives, syndicats professionnels) jouent également un rôle dans la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires dans les 16 pays.
Certains pays ont pu identifier un organisme responsable de la coordination de la politique, de la stratégie ou du plan de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires. L'Irlande a fait état d'organismes responsables de la mise en œuvre des objectifs identifiés. La Finlande a indiqué qu'un ensemble d'acteurs avaient pris la responsabilité de la mise en œuvre d'actions visant à atteindre les objectifs spécifiques.

Lois, normes juridiques et législations nationales

Le tableau 7 illustre la cartographie des législations existantes et en projet dans les 16 pays. Chaque pays a indiqué disposer d'une législation sous une forme ou une autre dans le domaine de la santé publique, du contrôle du tabagisme et de l'alimentation. La législation relative à la santé publique a dans l'ensemble un caractère général par nature, fixant dans la plupart des cas l'orientation de l'offre des services médicaux et de santé associés. La législation relative au tabagisme comprend la mise en place des interdictions ou restrictions de l'usage du tabac dans les lieux publics, les restrictions relatives à la publicité et à la vente de tabac ainsi que les messages de mise en garde. La législation liée à l'alimentation s'étend de l'obligation d'étiquetage à l'approvisionnement en aliments des établissements scolaires. Tous les pays à l'exception de la Grèce ont indiqué disposer d'une législation sur le contrôle de l'alcool, généralement liée à la limitation de la publicité et/ou de la vente aux jeunes gens. Onze des 16 pays ont une législation relative à la promotion de l'activité physique. Cette promotion inclut aussi bien l'organisation et la promotion du sport que les ressources nécessaires pour effectuer une activité physique au sein des écoles.

L'action législative liée au diabète, à la promotion de la santé cardiovasculaire et à la prévention des maladies cardiovasculaires, à la lutte contre les inégalités de santé et l'obésité, est moins fréquente : elle est constatée dans la moitié des pays ou moins. Seuls deux pays ont signalé l'existence d'une législation relative au stress (Belgique, Slovaquie) sur les lieux de travail et de dispositions sur la santé mentale.

Politiques, stratégies ou plans au niveau des Etats

Le tableau 8 illustre la cartographie des politiques, stratégies ou plans nationaux existants ou en projet dans les 16 pays. La plupart des pays ont indiqué que les politiques nationales cadraient largement avec les domaines les plus fréquemment couverts par la législation. Quinze pays ont fait état de l'existence d'une politique nationale de santé publique (à l'exception de l'Allemagne où

ce type d'action relève de la responsabilité des États fédéraux). De même, tous les pays (sauf le Danemark) ont indiqué avoir une politique nationale contre le tabagisme. Quatorze pays (Allemagne et Grèce exclus) ont des politiques nationales liées aux maladies coronaires. Tous les pays (hormis le Danemark et la Grèce) disposent de politiques nationales liées à la fois à l'alimentation et à l'activité physique.

La figure 10 présente les pays déclarant disposer d'une politique nationale en rapport avec la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires, des maladies coronaires, de l'hypertension, des accidents vasculaires cérébraux et de l'hyperlipidémie. L'action dans ces domaines a été envisagée de différentes façons dans chaque pays. La plupart ont une politique nationale qui traite tous ces domaines ou quatre d'entre eux. Certains pays ont adopté des politiques nationales de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires ainsi que pour les maladies coronaires seulement (Danemark et Hongrie) alors que d'autres, comme l'Angleterre et l'Irlande du Nord (R.-U.) déclarent disposer d'une politique nationale pour les maladies coronaires et d'une stratégie distincte pour les accidents vasculaires cérébraux. L'Allemagne a indiqué ne disposer d'aucune politique nationale mais il existe une action politique au niveau régional pour les accidents vasculaires cérébraux. La Grèce a annoncé préparer une stratégie de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires.

Plusieurs pays ont fait état de programmes ou de recommandations de programmes/politiques d'établissement de diagnostics précoces (identification de la population à haut risque ou dépistage). Ces pays sont la Belgique, l'Estonie, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande et les Pays-Bas. Ainsi, dans la communauté francophone de Belgique, l'approche globale de la promotion de la santé cardiovasculaire comprend un objectif d'amélioration du dépistage afin d'évaluer le risque global des maladies cardiovasculaires auprès de la population âgée de 30 à 75 ans. Généralement, les pays délèguent la responsabilité d'identification et de gestion du dépistage aux médecins généralistes. Trois pays, la France, l'Allemagne et l'Irlande, indiquent disposer de recommandations relatives aux premiers soins d'urgence, tels que la réanimation cardiopulmonaire (RCP) et l'accès et la formation à l'utilisation de défibrillateurs externes.

En matière d'actions politiques sur les maladies et les facteurs de risque liés au mode de vie, associés aux maladies cardiovasculaires (alcool, alimentation, sédentarité et tabac), les approches se sont révélées très variées d'un pays à l'autre. Onze pays (et deux régions du Royaume-Uni) ont des politiques nationales de lutte contre l'obésité, le diabète et les quatre facteurs de risque liés au mode de vie. La Grèce n'a rapporté aucune politique nationale dans aucun de ces domaines. L'Écosse dispose d'une politique de lutte contre l'obésité parallèlement aux politiques visant les facteurs de risque liés au mode de vie. L'Irlande du Nord a, pour sa part, une politique de lutte contre le diabète ainsi que des politiques portant sur les facteurs de risque liés au mode de vie. La Slovénie prépare une politique de lutte contre le diabète parallèlement aux politiques visant les facteurs de risque liés au mode de vie. L'Estonie et la Hongrie disposent de politiques sur l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme. Le Danemark mène des politiques de lutte contre l'obésité et le diabète. Onze pays (sauf le Danemark, l'Estonie, la France, l'Allemagne et la Grèce) disposent de politiques nationales de lutte contre les inégalités en matière de santé. Peu de pays disposent en revanche de politique nationale concernant le stress.

Les pays font état d'une structure commune au sein de leurs documents d'orientation, même s'il existe des différences en terme de longueur dans le domaine. La plupart des documents d'orientation comportent des informations relatives à la sévérité du problème de santé en question dans le pays, aux objectifs et aux échéanciers à suivre, aux possibilités d'action, aux recommandations et à l'identification des principaux agents accompagnant le changement. Certains pays déclarent avoir publié des plans d'action plus détaillés visant à accompagner les déclarations générales énoncées dans les documents d'orientation alors que d'autres pays ont indiqué l'existence de rapports d'avancement. Les autres éléments susceptibles de contribuer au développement de la stratégie nationale globale relative aux maladies cardiovasculaires seront traités ultérieurement. Des exemples de politiques nationales de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires sont disponibles dans le rapport complémentaire, Rapports de synthèse des pays, accessible à l'adresse http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176.

Tableau 7:
Cartographie des législations existantes et en projet au sein de tous les pays du lot 5

Pays	Santé publique	Maladies cardiovasculaires	Obésité	Diabète	Alcool	Alimentation	Activité Physique	Tabac	Signataire de la CCLAT	Stress	Inégalités
Belgique région francophone	●	●	✖	✖	●	●	●	●	●	●	●
Belgique région flamande	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgique région Germanophone	●	✖	✖	✖	●	●	●	●	●	●	✖
Danemark	●	●	●	●	●	●	✖	●	●	✖	●
Estonie	●	✖	✖	✖	●	●	●	●	●	✖	✖
Finlande	●	✖	✖	✖	●	●	●	●	●	✖	✖
France	●	●	✖	✖	●	●	●	●	●	✖	✖
Allemagne	●	●	●	●	●	●	✖	●	●	✖	●
Grèce	●	✖	✖	✖	✖	●	✖	●	●	✖	✖
Hongrie	●	●	✖	●	●	●	●	●	●	✖	✖
Islande	●	✖	✖	✖	●	●	●	●	●	✖	●
Irlande	●	✖	✖	✖	●	●	✖	●	●	✖	●
Italie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✖	●
Pays-Bas	●	✖	●	●	●	●	●	●	●	✖	✖
Norvège	●	✖	●	✖	●	●	●	●	●	✖	●
Slovaquie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovénie	●	●	■	o	●	●	●	●	●	✖	✖
R.-U. - Angleterre	●	✖	✖	✖	●	●	✖	●	●	✖	✖
R.-U. - Irlande du Nord	●	✖	✖	✖	●	●	✖	●	●	✖	✖
R.-U. - Écosse	●	✖	✖	✖	●	●	✖	●	●	✖	✖
R.-U. - Pays de Galles	●	✖	✖	✖	●	●	✖	●	●	✖	✖

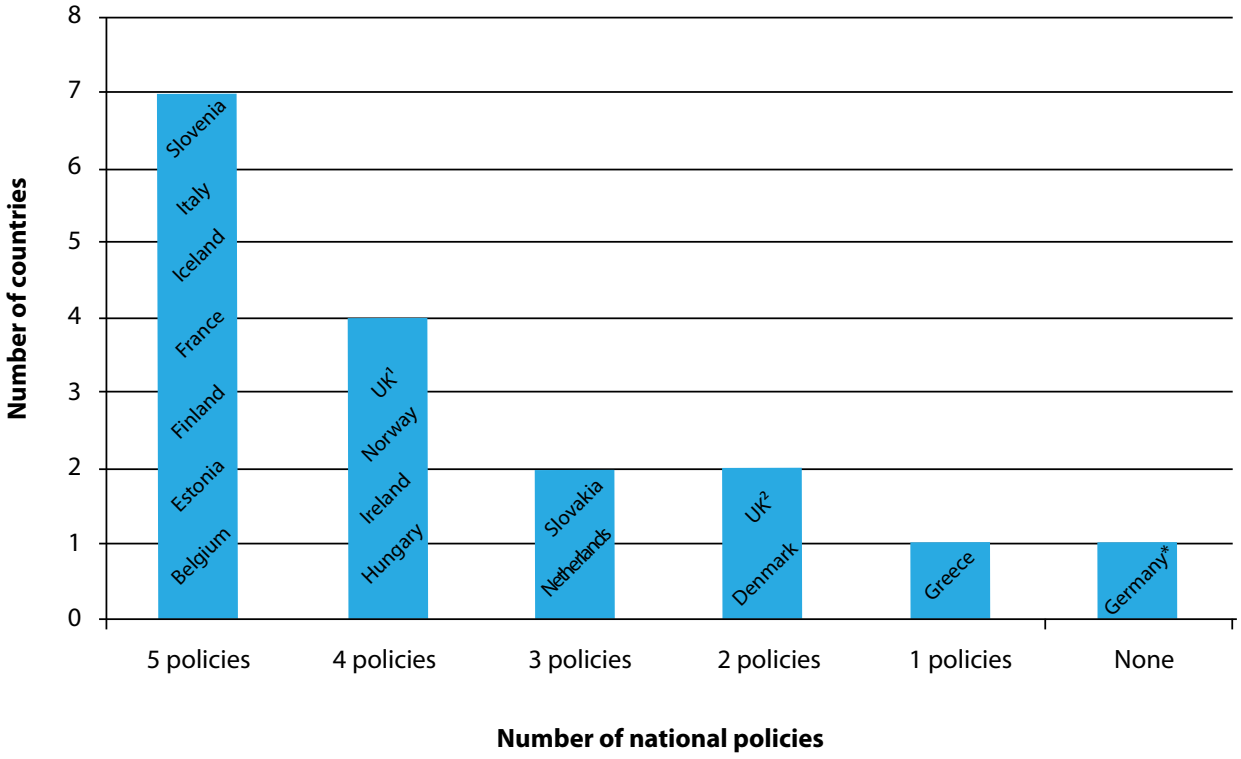
Légende : ● = oui; ✖ = non; o = en préparation ; ■= ne sait pas, sans réponse

Tableau 8:
Cartographie des politiques/stratégies nationales ainsi que des plans existants et en projet dans tous les pays du lot 5

Pays	Santé Publique	Maladies cardiovasculaires	Maladies coronaires	Hypertension	Accident Vasculaire Cérébral	Hyperlipidémie	Obésité	Diabète	Alcool	Alimentation	Activité physique	Tabac	Stress	Inégalités
Belgique région francophone	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●
Belgique région flamande	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●
Belgique région Germanophone	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●
Danemark	●	●	●	✖	✖	✖	●	●	✖	✖	✖	✖	✖	✖
Estonie	●	●	●	●	●	●	✖	✖	✖	●	●	●	✖	✖
Finlande	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✖	●
France	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✖	✖
Allemagne	✖	✖	✖	✖	✖	✖	o	o	●	●	●	●	✖	✖
Grèce	o	o	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	●	✖	✖
Hongrie	●	●	●	●	●	✖	✖	✖	✖	●	●	●	✖	●
Islande	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●
Irlande	●	●	●	●	o	✖	●	●	●	●	●	●	●	●
Italie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✖	●
Pays-Bas	●	●	●	✖	✖	●	o	●	●	●	●	●	✖	●
Norvège	●	✖	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✖	●
Slovaquie	●	o	●	✖	o	✖	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovénie	●	●	●	●	●	●	✖	o	●	●	●	●	o	●
R.-U. - Angleterre	●	✖	●	✖	●	✖	●	●	●	●	●	●	✖	●
R.-U. - Irlande du Nord	●	✖	●	✖	o	✖	●	✖	●	●	●	●	●	●
R.-U. - Écosse	●	✖	●	●	●	●	✖	●	●	●	●	●	✖	●
R.-U. - Pays de Galles	●	✖	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	o	●

Légende : ● = oui; ✖ = non; o = en préparation ; ■= ne sait pas, sans réponse

Figure 10:
Pays faisant état d'une politique nationale en rapport avec la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires, des maladies coronaires, de l'hypertension, des accidents vasculaires cérébraux et de l'hyperlipidémie



UK[1] Scotland and Wales
UK[2] England and Northern Ireland

* L'Allemagne ne déclare aucune politique nationale car les compétences des stratégies de santé publique incombent aux États Fédéraux

Programmes nationaux

Le tableau 9 illustre la cartographie des programmes nationaux en cours et en projet dans les 16 pays. Les pays ont fait état le plus souvent de programmes liés aux problématiques de tabagisme, de santé publique, de sédentarité, de maladies coronaires et d'alimentation. Ces programmes étaient en outre présentés en association avec les actions politiques et législatives, auxquelles ils peuvent parfois être liés. Les programmes vont de campagnes multimédia à des actions visant des catégories de population spécifiques via différents canaux, tels que les écoles, le lieu de travail et les soins de santé de base. Les programmes adoptent des approches variées. La majorité est constituée de programmes éducatifs, conçus pour influencer les comportements individuels de santé. Certains pays ont également rapporté utiliser une approche basée sur la population dans certains domaines en faisant par exemple la promotion de l'activité physique au travers de modifications structurelles, telles que l'amélioration des infrastructures cyclistes ou des aires de jeux. Douze pays ont déclaré disposer d'un programme national contre le diabète. La moitié des pays ou plus déclarent l'existence d'un programme national de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires ou de programmes de lutte contre l'hypertension, l'alcoolisme et/ou l'obésité. Les programmes nationaux liés à l'hyperlipidémie, aux AVC et au stress sont nettement moins courants. Seuls quatre pays (Belgique, Finlande, Italie et Royaume-Uni) ont indiqué disposer de programmes nationaux spécifiques pour lutter contre les inégalités de santé.

Programme national de mesure et de pesée des enfants en Angleterre

Le programme national de mesure et de pesée des enfants (National Child Measurement Programme) fait partie du programme de lutte du Gouvernement contre l'obésité des enfants. Il est mené conjointement par le ministère de la Santé et le ministère de l'Enfance, de l'École et des Familles. Il a été mis en place en 2005.
Chaque année, les enfants de moyenne section de maternelle (4 à 5 ans) et de CM2 (10 à 11 ans) sont pesés et mesurés pendant l'année scolaire. Ces mesures sont transmises aux autorités de planification locale et aux services à l'enfance. Ce programme permet de recueillir des données de surveillance au niveau de la population qui servent à analyser les tendances en termes de modèles de croissance et d'obésité.
Le programme permet également au public et aux professionnels de mieux comprendre les problématiques de poids chez les enfants. Il constitue un excellent moyen pour nouer le dialogue avec les enfants et les familles sur les thèmes des modes de vie sains et des problèmes de poids. Tous les parents des enfants qui ont participé au programme reçoivent les résultats de leur enfant quel que soit son poids, à moins que les parents demandent à ne pas les recevoir.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthimprovement/Healthyliving/DH_073787

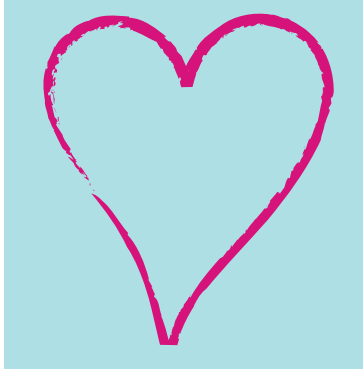


Tableau 9:
Cartographie de tous les programmes nationaux existants et en projet dans l'ensemble des pays du lot 5

Pays	Santé publique	Maladies Cardiovasculaires	Maladies coronaires	Hypertension	Accident Vasculaire Cérébral	Hyperlipidémie	Obésité	Diabète	Alcool	Alimentation	Activité Physique	Tabac	Stress	Inégalités
Belgique région francophone	●	●	●	●	●	✖	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgique région flamande	●	●	●	●	●	✖	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgique région Germanophone	●	●	●	●	●	✖	●	●	●	●	●	●	●	●
Danemark	✖	●	o	✖	✖	✖	✖	o	✖	✖	✖	✖	■	✖
Estonie	●	●	●	●	●	●	✖	✖	✖	●	●	●	✖	✖
Finlande	●	●	●	●	✖	●	✖	●	●	●	●	●	✖	●
France	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✖	✖
Allemagne	●	●	●	✖	✖	✖	●	●	●	✖	●	●	✖	✖
Grèce	✖	✖	●	●	■	●	●	●	■	■	●	●	●	■
Hongrie	✖	✖	●	●	■	■	■	■	■	●	■	●	■	■
Islande	●	✖	●	●	✖	●	●	●	●	●	●	●	●	■
Irlande	●	●	●	✖	✖	✖	✖	✖	●	●	●	●	✖	■
Italie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✖	●
Pays-Bas	●	●	✖	✖	✖	●	●	●	o	✖	✖	●	✖	✖
Norvège	●	✖	✖	●	✖	✖	✖	●	✖	●	●	●	✖	✖
Slovaquie	●	●	✖	✖	✖	✖	●	●	●	●	●	●	●	✖
Slovénie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	■	■
R.-U. - Angleterre	●	✖	●	●	●	✖	●	●	●	●	●	●	●	●
R.-U. - Irlande du Nord	●	✖	✖	✖	●	✖	●	●	✖	●	●	●	●	●
R.-U. - Écosse	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
R.-U. - Pays de Galles	●	●	●	●	●	●	✖	●	●	●	●	●	●	●

Légende : ● = oui; ✖ = non; o = en préparation ; ■= ne sait pas, sans réponse

Recommandations et normes nationales

Le tableau 10 illustre la cartographie des recommandations et normes nationales existantes et en projet dans les 16 pays. Deux pays ont indiqué n'avoir aucune recommandation ni aucune norme (Danemark, et Grèce). Tous les autres pays ont fait état de recommandations et normes nationales de lutte contre les maladies coronaires et l'hypertension, une minorité d'entre eux (Belgique, Finlande, Irlande) signalant l'adoption gouvernementale officielle de directives européennes existantes. La plupart des pays disposent de recommandations et normes sur la gestion de l'hyperlipidémie (à l'exception du Danemark et de la Grèce), du diabète et de la prévention des AVC. Dix pays disposent de recommandations et normes sur l'obésité.

Tableau 10:
Cartographie de toutes les recommandations et normes nationales existantes et en projet dans l'ensemble des pays du lot 5

Pays	Maladies coronaires	Hypertension	Accident Vasculaire Cérébral	Hyperlipidémie	Obésité	Diabète
Belgique région francophone	●	●	●	●	●	✖
Belgique région flamande	●	●	●	●	●	●
Belgique région Germanophone	●	●	●	●	●	✖
Danemark	✖	✖	✖	✖	✖	✖
Estonie	●	●	✖	●	●	●
Finlande	●	●	●	●	●	●
France	●	●	●	●	●	●
Allemagne	●	●	●	o	●	●
Grèce	✖	✖	✖	✖	✖	✖
Hongrie	●	●	●	●	●	●
Islande	●	●	●	●	●	●
Irlande	●	●	o	●	●	o
Italie	●	●	●	●	●	●
Pays-Bas	●	●	●	●	●	●
Norvège	●	●	●	●	●	✖
Slovaquie	●	●	■	●	■	●
Slovénie	●	●	●	●	✖	●
R.-U. - Angleterre	●	●	●	o	●	●
R.-U. - Irlande du Nord	●	●	●	●	●	●
R.-U. - Écosse	●	●	●	●	●	●
R.-U. - Pays de Galles	●	●	●	o	●	●

Légende : ● = oui; ✖ = non; o = en préparation ; ■= ne sait pas, sans réponse

Objectifs nationaux, surveillance et évaluation

Le tableau 11 présente les réponses liées aux objectifs nationaux en matière de santé publique, de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires, à l'existence de moyens de surveillance des objectifs en place et aux données relatives à l'information systématique du public et à l'évaluation des initiatives de santé cardiaque.

Tous les pays disposent d'objectifs de santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires. Ils prennent la forme d'objectifs généraux de réduction de la prévalence du mauvais état de santé cardiaque au sein de catégories de population spécifiques ou d'objectifs liés aux facteurs de risque. Deux pays (la Finlande et la Slovénie) et une communauté en Belgique font état d'objectifs liés à la surveillance de leur état d'avancement, d'une structure d'information systématique du public et de l'existence d'évaluation liée à certains types d'activité de santé cardiaque. De même, la Slovaquie a fait état d'objectifs, de surveillance de l'état d'avancement par rapport à ces objectifs, d'évaluation et de développement d'une structure d'information systématique du public. L'Estonie et trois régions du Royaume-Uni (hors Irlande du Nord) ont présenté les objectifs et les moyens de surveillance de l'état d'avancement par rapport à ces objectifs, de leur évaluation mais n'ont signalé aucune structure d'information systématique du public. Cinq pays (France, Islande, Irlande, Italie et Pays-Bas) ainsi qu'une des régions du Royaume-Uni (Irlande du Nord) ont indiqué l'existence d'objectifs et de certaines formes de surveillance de l'état d'avancement de ces objectifs.

Commentaires généraux

Bien qu'une présentation des activités publiées ait été réalisée, seules des analyses descriptives simples se sont révélées possibles pour plusieurs raisons. Malgré diverses tentatives de normalisation des méthodes de collecte des données et la diligence des agents de recensement au niveau national, les différents pays ont fourni des informations de niveau différent, ce qui a empêché toute comparaison détaillée. Dans certains cas, cette incapacité était due à une absence de réponse aux demandes d'informations clés auprès des ministères de chaque pays. Il est apparu également qu'une grande part de la documentation significative n'était disponible que dans la langue du pays et que l'on ne pouvait compter que sur un titre et un bref résumé en anglais, les frais de traduction n'entrant pas dans le cadre des ressources du lot 5.

Malgré ces problèmes pratiques, communs à tous les projets du même ordre, cette étude a montré que la plupart des pays européens inclus dans le lot 5 avaient signalé des stratégies et des actions nationales dans les domaines de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires. Les commentaires sur l'efficacité de telles mesures dans les pays ou leur comparaison et l'évaluation des différentes approches dans chaque pays n'entrent pas dans le cadre du projet.

Toutefois, les résultats suggèrent que dans certains pays, les liens entre action législative, mesures politiques et initiatives de programmes étaient plus forts dans le contexte de la santé publique, des maladies coronaires, du tabac, de l'alimentation et de l'activité physique. Il existe un travail gouvernemental et de partenariat dans la plupart des pays, bien que la coordination claire des actions n'ait pas été mise en évidence dans tous les pays. Les recommandations de gestion des maladies coronaires et de l'hypertension sont communes. La plupart des pays ont déclaré disposer d'objectifs de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires. Toutefois, les liens entre de tels objectifs et la surveillance, l'information publique sur les mesures de l'état d'avancement des objectifs et l'évaluation nationale se sont révélés nettement moins clairs.

Il a été possible d'identifier les budgets alloués pour la mise en œuvre des politiques et programmes dans près de la moitié des 16 pays et dans la plupart des cas, les données relatives au financement se sont avérées incomplètes. Ce problème peut être imputé au mode de recueil des données ; il peut révéler la nécessité d'une prise de décision plus « ouverte et transparente » ou refléter un réel manque de « cloisonnement » des ressources pour faire aboutir les actions en faveur de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires.

Tableau 11:
Cartographie des objectifs nationaux existants et en projet ainsi que de la surveillance et de l'évaluation dans tous les pays du lot 5

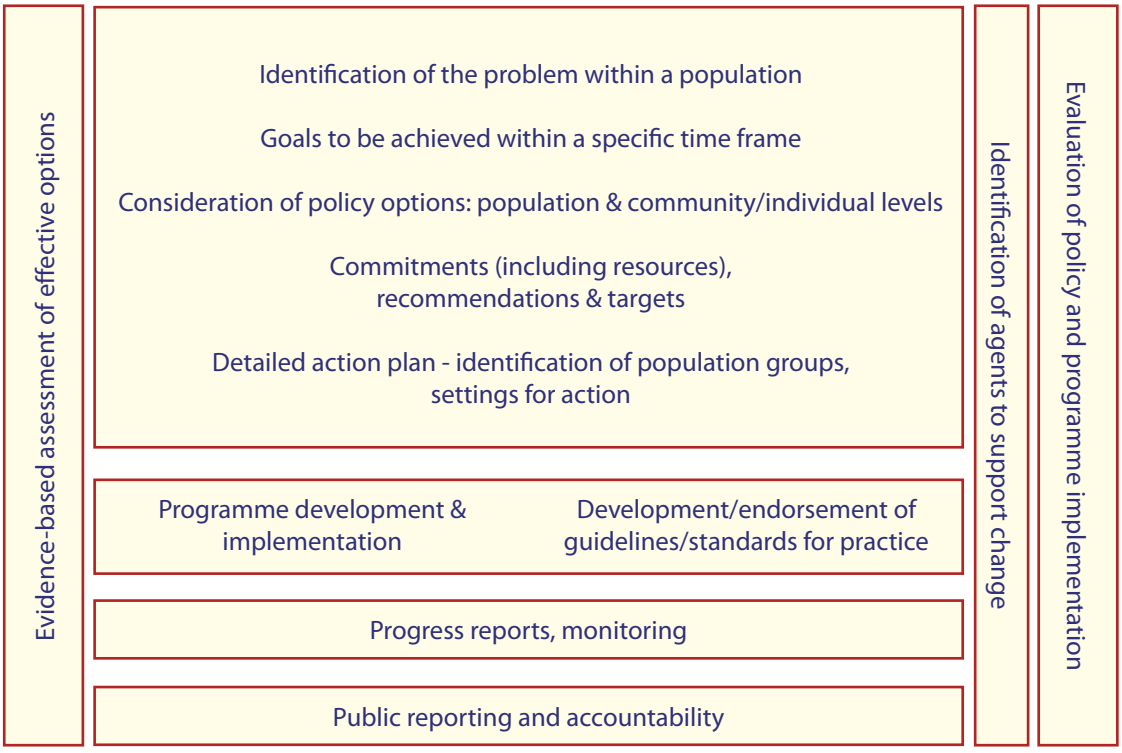
Pays	Santé publique	Maladies Cardiovasculaires	Surveillance	Information	Évaluation
Belgique région francophone	●	✖	✖	✖	✖
Belgique région flamande	●	●	●	●	●
Belgique région Germanophone	✖	✖	✖	●	✖
Danemark	o	✖	✖	✖	✖
Estonie	●	●	●	✖	●
Finlande	●	●	●	●	●
France	●	■	●	✖	●
Allemagne	●	✖	✖	✖	o
Grèce	✖	✖	✖	✖	✖
Hongrie	✖	●	✖	✖	■
Islande	●	●	●	✖	✖
Irlande	✖	●	●	✖	●
Italie	●	●	●	●	●
Pays-Bas	●	✖	●	●	●
Norvège	●	✖	✖	●	✖
Slovaquie	●	●	●	o	●
Slovénie	●	●	●	●	●
R.-U. - Angleterre	●	●	●	✖	●
R.-U. - Irlande du Nord	●	●	●	✖	✖
R.-U. - Écosse	●	●	●	✖	●
R.-U. - Pays de Galles	●	●	●	✖	●

Légende : ● = oui; ✖ = non; o = en préparation ; ■= ne sait pas, sans réponse

Eléments essentiels d'une stratégie nationale globale contre les maladies cardiovasculaires

La documentation des différents pays a permis de faire émerger des thèmes similaires, suggérant qu'il pourrait exister des éléments communs importants dans le développement des stratégies nationales. La figure 11 illustre les thèmes identifiés dans un modèle suggéré. Dans la section qui suit, les exemples fournis par chaque coordinateur national illustrent la façon dont les thèmes identifiés en figure 11 trouvent leur mise en application dans le contexte de développement et de mise en œuvre d'une politique concrète. Les informations relatives à ces politiques sont documentées dans le rapport complémentaire, Rapports de synthèse des pays, disponible à l'adresse http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176

Figure 11:
Modèle suggéré des éléments essentiels à une stratégie nationale globale



Identification du problème au sein d'une population

Cet élément fournit les informations contextuelles sur les problèmes spécifiques identifiés dans les documents d'orientation et les catégories de population affectées. Dans certains cas, les informations sur la façon dont ces problèmes ont été identifiés (par enquêtes nationales, consensus de groupe d'experts, etc.) étaient également communiquées.

Exemple : Plan d'action de promotion de la santé cardiaque en Finlande pour les années 2005-2011

Les maladies cardiovasculaires sont la cause la plus courante de mortalité chez les hommes comme chez les femmes en Finlande, mais l'attention a été portée sur les groupes d'âges plus élevés. Bien que la mortalité par maladie coronaire soit cinq fois plus élevée chez les hommes en âge de travailler que chez les femmes, le nombre total de décès dans la population entière est pratiquement identique chez les hommes et chez les femmes. Les différences de santé en matière de morbidité sont importantes d'un groupe de la population à l'autre et malgré les objectifs des politiques de soin en Finlande, ces différences n'ont pas reculé. Une évolution positive a été enregistrée dans toutes les catégories sociales mais elle s'est révélée plus lente dans les catégories sociales les plus basses. L'obésité des adultes et des enfants a augmenté. Le pourcentage de jeunes garçons de 12 ans en surpoids a augmenté et est passé de 7 à 27 % de 1977 à 2005. Ce même taux est passé de 7 % à 18 % chez les filles. Le pourcentage de jeunes garçons de 18 ans en surpoids est passé de 6 à 25 % de 1977 à 2005. Il a augmenté de 6% à 13% chez les filles.

Source : Anna-Liisa Rajala
Action Plan for Promoting Finnish Heart Health for the years 2005-2011 (2005). Finnish Heart Association www.sydanliitto.fi

Objectifs à atteindre dans une période donnée

Les objectifs généraux de la politique ont été énoncés dans la plupart des documents d'orientation. Ces objectifs varient de la déclaration générale d'intention à, ce qui est plus utile, des objectifs mesurables à atteindre dans une période donnée.

Exemple : Stratégie de la santé cardiaque estonienne 2005-2020

L'objectif général de la stratégie est d'obtenir une diminution permanente de la morbidité cardiovasculaire précoce et de la mortalité au sein de la population estonienne. Les objectifs sont les suivants :

- réduire le risque chez les Estoniens de 30 à 60 ans figurant déjà dans un groupe à haut risque ;
- réduire la mortalité par MCV parmi les 30-65 ans de 5 % d'ici 2010, par rapport à 2004 ;
- dépister au moins 90 % des personnes à haut risque de MCV d'ici 2008 ;
- réduire le risque global de MCV de 10 % ;

Source : Marianne Sirel
http://www.sm.ee/eng/pages/index.html

Étude des options politiques : niveau de la population et de la communauté/niveau individuel

Dans certains cas, les données relatives à l'éventail des options de politiques possibles (utilisation par exemple d'approches au niveau de la population ou d'actions individuelles ou combinaison des types d'approches) qui ont été étudiées avant de décider de l'approche au sein de la politique ont été fournies sous la forme d'informations contextuelles, accompagnées des détails du processus de prise de décision.

Exemple : Pour des cœurs plus sains, 1999

Le ministère irlandais de la Santé et de l'Enfance a créé le groupe de stratégie de la santé cardiovasculaire (Cardiovascular Health Strategy Group) pour développer une approche stratégique visant à réduire les décès pouvant être évités et les maladies causées par les MVC. Le groupe avait pour mission d'étudier les initiatives visant à améliorer la santé cardiovasculaire, le développement des soins cardiaques et la réhabilitation des soins de niveaux de primaire, secondaire et tertiaire et la coordination des services des patients. Le ministère a demandé que le groupe s'engage dans un large processus de consultation : 53 organismes publics et organisations non gouvernementales ont été sollicités et 43 propositions de collaboration ont été reçues. Les représentants des principales organisations ont été invités à rencontrer le groupe. Le groupe a également organisé des rencontres avec le personnel des hôpitaux, des ambulances et des collectivités sous la forme de visites sur site. Deux questionnaires distincts ont été distribués dans les hôpitaux traitant des patients atteints de problèmes cardiaques. Le groupe s'est réuni 20 fois et des sous-groupes ont été constitués selon les besoins spécifiques identifiés par la mission. Le rapport final a été élaboré à partir des consultations, des discussions et de l'étude de la littérature relative au développement des services de santé et aux traitements en Irlande et à l'étranger. Le rapport a été rédigé dans le cadre d'autres documents d'orientation ayant trait à la santé. En parfaite adéquation avec la politique nationale, le groupe s'est appuyé sur les principes de base suivants :

- Santé et amélioration sociale
- Égalité d'accès
- Qualité
- Efficacité, performances et
- Responsabilité et audit

Source : Maureen Mulvihill

Department of Health and Children (1999). Building Healthier Hearts - The Report of the Cardiovascular Health Strategy Group. Government Publications Office. Dublin

Engagements (ressources incluses), recommandations et objectifs

Généralement, les recommandations et objectifs ont été définis dans le document d'orientation. Les données relatives aux ressources allouées (finances, personnel, etc.) ont également été fournies, plus rarement.

Exemple : Plan national de prévention italien 2005-2007

Les ressources financières accordées par les régions pour la mise en œuvre du plan se sont élevées à 240 millions d'euros par an, soit l'équivalent de 25 % de la part des ressources revenant à chaque région pour atteindre les objectifs du plan de santé. Outre ces ressources, les régions ont alloué chaque année 200 millions d'euros supplémentaires au Plan national de prévention en 2005, 2006 et 2007. Le montant total du financement des régions pour le plan national de prévention s'élève donc chaque année (tout compris : vaccination, extermination des moustiques, des rats, hygiène publique, etc.) à 440 millions d'euros.

Source : http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/Tabella_CCm.pdf

http://www.ccm-network.it/Pnp_intro

Plan d'action détaillé : identification des catégories de population, cadre de l'action

La plupart des politiques ont fourni des informations sur ce qui allait être réalisé. Ces informations se traduisaient dans les faits par un résumé des principales actions découlant de la politique. Tout comme pour les autres éléments essentiels, ces informations variaient de la déclaration générale d'intention à une description plus détaillée des tâches, des responsabilités et des échéanciers.

Exemple : Maladies coronaires : structure nationale des services pour les maladies coronaires – normes modernes et modèles de service.

Le plan vise à réduire les maladies cardiaques au sein de la population d'Angleterre et comporte des objectifs plus spécifiques visant directement les patients à haut risque. Le plan a également pour ambition de réduire les inégalités de santé. Les composantes d'actions liées à la promotion de la santé s'adressent aux autorités de santé (HA), aux autorités locales (LA), aux groupes/organismes de soins primaires (PCG et PCT) et aux organismes de soins nationaux.

D'ici octobre 2000, les HA, LA, PCG/PCT et organismes de soins doivent :

- avoir participé activement au développement de programmes d'amélioration de la santé (HImP)
- s'être accordés sur leurs responsabilités et leurs contributions aux projets spécifiques identifiés dans les HImP
- avoir convenu d'un mécanisme prenant en compte les actions qu'ils ont accepté de livrer comme élément du HImP
- avoir convenu d'un mécanisme assurant que le Conseil est informé de l'état d'avancement des politiques de promotion de santé et qu'il les étudie
- avoir identifié une personne-relais, qui agit comme point de contact pour les agences partenaires

D'ici avril 2001, les HA, LA, PCG/PCT et organismes de soins doivent :

- avoir contribué, après accord, à la réalisation du programme local des politiques en vigueur sur a) la réduction du tabagisme b) la promotion d'une alimentation saine c) l'augmentation de l'activité physique et d) la réduction du surpoids et de l'obésité
- disposer d'un mécanisme assurant que les incidences sur la santé de toutes les nouvelles politiques et de toutes les politiques existantes soumises à contrôle peuvent être examinées
- en tant qu'employeur, avoir mis en place une politique sur le tabac
- être capable d'aiguiller les clients/usagers vers des services spécialisés dans l'arrêt du tabac, y compris des cliniques
- avoir produit un profil d'égalité et défini les objectifs locaux d'égalité

D'ici avril 2002, les HA, LA, PCG/PCT et organismes de soins doivent :

- disposer des données quantitatives datant de moins de 12 mois sur la mise en place des politiques concernant :
    - o la réduction de la prévalence du tabac
    - o la promotion d'une alimentation saine
    - o la promotion de l'activité physique
    - o la réduction du surpoids et de l'obésité
- en tant qu'employeur, avoir développé des plans de transport « vert » et pris les mesures pour mettre en œuvre des politiques en faveur des employés

D'ici avril 2003, les HA, LA, PCG/PCT et organismes de soins doivent :

- avoir mis en œuvre les plans pour évaluer l'état d'avancement des objectifs nationaux associés au projet Saving Lives : Our Healthier Nation et aux objectifs locaux

Le NSF décrit également ce qui doit être inclus dans les modèles de référence afin de délivrer des programmes et politiques de prévention efficaces :

- Les acteurs locaux doivent produire un programme d'amélioration de la santé (HImP) qui accorde clairement la priorité aux actions d'amélioration de la santé et de réduction des inégalités ; qui fait référence aux recommandations du rapport annuel du Directeur de la santé publique et du profil local d'égalité ; qui précise les actions à la charge de chaque organisme ; qui crée des liens locaux avec les politiques nationales identifiées ; et qui spécifie la structure, le processus et les mesures de résultats selon lesquelles la prestation locale sera jugée.

continued overleaf

- Les acteurs locaux travailleront également avec les principales parties prenantes pour constituer l'équipe de mise en œuvre locale afin de développer et de superviser la mise en place du plan local de prestation.
- Les acteurs locaux doivent procéder aux évaluations de l'impact de santé des principales décisions politiques susceptibles d'avoir un effet direct ou indirect sur les soins cardiaques.
- Les directeurs locaux de la santé publique doivent produire un profil d'égalité de leur population locale, en identifiant les inégalités dans la santé du cœur et les accès aux services de prévention et de traitement. Cette action doit permettre d'informer directement le HImP.
- Les autorités de santé, en collaboration avec les organismes de soins de santé primaire, sont tenus de créer des services de désaccoutumance du tabac pour les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer. Ces services doivent viser les groupes défavorisés, les jeunes gens et les femmes enceintes. Ils doivent être mis à disposition sous une grande variété de formes et doivent comporter des services de soutien, de conseil et de suivi ainsi qu'un traitement d'une semaine de substitution de la nicotine pour les fumeurs qui n'ont pas les moyens de le financer.
- Il convient de mener une approche de développement communautaire, les professionnels agissant comme animateurs pour impliquer les communautés locales dans les décisions affectant leur santé.
- Le NHS et les LA doivent développer et mettre en œuvre des politiques sur les lieux de travail pour protéger et améliorer la santé (y compris la santé cardiaque) des employés et communiquer les états d'avancement aux Comités et Conseils.

Source : Rebecca Salay

Department of Health (2000) Coronary heart disease: national service framework for coronary heart disease - modern standards and service models. London: Department of Health

Développement et mise en œuvre du programme

La plupart des documents d'orientation fournissaient des informations sur la façon dont les plans d'action devaient être réalisés et précisaient la façon dont le plan d'action allait être délivré.

Exemple : Le plan de santé national islandais jusqu'en 2010

Le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale dirige la mise en œuvre administrative et l'étude des objectifs du plan. La Direction de la santé prend les dispositions nécessaires pour recueillir et traiter les informations et assurer un suivi au niveau professionnel. Les médecins de quartier, les employés de soins de santé, les directeurs d'institutions, les experts, les conseils collaboratifs et les comités d'autorités des soins de santé participent à la mise en œuvre de différents aspects du plan. Plusieurs groupes de travail ont été constitués. Ces groupes vont contribuer aux efforts pour atteindre les objectifs et assurer la surveillance de la mise en œuvre du plan au niveau local. Une étroite collaboration avec les hôpitaux, les centres de soins, les professionnels de la santé et les autres parties impliquées est indispensable à la mise en œuvre du plan. Les études ou rapports d'état et d'avancement des projets relevant du NHP sont publiés annuellement.

Selon le NHP : « En outre, il est important que le plan de santé soit accepté à tous les niveaux des services de soins et qu'il reçoive le soutien des conseils locaux, des organismes régionaux, des associations non gouvernementales, des professionnels et des groupes d'intérêts, des entreprises privées, des partenaires sociaux et économiques, des familles et des individus. Il convient également de s'assurer que la politique de l'état, des communautés et des partenaires sociaux dans les différents domaines de la société participent à l'amélioration de la santé en Islande. »

Source : Bylgja Valtýsdottír

The Ministry of Health and Social Security (2001). The National Health Plan to the Year 2010. Long time goals in health care. Reykjavik: The Ministry of Health and Social Security.

Développement/adoption des recommandations/normes de pratique

Dans certains cas, les coordinateurs ont fourni des renseignements sur la façon dont les recommandations/normes devaient être développées ou utilisées pour accompagner la politique.

Exemple : Maladies coronaires : national service framework for coronary heart disease - modern standards and service models

Des normes officielles ont été définies dans chaque domaine de soins, auxquelles le NHS britannique est censé se conformer. Ces normes reposent sur des faits précis montrant que les interventions ont été rentables et efficaces au niveau clinique. Les groupes de discussion ont examiné les données factuelles dans chaque domaine. Les modèles de soins et les systèmes de prestation de service qui se sont révélés efficaces et qui pouvaient aider à atteindre les objectifs du NSF ont également été identifiés.

Source : Rebecca Salay

Department of Health (2000) Coronary heart disease: national service framework for coronary heart disease - modern standards and service models. London: Department of Health

Rapports d'avancement, surveillance

Certains documents d'orientation fournissaient des informations sur le mode de surveillance et de suivi des états d'avancement des objectifs.

Exemple : Programme « Sain toute la vie » – les objectifs et stratégies de la politique de santé publique du gouvernement du Danemark 2002 – 2010

Le gouvernement présente un programme d'indicateurs avec des chiffres clés pour les objectifs globaux du programme Sain toute la vie, les facteurs de risque, les groupes cible et les lieux de promotion de la santé. Les tendances de ces indicateurs seront régulièrement mis à jour sur le site Web www.folkesundhed.dk. Une version à jour sera compilée dans une publication annuelle sur la durée du programme Sain toute la vie.

Source : Mads Hyldgaard

Ministry of Interior and Health (2003): Healthy throughout Life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002 – 2010.

Information publique et responsabilité

Certains documents d'orientation ont également fourni des informations sur la façon dont l'état d'avancement des objectifs devait être rendu public.

Exemple : Pour des cœurs plus sains, 1999

Le ministère de la Santé et de l'Enfance a constitué un groupe de travail sur la santé cardiaque ayant pour mission la surveillance de la stratégie de la santé cardiovasculaire, la communication au comité de la santé et de l'enfance des chambres du parlement. Il a également désigné un groupe consultatif chargé de conseiller sur la meilleure façon de mettre en œuvre les recommandations du rapport. Trois rapports d'avancement ont été publiés :

- Heart Health Task Force (2001) Progress Report July 1999-2001. Dublin: Government Publications Office
- Heart Health Task Force (2003) Ireland's Changing Heart (2002). Second report on Implementation of the Cardiovascular Health Strategy. Dublin: Government Publications Office
- Health Services Executive (2006) Ireland Take Heart. Audit of Progress on the Implementation of Building Healthier Hearts 1999-2005. Dublin: HSE, Population Health.

Source : Maureen Mulvihill

Department of Health and Children (1999). Building Healthier Hearts - The Report of the Cardiovascular Health Strategy Group. Government Publications Office. Dublin

Évaluation factuelle des options efficaces

Quelques programmes seulement ont communiqué des informations sur la façon dont étaient utilisées les données de recherche pour orienter le développement de la politique, et ont cité les données scientifiques concernant l'efficacité de différentes interventions, par exemple.

Example: The Icelandic National Health Plan to the Year 2010

Each of the main goals has an overview of the current situation which is based on statistical data or research. The Institute of Economic Studies Report on Cost and Profit analysis was also used in the making of the National Health Plan.

Source : Bylgja Valtýsdottír

The Ministry of Health and Social Security (2001). The National Health Plan to the Year 2010. Long time goals in health care. Reykjavik: The Ministry of Health and Social Security.

Évaluation de la mise en œuvre de la politique et du programme

Un élément clé mais néanmoins peu mentionné dans les documents d'orientation, donnait des informations sur toutes les évaluations en projet ou sur les études scientifiques existantes qui devaient évaluer le « succès » de la politique et communiquer sur les processus de planification à venir.

Exemple : Plan d'action de promotion de la santé cardiaque en Finlande pour les années 2005-2011

L'association finlandaise de cardiologie http://www.sydanliitto.fi a envoyé des bulletins électroniques et publié un rapport annuel.

Sosiaalikehitys Ltd réalise une évaluation du plan de cardiologie finlandais. Le rapport à mi-parcours a été publié à la fin 2008.

Source : Anna-Liisa Rajala

Action Plan for Promoting Finnish Heart Health for the years 2005-2011 (2005). Finnish Heart Association www.sydanliitto.fi

Identification des agents qui accompagnent le changement

La plupart des documents d'orientation ont pu fournir des exemples des principaux groupes d'individus indispensables à l'accompagnement de la mise en œuvre de la politique.

Exemple : Politique de prévention de santé publique – Lettre du ministre de la santé, des affaires sociales et des sports (Pays-Bas)

Le gouvernement invite tous ses partenaires en prévention dont les intérêts sont parallèles – soins de santé internes et externes – à contribuer et à collaborer à la réalisation du programme de changement et d'intensification de la politique de prévention. Exemple :

- Ministère de la Santé et autres administrations (éducation, jeunesse, familles, etc.)
- Administration de la sécurité sociale des soins de santé (CVZ), Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM), conseil de santé des Pays-Bas (GR), Institut Trimbos, etc.
- Conseils locaux, services de santé municipaux, écoles, employeurs, industriels, Institut national du sport et des activités physiques (NISB)

Source : Marijke Luif

Policy on prevention for the public health – Letter of the Minister of Health, Welfare and Sport on the vision of the government on health and prevention (piece number 22849, no. 134). The Hague, 24 September 2008. www.tweedekamer.nl

Conclusions

Le programme de cartographie EuroHeart a été créé pour recueillir des données complètes et comparables sur les politiques, plans et mesures ayant une incidence sur la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires. Il visait à identifier les différences et les écarts entre les politiques et les actions en Europe et à déterminer les éléments essentiels d'une stratégie nationale globale en matière de maladies cardiovasculaires. Ce projet a été une réussite à plusieurs égards. Il a permis de décrire les actions entreprises dans le domaine de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires dans 16 pays européens et devrait permettre à ces pays d'apprécier leurs activités par rapport à celles de leurs voisins. Il a également permis d'identifier des éléments communs entre tous les documents d'orientation. Cet instantané a ainsi révélé les éléments suivants :

- Tous les pays ont pu identifier l'administration responsable en premier chef de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires. Un nombre moins important de pays a également pu identifier l'organisme précisément responsable de la coordination des actions relatives à la promotion de la santé cardiovasculaire et à la prévention des maladies cardiovasculaires.

- Chaque pays a indiqué disposer d'une législation sous une forme ou une autre dans le domaine de la santé publique, du contrôle du tabagisme et de l'alimentation. La plupart des pays ont indiqué avoir une législation relative au contrôle de l'alcool et à la promotion de l'activité physique. La législation relative à d'autres problématiques de santé et aux facteurs de risque liés au mode de vie et associés aux maladies cardiovasculaires s'est révélée moins courante.

- Les politiques nationales les plus couramment citées étaient largement conformes aux domaines les plus fréquemment couverts par la législation, à savoir la santé publique, le tabac, les maladies coronaires, l'alimentation et les activités physiques. La plupart des pays ont également indiqué disposer de politiques nationales de lutte contre les inégalités de santé. Plusieurs pays ont fait état de programmes ou de recommandations de programmes/politiques d'établissement de diagnostics précoces (identification de la population à haut risque ou dépistage).

- Les pays ont fait état le plus souvent de programmes liés aux problématiques de tabagisme, de santé publique, de sédentarité, de maladies coronaires et d'alimentation. Ces programmes étaient en outre présentés en association avec les actions politiques et législatives, auxquelles ils peuvent parfois être liés.

- Il a été difficile d'identifier les budgets alloués à la mise en œuvre d'une politique ou d'un programme et dans la plupart des cas, les données relatives au financement se sont révélées incomplètes.

- La plupart des pays ont indiqué disposer de recommandations et normes nationales de lutte contre les maladies coronaires et l'hypertension, de gestion de l'hyperlipidémie, de prévention du diabète et des AVC ainsi que de l'obésité.

- La plupart des pays ont déclaré disposer d'objectifs de santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires. Toutefois, les liens entre de tels objectifs et la surveillance, l'information publique des mesures d'avancement dans la réalisation des objectifs et l'évaluation nationale se sont révélés nettement moins clairs.

Malgré la valeur de ces résultats, toutes les personnes impliquées dans le lot 5 EuroHeart ont un sentiment de frustration car ce travail n'a pas permis de commenter l'efficacité de certaines mesures prises dans les pays ni de comparer et d'évaluer les variétés d'approches des différents pays. Cette incapacité est due en partie aux méthodes utilisées, elles-mêmes limitées par le financement disponible pour le projet. Toutefois, même avec un financement plus généreux, les personnes cherchant à savoir quel type d'action de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires enregistre de bons résultats pour une catégorie de population donnée dans un certain contexte, auraient été frustrées par le manque d'informations normalisées, fiables et disponibles dans les différents pays européens.

Recommandations

- Cette étude a révélé le besoin de coopération et de collecte des données au niveau paneuropéen pour pouvoir chiffrer l'efficacité des différentes actions ou interventions de promotion de la santé cardiovasculaire et prévention des maladies cardiovasculaires.

- Il est nécessaire de redoubler d'efforts en matière de surveillance, de contrôle et d'évaluation des activités en cours et en projet. Il est également recommandé de se doter de mécanismes intégrés pour renouveler les stratégies et les directives actuelles.

- Il est nécessaire de procéder à une comparaison approfondie des politiques cardiovasculaires en place, de leurs ressources, de leur mise en œuvre et de leurs résultats, ainsi qu'à l'étude de la littérature liée à ces politiques, à l'examen des enquêtes menées sur d'autres politiques appropriées et à l'analyse du contenu des politiques dans un nombre donné de pays.

- Il conviendrait également de mener une étude de la littérature liée à ces politiques, des enquêtes menées sur d'autres politiques appropriées et de réaliser une analyse du contenu des politiques.

Références

1.Organisation mondiale de la Santé, Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control. Organisation mondiale de la Santé 2007 (ISBN 978 92 4 159569 8), disponible à l'adresse : http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index6.html

2. L. Joossens et M. Raw, The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity Tobacco Control 2006 ; 15: 247-253

3. Swinburn B. et Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. Obesity Review 2002; 3(4):289-301.

4. Organisation mondiale de la Santé Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region. Copenhagen : Organisation mondiale de la Santé 2006

5. Organisation mondiale de la Santé Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organisation for Health and Welfare, Ontario. 1986

Annexe A : Comité consultatif du lot de travail 5

Le comité consultatif de ce lot de travail était composé comme suit :

George Andrikopoulos	Fondation hellénique de cardiologie
Jill Farrington/ Albena Arnodova	OMS – Europe
Robin Ireland	EuroHealthNet
Tor Jungman	Association finlandaise de cardiologie
Marleen Kestens	Réseau européen du cœur
Susanne Løgstrup	Réseau européen du cœur
András Nagy	Association hongroise de cardiologie
Ruairi O'Connor	Fondation britannique de cardiologie
Sophie O'Kelly	Société européenne de cardiologie
Michael O'Shea	Fondation irlandaise de cardiologie
Mike Rayner	Groupe de recherche et de promotion de la santé de la British Heart Foundation (BHFHPRG) de l'université d'Oxford
Per Tornvall	Société européenne de cardiologie

Annexe B : Questionnaire

Veuillez remplir ce questionnaire en vous reportant aux notes explicatives qui l'accompagnent. Les termes soulignés sont définis dans le glossaire.

Coordinateur national :

Pays :

Veuillez adresser vos questions et renvoyer le questionnaire rempli par e-mail à Gill Cowburn du Groupe de recherche et de promotion de la santé de la British Heart Foundation : gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

Délai de renvoi du questionnaire : vendredi 15 février 2008

A. Organismes nationaux

A1. Quelle administration (le ministère de la Santé, par exemple) est responsable en premier chef des actions de santé publique liées à la prévention et au contrôle des maladies chroniques ?

.....
.....
.....
.....

A2. Existe-t-il d'autres administrations impliquées dans les actions de santé publique liées à la prévention et au contrôle des maladies chroniques ?

.....
.....
.....
.....

A3. Quelle administration est responsable en premier chef de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires ?

.....
.....
.....
.....

A4. Existe-t-il d'autres administrations nationales (telles qu'un institut national) impliquées dans les actions de santé publique liées à la prévention et au contrôle des maladies chroniques ?

☐ *Oui (Veuillez détailler)*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

A5. Ces organismes nationaux sont-ils impliqués dans la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires ?

☐ *Oui (Veuillez détailler)*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

A6. Existe-t-il des organismes non gouvernementaux, des syndicats professionnels ou des associations caritatives impliqués dans la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires ?

☐ *Oui (Veuillez détailler)*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

A7. Existe-t-il un organisme responsable de la coordination de la mise en œuvre de la politique/stratégie ou du plan de promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires ?

☐ *Oui (Veuillez détailler)*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

A8. Dans votre pays, existe-t-il des organismes clés qui peuvent être considérés comme les « moteurs » de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires ?

.....
.....
.....
.....

A9. Veuillez faire part de tout autre commentaire sur les informations de la section A

.....
.....
.....
.....

B. Lois, normes juridiques, législation et décrets ministériels nationaux (ou équivalents)

B1. Existe-t-il des lois, des normes juridiques, des législations, des décrets ministériels nationaux ou leurs équivalents en vigueur dans votre pays portant sur l'un des domaines suivants ?

	Oui	Non	Ne sait pas	Type (p. ex. loi, norme juridique, législation, décret ministériel)	Année, intitulé et sites Web (ou fichiers PDF, le cas échéant)
Santé publique					
Maladies cardiovasculaires					
Obésité					
Diabète					
Alcool					
Alimentation et nutrition					
Activité physique					
Tabac					
Stress					
Inégalités					
Tout autre domaine pertinent					

B2. Veuillez faire part de tout autre commentaire sur les informations de la section B

.....

.....

.....

.....

C. Politiques, stratégies ou plans nationaux

C1. Votre pays est-il doté de politiques, de stratégies ou de plans de santé nationaux régissant les actions de santé publique liées à la prévention et au contrôle des maladies chroniques ?

☐ *Oui Année - Intitulés (original et en anglais) - Sites Web/fichiers PDF - le cas échéant - Financement alloué*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

C2. Votre pays est-il doté de politiques, stratégies ou plans de santé nationaux portant sur la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires ?

☐ *Oui Année - Intitulés (original et en anglais) - Sites Web/fichiers PDF - le cas échéant - Les politiques/stratégies sont-elles intégrées ? - Financement alloué*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

C3. Existe-t-il des politiques, stratégies ou plans nationaux en vigueur dans votre pays portant sur l'un des domaines spécifiques suivants ?

	Oui	Non	Ne sait pas	Année Intitulés et sites Web (ou fichiers PDF, le cas échéant) Financement alloué
Maladies coronaires				
Hypertension				
AVC				
Hyperlipidémie				
Obésité				
Diabète				
Alcool				
Alimentation et nutrition				
Activité physique				
Tabac				
Stress				
Inégalités				
Autre domaine pertinent ?				

C4. Dans votre pays, quelles politiques, stratégies ou quels plans nationaux sont réputés avoir eu le plus d'influence sur la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires ?

.....

.....

.....

C5. Veuillez faire part de tout autre commentaire sur les informations de la section C

.....

.....

.....

D. Politiques, stratégies ou plans en préparation

D1. Existe-t-il des politiques, stratégies ou plans nationaux en cours de préparation ?

☐ *Oui (Veuillez détailler)*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

D2. Veuillez faire part de vos commentaires sur les informations de la section D

.....

.....

.....

E. Programmes nationaux

E1. Votre pays est-il doté de programmes à l'échelle du pays portant sur la santé publique et liés à la prévention et au contrôle des maladies chroniques ?

☐ *Oui Année - Intitulés (original et en anglais) - Sites Web/fichiers PDF, le cas échéant - Financement alloué*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

E2. Does your country have any country-wide programmes on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

☐ *Oui Année - Intitulés (original et en anglais) - Sites Web/fichiers PDF, le cas échéant - Financement alloué - Ce programme est-il intégré ?*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

E3. Existe-t-il des programmes à l'échelle nationale, en vigueur dans votre pays, portant sur l'un des domaines spécifiques suivants ?

	Oui	Non	Ne sait pas	Année Intitulés et sites Web (ou fichiers PDF, le cas échéant) Financement alloué
Maladies coronaires				
Hypertension				
AVC				
Hyperlipidémie				
Obésité				
Diabète				
Alcool				
Alimentation et nutrition				
Activité physique				
Tabac				
Stress				
Inégalités				
Autre domaine pertinent ?				

E4. Citez les programmes à l'échelle nationale dont la mise en œuvre a été un succès.

.....

.....

.....

E5. Veuillez faire part de tout autre commentaire sur les informations de la section E

.....

.....

.....

F. Programmes en préparation

F1. Existe-t-il des programmes à l'échelle nationale actuellement en cours de préparation ?

☐ *Oui (Veuillez détailler)*

.....

☐ *Non*

☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

F2. Veuillez faire part de vos commentaires sur les informations de la section F

.....

.....

.....

G. Recommandations et normes nationales

G1. Votre pays a-t-il adopté à l'échelle nationale des recommandations/normes liées à la prévention des maladies cardiovasculaires, à leur traitement et aux soins qui portent sur l'un des domaines suivants ?

	Oui	Non	Ne sait pas	Année Intitulés et sites Web (ou fichiers PDF, le cas échéant) Financement alloué
Maladies coronaires				
Hypertension				
AVC				
Hyperlipidémie				
Obésité				
Diabète				
Autre domaine pertinent ?				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

G2. Veuillez faire part de tout autre commentaire sur les informations de la section G

.....

.....

.....

H. Objectifs nationaux, surveillance et évaluation

H1. Votre pays s'est-il fixé des objectifs en matière de santé publique, liés à la prévention et au contrôle des maladies chroniques ?

☐ *Oui (Veuillez détailler les objectifs et sites Web, ou fichiers PDF, le cas échéant)*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

H2. Votre pays est-il doté d'objectifs nationaux en matière de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires ?

☐ *Oui (Veuillez détailler les objectifs et sites Web, ou fichiers PDF, le cas échéant)*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

H3. Votre pays a-t-il entrepris une surveillance de l'état d'avancement des objectifs de promotion de santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires ?

☐ *Oui (Veuillez détailler les objectifs et sites Web, ou fichiers PDF, le cas échéant)*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

H4. Votre pays est-il doté d'une structure d'information publique systématique en matière de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires ?

☐ *Oui (Veuillez détailler les objectifs et sites Web, ou fichiers PDF, le cas échéant)*

.....

☐ *Non*
☐ *Ne sait pas (Veuillez expliquer)*

.....

H5. À quel type d'évaluation les programmes liés à la promotion de la santé cardiovasculaire et à la prévention des maladies cardiovasculaires ont-ils été soumis ?

.....
.....
.....

H6. Veuillez faire part de tout autre commentaire sur les informations de la section H

.....
.....
.....

Nous vous remercions pour votre aide et pour le temps passé à répondre à ce questionnaire.
Veuillez renvoyer le questionnaire rempli par e-mail à Gill Cowburn, gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

avant vendredi 15 février 2008.

Annexe C : Notes explicatives relatives au questionnaire

Les présentes notes explicatives sont conçues pour vous aider à remplir le questionnaire 1. Les mots soulignés dans le questionnaire ont été définis dans un glossaire (voir page 55).

Aspects généraux

Veuillez répondre au questionnaire en anglais. Lorsque l'information n'existe que dans la langue d'origine, veuillez fournir une brève traduction résumée en anglais.

Nous cherchons à recueillir toutes les informations ayant trait aux politiques, stratégies, plans et programmes nationaux actuellement opportuns dans votre pays. Ces informations peuvent inclure, par exemple, un plan d'action publié récemment ou une législation en vigueur depuis un certain temps. Nous souhaitons également connaître l'existence de politiques, stratégies ou plans d'envergure nationale qui existent sous forme d'intention, ainsi que les programmes nationaux déjà mis en œuvre.

Veuillez n'utiliser la colonne « Ne sait pas » uniquement lorsque vous n'avez pas réussi à trouver l'information demandée, puis fournissez une brève explication des tentatives mises en œuvre pour recueillir l'information requise. Fournissez les URL et fichiers PDF lorsque cela est possible. À la fin de chaque section du questionnaire, une zone vous permet d'ajouter des commentaires supplémentaires.

Veuillez contacter Gill Cowburn (e-mail : gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk) en cas de doute sur la nature des informations que vous devez recueillir ou sur les lieux où vous êtes susceptibles de les trouver.

A. Organismes nationaux

Dans cette partie du questionnaire, nous nous intéressons à la façon dont les structures de promotion de santé et de prévention des maladies sont organisées dans votre pays. Nous souhaiterions savoir quels services administratifs, organismes non gouvernementaux ou nationaux sont impliqués sous une forme ou une autre dans la promotion de la santé, la prévention et la gestion des maladies chroniques, et plus particulièrement des maladies cardiovasculaires. Ces informations doivent pouvoir être obtenues directement auprès des sources gouvernementales ou des organismes impliqués. Les détails demandés sont le nom de l'organisme (veuillez fournir une traduction en anglais) et l'URL correspondante, le cas échéant.

Exemple :

Au Royaume-Uni, le ministère de la Santé est responsable de la santé publique dans son ensemble, http://www.dh.gov.uk

Il convient de prendre en considération certains ministères, tels que :
le ministère de la Santé, le ministère de l'Agriculture, le ministère de l'Enfance et de l'Éducation, le ministère de l'Environnement, le ministère de l'Intérieur, le ministère des Affaires culturelles

Certains organismes non gouvernementaux doivent également être pris en compte, tels que :
Les fondations nationales de cardiologie, les groupes de consommateurs, les lobbys, les syndicats médicaux et les groupes de volontaires.

Nous vous demandons également (question A7) de nous indiquer quels organismes sont responsables de la coordination de la mise en œuvre d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan. Nous entendons par là tout organisme qui coordonne des actions gouvernementales ou non gouvernementales.

Dans la question A8, nous vous demandons d'identifier les organismes clés qui peuvent être considérés comme les « moteurs » de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires. Ici, nous cherchons à recueillir une image de consensus au sein du pays et non votre propre opinion. Ainsi, si le consensus général dans votre pays veut que les organismes X et Y soient les organismes clés qui font avancer les actions, veuillez nous fournir des informations sur ces organismes. Si toutefois il n'existe aucun consensus dans votre pays, indiquez votre vision personnelle mais précisez qu'il s'agit de votre propre opinion (par exemple, à mon avis, les organismes A et B sont les principaux acteurs du changement).

B. Lois, normes juridiques, législation et décrets ministériels nationaux (ou équivalents)

Nous nous intéressons ici au recensement de tout mécanisme législatif existant dans votre pays, visant à promouvoir des modes de vie plus sains. Ces informations doivent pouvoir être obtenues directement auprès des sources gouvernementales. Veuillez répertorier toutes les législations (ou équivalent) que vous pouvez. Pour chacune d'elles, indiquez l'année de publication ou d'entrée en vigueur, l'intitulé (veuillez fournir une traduction en anglais si nécessaire) et l'URL.

Exemple :

Au Royaume-Uni, la loi relative à la publicité et à la promotion du tabac a été introduite en février 2001, http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200001/ldbills/026/2001026.htm

C. Politiques, stratégies ou plans nationaux

Dans cette section, nous cherchons à définir quelles sont les politiques, stratégies ou plans de santé nationaux qui existent dans votre pays pour la promotion de la santé, la prévention et la gestion des maladies chroniques et particulièrement des maladies cardiovasculaires. Ces informations doivent pouvoir être obtenues directement auprès des sources gouvernementales. Pour chaque recommandation et norme, indiquez l'année de publication, l'intitulé (veuillez fournir une traduction en anglais si nécessaire) et l'URL.

Exemple de politique :

Au Royaume-Uni, le livre blanc « Choosing Health: making healthy choices easier » (2004) décrit une politique de santé publique intégrée qui comprend la lutte contre les maladies cardiovasculaires et les cancers ainsi que les facteurs de risque tels que le tabac, l'alimentation saine, l'obésité, l'activité physique et l'alcool.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

Nous souhaitons identifier ici le montant des financements alloués à chaque politique, stratégie ou plan. Ces informations doivent pouvoir être obtenues directement auprès des sources gouvernementales et des organismes impliqués dans le développement ou dans la réalisation de ces politiques, stratégies ou plans. Veuillez fournir le détail des montants des financements alloués pour chaque politique, stratégie ou plan (lorsque l'information est disponible) dans la monnaie d'origine et en euros. Nous vous demandons également de fournir l'URL de référence, le cas échéant.

Exemple :

au Royaume-Uni en 2005, l'organisme dédié à l'alimentation scolaire s'est vu attribuer 15 millions de livres (21 526 676 euros) par le ministère de l'Éducation et de la Formation pour promouvoir l'éducation et la santé des enfants et des jeunes gens en améliorant la qualité de l'alimentation fournie et consommée dans les écoles.
http://www.schoolfoodtrust.org.uk/content.asp?ContentId=232

Nous souhaitons également que vous indiquiez si les politiques et stratégies recensées sont intégrées ou non. Par intégration, nous entendons le fait qu'elles visent plusieurs maladies (comme le cancer et les maladies cardiovasculaires) ou un éventail de facteurs de risque (comme le tabac, l'alimentation et la nutrition et l'activité physique).

Exemple de plan intégré :

au Royaume-Uni, un plan d'action intégré « Delivering Choosing Health; making healthy choices easier » a été publié en 2005.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105713.pdf

Exemple de deux plans d'actions non intégrés portant sur les facteurs de risque particuliers :
Department of Health (2005) Choosing a better diet: a food and health action plan London: Department of Health
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105709.pdf

Department of Health (2005) Choosing activity: a physical activity action plan London: Department of Health
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105710.pdf

Dates d'application des plans : les trois publications sont en cours depuis 2005

À la question C4, nous nous intéressons aux politiques, stratégies ou plans nationaux réputés avoir eu le plus d'influence dans la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention des maladies cardiovasculaires. Ici, comme dans la section A, nous cherchons à recueillir une image de consensus au sein du pays plutôt que votre propre opinion. S'il n'existe pas de consensus à ce sujet dans votre pays, veuillez faire part de votre point de vue personnel en précisant qu'il s'agit de votre opinion.

D'autres informations sur les détails de ces politiques, stratégies ou plans seront recueillies dans le questionnaire 2.

D. Politiques, stratégies ou plans en préparation

Dans cette partie du questionnaire, nous souhaitons être informés de toutes les politiques, stratégies ou plans qui sont en cours de développement dans votre pays mais qui ne sont pas encore appliqués. Il s'agit des données que vous êtes susceptible de recueillir lors de vos recherches concernant les autres sections du questionnaire, lorsque vous contactez des ministères ou d'autres organismes, par exemple. Pour chacune politique prévue, indiquez l'année de publication proposée et une synthèse sur le domaine concerné.

Exemple :

au Royaume-Uni, une nouvelle stratégie nationale concernant les AVC est en cours de préparation. Les consultations se terminent en octobre 2007.

D'autres informations sur les détails de ces politiques, stratégies ou plans seront recueillies dans le questionnaire 2.

E. Programmes nationaux

Dans cette section, nous souhaitons que vous recensiez les données sur tous les programmes à l'échelle nationale qui sont mis en œuvre dans votre pays pour la promotion de la santé, la prévention et la gestion des maladies chroniques, et plus particulièrement des maladies cardiovasculaires. Nous pensons ici aux programmes qui sont conçus pour avoir une couverture nationale et qui sont mis en œuvre sur l'ensemble du territoire national et pas uniquement au niveau régional ou local. Les pays tels que la Belgique, l'Allemagne et le Royaume-Uni font exception ici et comme la santé relève de la responsabilité des gouvernements régionaux, il convient de recenser l'information dans chaque région.

Ce type d'informations doit pouvoir être obtenu directement auprès des sources gouvernementales et des organismes impliqués dans le développement ou dans la réalisation de ces programmes. Pour chaque programme, indiquez l'année de publication, l'intitulé (veuillez fournir une traduction en anglais si nécessaire) et l'URL.

Nous cherchons à connaître le montant du financement alloué à chaque programme. Ces informations doivent pouvoir être obtenues directement auprès des sources gouvernementales et des organismes impliqués dans le développement ou dans la réalisation de ces programmes. Veuillez fournir le détail des montants des financements alloués pour chaque programme d'envergure nationale (lorsque l'information est disponible) dans la monnaie d'origine et en euros. Nous vous demandons également de fournir l'URL de référence, le cas échéant.

Nous souhaitons également que vous indiquiez si les programmes recensés à l'échelle nationale sont intégrés ou non. Par intégration, nous entendons le fait qu'elles visent plusieurs maladies (comme le cancer et les maladies cardiovasculaires) ou un éventail de facteurs de risque (comme le tabac, l'alimentation et la nutrition et l'activité physique).

Exemple :

depuis 2003, l'agence de sécurité alimentaire, Food Standards Agency, a développé et mis en place un programme de sensibilisation au sel et de diminution de son emploi pour le public
http://www.food.gov.uk/healthiereating/salt/

Il s'agit d'un programme national non intégré, dont les dépenses totales pour la Phase 3 (depuis 2007) s'élèvent à 4 millions de livres sterling (5 755 535 euros)
http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2007/mar/saltconsumptioncampaign

À la question E4, nous cherchons à connaître les programmes d'envergure nationale dont la mise en œuvre a réussi. Ici, comme dans les sections A et C, nous cherchons à recueillir une image de consensus au sein du pays plutôt que votre propre opinion. S'il n'existe pas de consensus à ce sujet dans votre pays, veuillez faire part de votre point de vue personnel en précisant qu'il s'agit de votre opinion. Nous traitons la surveillance et l'évaluation plus spécifiquement en section H.

Des informations complémentaires portant sur les détails de ces programmes seront recueillies dans le questionnaire 2.

F. Programmes en préparation

Dans cette partie du questionnaire, nous souhaitons être informés de tous les programmes qui sont en cours de développement dans votre pays mais qui ne sont pas encore appliqués. Il s'agit des données que vous êtes susceptible de recueillir lors de vos recherches concernant les autres sections du questionnaire, lorsque vous contactez des ministères ou d'autres organismes, par exemple. Pour chacune programme prévu, indiquez l'année de publication proposée et une synthèse sur le domaine concerné.

Exemple :

Un nouveau programme va être mis en place au Royaume-Uni pour gérer l'identification précoce et le traitement dans le cadre de la stratégie nationale contre l'alcoolisme.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_075218

G. Recommandations et normes nationales

Dans cette section, nous cherchons à savoir si votre pays a adopté des recommandations ou des normes à l'échelle nationale visant à orienter la réalisation des actions de prévention des maladies cardiovasculaires ainsi que le traitement et les soins. Indiquez toute recommandation et norme gouvernementales ou non gouvernementales si elles sont répandues dans votre pays (les directives européennes communes, par exemple). Ces informations doivent pouvoir être obtenues directement auprès des sources gouvernementales et des organismes impliqués dans le développement ou dans la diffusion de ces recommandations et normes. Pour chaque recommandation et norme, indiquez l'année de publication, l'intitulé (veuillez fournir une traduction en anglais si nécessaire) et l'URL.

Exemple :

au Royaume-Uni, le National Service Framework pour les maladies coronaires a été lancé en 2000 et définit 12 normes pour une meilleure prévention, un meilleur diagnostic et traitement ainsi que les objectifs pour garantir l'accès à des services de haute qualité. Les normes doivent être mises en œuvre sur une période de 10 ans.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094275

Des informations complémentaires portant sur les détails de ces recommandations et normes seront recueillies dans le questionnaire 2.

H. Objectifs nationaux, surveillance et évaluation

Nous sommes intéressés ici par les objectifs nationaux définis pour promouvoir la santé et prévenir et gérer les maladies coronaires et plus particulièrement les maladies cardiovasculaires. Ces informations doivent pouvoir être obtenues directement auprès des sources gouvernementales.

Plus précisément, nous souhaitons obtenir des informations, si elles existent, sur les éléments suivants :

Objectifs au niveau de la population
- mortalité, morbidité
- facteurs biologiques (comme la tension artérielle)
- facteurs comportementaux (comme le degré de sédentarité)
Objectifs en termes de traitement et de soins
- par exemple, les actions relatives à la réanimation cardio-pulmonaires, aux services d'urgence, à la réhabilitation, etc.

Pour chaque objectif, veuillez fournir la date de publication et la date à laquelle l'objectif doit être atteint, les détails de l'objectif (veuillez fournir une traduction en anglais, si nécessaire) et toute URL appropriée.

Exemple :

au Royaume-Uni, l'objectif d'un accord de service public (PSA) pour l'obésité a été défini en 2004 afin de « réduire l'augmentation année après année de la prévalence de l'obésité chez les enfants de moins de 11 ans d'ici 2010 dans le cadre d'une stratégie plus large visant à réduire l'obésité dans la population dans son ensemble »

http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Obesity/DH_4133952

Nous souhaitons également recenser toute activité de surveillance et d'évaluation existante à l'échelle du pays. Les questions H3 et H4 nécessitent des informations sur la surveillance et la communication de l'avancement par rapport aux objectifs et aux plans.

Exemple :

un rapport publié en novembre 2007 donne une synthèse des données de l'étude d'opinion publique, de recherches économiques et de conformité liées aux trois premiers mois qui ont suivi l'introduction de la loi anti-tabac au Royaume-Uni.

http://www.smokefreeengland.co.uk/thefacts/latest-research.html

La question H5 pose la question de la disponibilité des rapports d'évaluation publiés sur la mise en œuvre du programme.

Exemple :

au Royaume-Uni, le rapport d'évaluation nationale des actions pilotes d'exercice local a été publié en 2007.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073600

Nous vous remercions chaleureusement pour votre aide et le temps que vous allez passer à rechercher les sources d'informations pour remplir le questionnaire 1. Veuillez renvoyer le questionnaire rempli par e-mail à Gill Cowburn du Groupe de recherche et de promotion de la santé de la British Heart Foundation gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk **avant vendredi 15 février 2008.**

Des détails complémentaires seront demandés dans une deuxième phase de recueil des données au printemps 2008.

Annexe D :
Recueil de données complémentaires

Par e-mail :

Je vous serai reconnaissante de bien vouloir me fournir des informations complémentaires sur les politiques, stratégies ou plans nationaux existants que vous avez déjà répertoriés dans le questionnaire 1. Il s'agissait de la section C du questionnaire.

Pour chaque politique répertoriée, veuillez fournir les informations suivantes, en anglais

Intitulé du document d'orientation
Nombre total de pages de la politique
Quelle est la catégorie de population visée par la politique ?
Page de sommaire (titres de chaque section)
Thèmes clés de la politique (pas plus de 2 ou 3 paragraphes)
Autres caractéristiques intéressantes de la politique

Ce complément d'informations permettra de rendre le projet plus dynamique et j'apprécie le temps que vous allez prendre pour répondre à ces questions. Veuillez me renvoyer les informations complètes par e-mail avant le mercredi 4 juin 2008.

Glossaire

Financement alloué :
montant défini d'argent qui a été attribué pour financer un objectif précis et qui ne peut pas être utilisé dans un autre but.

Maladies cardiovasculaires ou MCV :
comprend les maladies coronaires, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ainsi que toutes les autres maladies de l'appareil circulatoire

Réanimation cardiopulmonaire ou RCP :
traitement d'urgence qui vise à relancer l'activité cardiaque et respiratoire lorsque celle-ci s'est interrompue lors d'un arrêt cardiopulmonaire

Échelle nationale :
action censée avoir une amplitude nationale et être mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national

Services d'urgence :
réponse et prestation de soins médicaux en phase aiguë

Promotion de la santé :
processus visant à permettre aux individus d'améliorer la maîtrise de leur santé et leur santé elle-même. La promotion de la santé utilise des stratégies au premier niveau de prévention, conçues pour favoriser les changements comportementaux et environnementaux, facteurs d'amélioration de la santé

Association caritative :
organisme établi pour utiliser les dons financiers à des fins d'intérêt public

Prévention des maladies :

Prévention primaire :
vise à prévenir la maladie avant qu'elle ne survienne

Prévention secondaire :
toute stratégie (telle que la détection précoce et le traitement rapide de la maladie) qui vise à réduire la présence d'une maladie existante dans une population, prévenant ainsi toute détérioration supplémentaire ou mort précoce

Objectif :
formulation du résultat souhaité

Recommandations :
éventail d'actions et de stratégies convenues, utilisées pour orienter la pratique

Politique/stratégie de santé :
consensus écrit, formellement adopté portant sur les questions de santé qui doivent être résolues et sur les approches à mettre en œuvre pour obtenir un changement. Une politique comprend, par exemple, un ensemble de déclarations et de décisions qui définissent les objectifs, les priorités et les principales directions à suivre pour atteindre ces objectifs. Une politique peut également inclure des stratégies quant à la façon dont la politique doit être mise en œuvre

Intégré :
regroupement d'un ensemble de problèmes de différents domaines qui sont traités et pris dans leur ensemble et non séparément

National :
zone géographique définie par des frontières fixes

Organisation non gouvernementale :
organisme qui prend en charge certaines tâches d'un secteur public mais qui n'est ni une administration, ni lié à une administration et qui fonctionne avec une plus ou moins grande indépendance vis-à-vis de l'État

Plan :
projet, préparé en fonction de directives stratégiques et politiques et d'activités définies pour créer des ensembles de produits/cibles pour atteindre les objectifs souhaités

Prévention et contrôle des maladies chroniques :
application de stratégies spécifiques pour réduire et gérer la manifestation d'une maladie dans une population

Syndicats professionnels :
organisations qui agissent comme sociétés savantes pour des individus partageant des qualifications et intérêts professionnels

Programme :
série d'activités liées et connectées, conçues pour aboutir à des objectifs spécifiques

Santé publique :
sciences et techniques de prévention des maladies, de prolongation de la durée de vie et de promotion de la santé passant par les efforts structurés de la société. La santé publique aujourd'hui cherche à s'attaquer aux déterminants de santé au sein d'une population

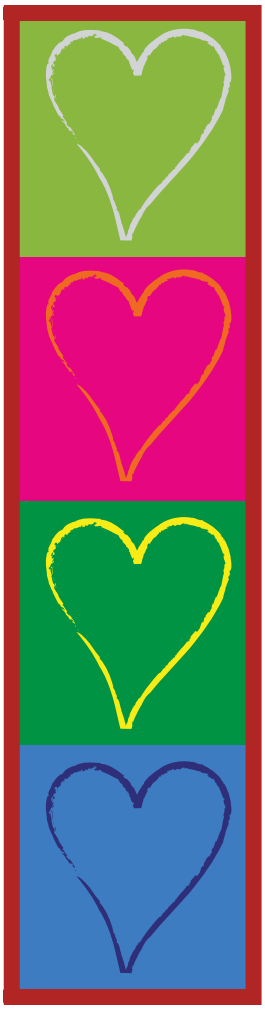
Normes :
ensemble de niveaux d'activité prédéfinis à atteindre

Cible :
objectif quantitatif déclaré et convenu qui peut être utilisé pour mesurer l'état d'avancement de l'objectif

Traitement :
prestation de services médicaux (y compris des services de rééducation) visant à réduire les symptômes à la suite du diagnostic d'une maladie

FSC
Mixed Sources
Product group from well-managed forests and other controlled sources
Cert no. SGS-COC-004540
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council

Graphic design & production: www.altitude.be - September 2009



www.ehnheart.org

European Heart Network
Rue Montoyer, 31
B-1000 Brussels
Belgium
Telephone: +32 2 512 9174
Fax: +32 2 503 3525
E-mail: info@ehnheart.org

This report is produced as part of Work Package 5 of the EuroHeart Project, which has received co-funding from the European Union in the framework of the Public Health Programme. The Executive Agency for Health and Consumers is not responsible for any use that may be made of the information provided in this report, the sole responsibility lies with the persons/organisation concerned.