

Teil, A. (2004). Les modalités de définition des priorités de santé publique: Analyse des dispositifs espagnols, finlandais, anglais et suédois. *Politiques et Management Public* 22 (3): 117-135.

Les modalités de définition des objectifs et priorités de santé publique : analyses des dispositifs espagnols, finlandais, anglais et suédois.

Par

Teil Alice

Maître de Conférences

IFROSS- Université Jean Moulin Lyon 3

RÉSUMÉ

De nombreux pays se sont engagés aujourd'hui formellement dans la définition de priorités de santé pour réformer leur système de santé. Cependant, la notion de priorités et la notion d'objectifs qui lui est associée existent implicitement en politique du fait des choix nécessaires concernant la nature et le financement des activités mises en œuvre et la nature et la quantité d'actes pris en charge par la collectivité. Les explicitations émergentes de priorités de santé traduisent, plus que la découverte d'une nécessaire hiérarchisation des problématiques de santé, la volonté de positionner différemment cette hiérarchisation au sein de la politique sanitaire avec dans certain cas, la volonté d'intégrer d'autres acteurs dans les processus de décision correspondants.

Dans cet article, nous décrivons quatre dispositifs de définition de priorités de santé : les dispositifs de l'Espagne, de la Finlande, du Royaume-Uni et de la Suède. Sur la base de cette description, nous étudions les logiques sous-jacentes à la détermination des priorités et objectifs de santé et les difficultés rencontrées.

Les éléments décrits et analysés sont extraits d'une étude que nous avons réalisée sur les dispositifs européens et d'Amérique du Nord. La méthodologie de recherche s'est appuyée tout d'abord sur l'analyse de la littérature et des différents plans de santé nationaux, puis sur des entretiens avec certaines parties prenantes aux dispositifs.

Le développement des technologies médicales, le vieillissement des populations et l'évolution des attentes sociales en matière de santé génèrent une augmentation inexorable des dépenses de santé dans l'ensemble des pays industrialisés. Dès les années 1970, un ensemble de mesures financières sont prises pour tenter d'enrayer cette escalade des dépenses, alors essentiellement liées au système de soins. Ceci conduit les pays industrialisés, de manière variable, à adopter des mesures plus ou moins contraignantes de maîtrise des dépenses de protection maladie et à rechercher l'efficacité par l'introduction de mécanismes s'apparentant à ceux du marché.

Malgré les mesures prises, les dépenses de santé continuent leur croissance alors que, de plus en plus, l'efficacité des ressources engagées est remise en cause. D'une part, les systèmes de santé sont accusés d'offrir des soins de qualité, d'efficacité technique et d'efficacité allocative discutables (inégalités d'accès et de traitement, gaspillages, risques d'infection iatrogènes, manque de respect de la personne soignée). D'autre part, l'importance même du système de soins est remise en cause, notamment par une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé, étude montrant que le système de soins explique une faible part de l'état de santé de la population, la part la plus importante étant expliquée par la qualité de l'air, les habitudes alimentaires et comportementales, les conditions de travail et l'environnement socio-économique.

Les politiques de santé européennes intègrent alors deux problématiques principales : (1) la nécessaire rationalisation de l'offre de soins conduisant à interroger la boîte noire de l'administration sanitaire et du financement des soins ; (2) l'élargissement des actions de santé publique, non plus restreintes à l'action sur les grands fléaux épidémiques mais à l'ensemble des actions de préventions des maladies et de prévention des risques individuels et collectifs.

Parallèlement à ceci, un vaste mouvement de décentralisation administrative s'opère au sein des pays de l'Union Européenne¹ avec une régionalisation accrue des compétences et responsabilités en matière sanitaire et une privatisation progressive de l'offre de soins et de son financement. Cette décentralisation s'accompagne de mécanismes de contractualisation entre les acteurs publics et privés. Cette contractualisation se réalise sur la base d'objectifs à atteindre et d'indicateurs de résultats. C'est pourquoi, préalable à toute réforme en matière de politique de santé, les Etats de l'Union initient une réflexion sur les principes politiques et éthiques des politiques de santé et travaillent à la définition d'un ensemble de priorités et/ou d'objectifs de santé publique nationaux, priorités et/ou objectifs devant guider les actions individuelles autonomes.

Dans ce contexte commun, les pays industrialisés mettent en place des dispositifs de définition d'objectifs de santé sensiblement différents de par leur nature, leur impact et les responsabilités respectives des acteurs du système dans la prise de décision relative au choix, au financement et à la mise en œuvre des stratégies de santé. Cet article expose les résultats d'une étude que nous avons menée sur les dispositifs de certains pays industrialisés d'Europe. Deux **questionnements** majeurs constituent la base de ce travail : Qui définit les stratégies de santé et ont-elles un impact sur les pratiques ? et quelles sont les logiques sous-jacentes à la définition de ces stratégies ?

Pour apporter des éléments de réponse à ce double questionnement, nous avons adopté une **méthodologie** de recherche en deux étapes : la première a consisté en la collecte et l'analyse de la littérature sur les notions d'objectifs, de priorités et de stratégies de santé et sur les plans de santé de chacun des pays. À partir de l'analyse de la littérature, nous avons identifié 4 pays dans lesquels nous avons réalisé des entretiens avec des chercheurs participant, en tant qu'experts, à la production d'études scientifiques susceptibles d'alimenter la décision publique. Nous avons interviewé des membres des ministères de la santé participant à l'élaboration des politiques de santé au niveau national et aux niveaux régionaux. Dans cet article, nous avons choisi de présenter plus spécifiquement les pays dans lesquels nous avons réalisé des entretiens. Nos analyses ont été réalisées en nous situant du point de vue national, afin d'apporter des éléments de nature à nourrir les réflexions actuelles du ministère de la santé français sur la décentralisation des décisions de santé.

¹ Nous traitons dans cet article de l'Union Européenne avant l'élargissement aux 10 pays d'Europe de l'Est.

Pour traiter notre double questionnement, nous décrivons dans une première partie les dispositifs de définition des objectifs et priorités de santé et les difficultés rencontrées en **Espagne, Finlande, Royaume-Uni et Suède**. La description des dispositifs nous permet d'analyser les tendances actuelles dans la répartition des pouvoirs de décision aux différents échelons politiques. Dans une deuxième partie, nous dégagons de ceci les dynamiques à l'œuvre et les points de convergence et de divergence des dispositifs étudiés, notamment sous l'influence de travaux internationaux. Deux types d'objectifs coexistent, les objectifs liés au système de soins et les objectifs de santé publique. Dans cette seconde partie, nous analysons les liens entre les deux.

1. LES DISPOSITIFS : ENTRE DECENTRALISATION ET BESOIN DE COHESION

L'Espagne, la Finlande, le Royaume-Uni et la Suède sont quatre pays unitaires. Les systèmes politiques et administratifs suédois et finlandais se sont construits sur des modes décentralisés en conservant une autonomie très large des municipalités et comtés. En revanche, en Espagne et au Royaume-Uni les systèmes se sont construits sur la base d'un pouvoir central fort. La Suède et la Finlande se sont dotées d'un pouvoir central régulateur, mais ont toujours gardé une forte autonomie des localités et la vie politique est régie au niveau local. L'Espagne et le Royaume-Uni sont deux pays qui étaient fortement centralisés, et actuellement en cours de décentralisation avec le transfert d'un ensemble de compétences aux échelons régionaux et locaux.

Concernant le système de santé, les quatre pays ont un système national de santé financé par l'impôt et géré par les gouvernements nationaux, régionaux et/ou locaux. En Espagne et au Royaume-Uni, le financement est réalisé pour une part importante par le gouvernement national qui alloue des enveloppes budgétaires aux régions en fonction du nombre d'habitants et de certaines caractéristiques de ceux-ci. En Finlande et en Suède, le financement est réalisé en grande partie par les municipalités et les comtés.

Malgré les différences importantes dans les structures politiques et administratives, la définition de priorités de santé dans ces pays s'inscrit dans la résolution de 3 problématiques identiques : augmenter la cohésion nationale, réduire les inégalités de santé et améliorer la qualité des prestations de soins. Cependant, les réponses apportées par chacun des pays diffèrent quant au contenu des priorités de santé et aux dispositifs administratifs de définition des stratégies de santé correspondantes.

Nous présentons dans le tableau suivant une synthèse des outils de la stratégie nationale de santé et les déclinaisons régionales de ceux-ci en stratégies régionales. Chacun des pays retenus est ensuite détaillé.

	Les outils nationaux de la stratégie de santé	Les acteurs
ESPAGNE	<p>Loi de cohésion et de qualité en santé votée par le Parlement national en mai 2003.</p> <p>2 priorités de santé publique : cancer et maladies cardiovasculaires qui doivent donner lieu à la production de plans intégraux de santé.</p> <p>Définition de prestations communes.</p> <p>Création d'institutions pour assurer la cohésion et la coordination.</p>	<p>Ministère de la santé : préparation de la législation, coordination générale de la santé publique et des services de soins, plans intégraux de santé et allocation budgétaire (sauf pour la Navarre et le Pays Basque).</p> <p>Régions: définition d'un plan régional de santé selon leurs propres critères. Les régions doivent respecter les principes d'organisation de l'offre de soins définis par la loi de cohésion et de qualité ; elles recevront des budgets spécifiques pour la déclinaison des plans intégraux de santé et un budget global pour le système de soins qui à terme devrait être conditionné par la nature des activités mises en œuvre et leur cohérence avec les orientations nationales.</p>
FINLANDE	<p>Plan quadriennal élaboré par chaque gouvernement nouvellement nommé.</p> <p>Projet national de santé : définition de priorités de soins par le classement des couples diagnostic/traitement</p> <p>Programme de santé publique « santé 2015 » : définition de 8 objectifs cibles de type <i>health targets</i>.</p>	<p>Ministère des affaires sociales et de la santé : politique sanitaire et sociale générale.</p> <p>Provinces : promotion des objectifs régionaux et nationaux de l'administration centrale.</p> <p>Municipalités : planification, organisation et financement du système de santé. Les municipalités recevront des budgets spécifiques en fonction de leur coopération à la mise en œuvre des stratégies définies par le projet national de santé.</p>
ROYAUME-UNI	<p>4 priorités de santé publique (Infarctus et pathologies cardiovasculaires, accidents, cancers, maladies mentales).</p> <p>Chacune des priorités est déclinée en objectifs cibles à l'horizon 2010 (ex : réduire de 33% le taux de mortalité dû à des pathologies cardiovasculaires chez les personnes de moins de 65 ans)</p> <p>Contrat national définissant les rôles et responsabilités de chaque catégorie d'acteurs (population, acteurs nationaux et acteurs locaux)</p> <p>Élaboration de recommandations : les <i>National Service Frameworks</i></p>	<p>Parlement : définition de l'enveloppe budgétaire du NHS.</p> <p>Département de la santé central : définition des priorités, des objectifs cibles et des recommandations.</p> <p>Secrétariats d'Etat à la santé en Angleterre, au Pays de Galles, en Ecosse et en Irlande du Nord : régulent et contrôlent directement le NHS de leur pays dans le cadre de l'enveloppe budgétaire définie par le Parlement.</p> <p>14 Autorités régionales de santé en Angleterre : définissent les stratégies à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés par le département de la santé (plans stratégiques triennaux). Les budgets sont alloués en fonction des programmes et des résultats (système de <i>scoring</i>)</p> <p>193 Autorités communales de santé en Angleterre : assurent l'offre de soins hospitaliers et de services sociaux.</p>
SUEDE	<p>Le code de la santé et des services médicaux définit les principes d'équité et d'accessibilité du système de soins.</p> <p>4 priorités du système de soins : maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, cancer et maladies chroniques. Pour chacune de ces priorités ont été choisies 5 pathologies spécifiques pour lesquelles la hiérarchisation des couples diagnostic/traitement est en cours.</p> <p>Commission nationale de santé publique chargée de définir les objectifs-cibles de santé publique de type <i>health targets</i> (10 objectifs en 2003).</p>	<p>Ministère de la santé : détermination des priorités et des objectifs de santé et élaboration de recommandations, propositions de législation, allocations de financements spécifiques, fixation de taux plafonds de prélèvements obligatoires, gestion de l'assurance maladie.</p> <p>Régions : définition du panier de biens et services de soins, allocation des ressources sur la base d'un système acheteur/prestataire, organisation des services, gestion des hôpitaux.</p> <p>PrioriteringsCentrum : agence nationale de recherche et de conseil en matière de priorités de santé pour guider les régions dans les choix relatifs à la définition de leur panier de biens et services et des actions sociales à mettre en œuvre.</p>

Le processus de décentralisation en **Espagne** a débuté en 1978 et a pris fin en janvier 2002. Le système de santé est désormais totalement géré par les régions. Celles-ci établissent chacune leurs plans de santé, comportant les objectifs de santé de la région pour quatre ans, période de fonction des gouvernements locaux. L'autonomie des régions s'accroît tant en matière d'allocation des ressources que de prélèvements. Les régions de Navarre et du Pays Basque prélèvent leurs propres impôts pour financer une partie des dépenses de santé. En mai 2003, le gouvernement central promulgue une nouvelle loi, avec pour objectif de coordonner la politique de santé des régions, de définir un ensemble de prestations communes et de travailler, sur le modèle anglais, à l'élaboration de plans intégraux de santé en priorité sur le cancer et les maladies cardiovasculaires. Ces plans intégraux, non encore rédigés, doivent à terme relever de la responsabilité de l'Etat central. Ainsi, ce dernier se dote d'un nouveau levier d'action sur les politiques régionales par le biais des financements alloués à celles-ci pour la mise en œuvre des plans intégraux. La loi de cohésion se veut une approche **coordinatrice**. Cette loi a deux objectifs principaux : coordonner un système décentralisé et donner aux régions des instruments de modernisation, afin de garantir l'équité, la qualité et la participation sociale au sein du système national de santé. Cette loi comporte trois volets : la définition de prestations communes à l'ensemble des citoyens espagnols, la création d'instruments de travail communs à l'Etat et aux régions et enfin, la création d'institutions non gouvernementales chargées de la coordination entre les différents échelons administratifs et de l'exécution des plans intégraux.

Les régions espagnoles disposent d'une autonomie forte en matière de définition de leur plan de santé. Dans les années 1990 et sous l'influence de l'OMS et de la stratégie « la santé pour tous », certaines régions ont commencé à élaborer des plans de santé à partir de la détermination d'objectifs de type *health targets*. En Navarre, le plan de santé 1991-2000 contenait plus de 100 objectifs de santé. Cependant, en 2001, dans cette région, la démarche de l'OMS est mise de côté. A présent, la Navarre définit un plan de santé à partir de la démarche écossaise "*Local Strategies for Health : a New approach to Strategic Planning*". Le Plan de Santé 2001-2005 fixe des objectifs à échéance plus courte qui se réorientent principalement sur l'offre de soins. Il se définit comme un ensemble d'objectifs tactiques qui deviennent opposables aux différents acteurs du système de soins. Ainsi, contrairement au premier plan, destiné à améliorer la santé collective en intervenant sur les déterminants de la santé, le second plan se veut une planification des soins, destinée à améliorer le rendement des services pour en augmenter l'efficacité, en intervenant sur leur **organisation** et **gestion**. Il vise également à améliorer l'efficacité des actes médicaux, en agissant sur les résultats cliniques.

Le gouvernement **Finlandais** mène à l'heure actuelle une réforme du système de santé, dont l'objectif principal est l'amélioration de l'accès aux soins. En effet, les listes d'attente sont relativement importantes dans ce pays et l'on observe de fortes inégalités dans l'accessibilité aux soins. Cette réforme concerne plusieurs axes et notamment l'axe de la prévention et de la promotion de la santé, dont le programme de promotion de la santé 2015 constitue l'un des piliers. Pour réduire de façon significative les listes d'attente, le gouvernement finlandais a mis en place un groupe de travail chargé de définir les règles et principes généraux de hiérarchisation des prestations de soins entre elles. En matière de santé publique, la Finlande dispose d'un plan quadriennal, d'un projet national de santé et d'un programme de santé publique "*santé 2015*".

L'offre de soins est sous la responsabilité des municipalités, tandis que l'Etat est responsable de la supervision de la politique de santé. En réponse à l'accessibilité jugée insuffisante, le Conseil d'Etat initie en septembre 2001 un projet national dont l'objectif est d'assurer la disponibilité, la qualité et la quantité de l'offre de soins, en se basant sur les besoins en santé de la population. Le projet comporte six volets : système de santé et prévention, accès aux soins (priorités de soins), disponibilité et qualification du personnel, fonctions et structures, financement du système de soins et exécution des programmes.

Au sein du projet national de santé, le gouvernement finlandais a mis en place un programme de promotion de la santé, en mai 2001. Le programme santé 2015 décrit les objectifs de la politique nationale de santé pour les 15 prochaines années. Ce programme se base sur les recommandations de

l'OMS et prolonge la stratégie finlandaise de "santé pour tous" établie en 2000. Le programme définit 8 objectifs de santé publique accompagnés des résultats attendus aux différents âges de la vie (ex : ramener à 15% le taux de jeunes fumeurs âgés de 16 à 18 ans).

La santé publique, la protection maladie et la distribution des soins étant totalement décentralisées, ce sont les municipalités qui répondent de l'exécution des services de santé, soit seules, soit au sein d'association intercommunales. Par conséquent, le gouvernement central ne dispose que de leviers incitatifs pour orienter les actions locales dans le sens des objectifs nationaux. Plus les municipalités coopèrent avec le gouvernement central, plus celles-ci obtiennent des financements directs pour améliorer l'offre de soins. Elles doivent ainsi soumettre leurs propositions dans un certain délai. Si ces propositions ne sont pas satisfaisantes, l'Etat peut proposer certaines restructurations. Dans le cadre du programme de santé publique, les leviers d'action de l'Etat sont encore plus faibles, et dépendent principalement de la participation des municipalités à l'élaboration des programmes. Une des difficultés majeures du gouvernement finlandais résulte de l'absence de réflexion et de définition de véritables processus de mise en œuvre des objectifs définis, avec la définition précise des rôles respectifs de l'Etat et des municipalités. Il en résulte un manque d'intérêt et d'engagement dans une démarche globale, alors que les municipalités gèrent des intérêts locaux.

Le **dispositif britannique** de définition d'objectifs et de stratégies de santé est un dispositif qui attire l'attention dans la mesure où celui-ci a atteint un niveau de maturité unique en Europe. Depuis sa création en 1948, le *National Health Service* (NHS) doit faire face à des crises financières et des agitations politiques continues à propos des délais de prise en charge des personnes atteintes d'un problème pathologique. Les gouvernements successifs affirment qu'il n'y a pas de mécanismes de rationnement en place dans le système de santé, cependant, le rationnement se fait par les listes d'attente de plus en plus longues. Au début des années 1990, le constat est fait que les indicateurs de l'état de santé de la population ne sont pas très bons comparativement aux autres pays développés et que le système de santé ne permet pas de répondre aux besoins de la population par des prestations suffisantes en nombre et en qualité. Les inégalités sociales très fortes et l'importance des disparités économiques entre régions conduisent à une réflexion globale de santé publique visant à définir les axes prioritaires de travail. Ainsi, l'identification de priorités trouve son origine dans le plan du gouvernement "*health of the nation strategy*", diffusé en 1992 dans lequel sont identifiés 5 priorités et 25 objectifs. En 1992, un comité ministériel composé de représentants des différents départements du gouvernement avait été créé afin de contrôler le développement, la mise en œuvre et le pilotage de la stratégie². En 1996, dans le prolongement de la stratégie de définition de priorités de santé, le Royaume-Uni a défini au travers de "*Our Healthier Nation*" quatre priorités de santé publique déclinées en objectifs de santé précis. Sur cette base, les régions élaborent leurs stratégies régionales en matière de prévention et de traitement. Par ailleurs, reconnaissant ses limites en matière d'intervention, le gouvernement appelle l'ensemble des individus, institutions et organismes à participer à la hauteur de leur moyen à ce projet. Avec cette notion de responsabilité partagée, il propose alors un véritable contrat national pour la santé "*contract for health*" décomposé par priorités de santé publique. Ce contrat concerne l'ensemble des acteurs qui sont divisés en trois grandes catégories auxquelles sont assignés des domaines de compétence et des pouvoirs d'intervention. Afin de compléter le dispositif, un ensemble de recommandations sont élaborées pour chacune des priorités sous la forme des "*National Service Frameworks*". Chaque *National Service Framework* est constitué de 3 chapitres : le premier chapitre définit les recommandations, le second définit les actions envisageables pour mettre en œuvre les recommandations et le troisième chapitre définit les indicateurs retenus pour évaluer les progrès réalisés.

Les régions, quant à elles, élaborent des plans stratégiques appelés *Delivery Plans* ou *Franchise plans*. Ces plans stratégiques triennaux sont préparés par les départements de planification, finance et santé publique (*Planning, finance and public health departments*) de chaque autorité sanitaire de district et sont approuvés par le comité sanitaire de district. Ces plans stratégiques sont définis selon cinq étapes

² Nous n'avons pu trouver aucune trace des débats menés au sein de ce comité et rien ne prouve qu'il ait réellement été mis en place.

principales : (1) identification des priorités nationales et locales et des objectifs de santé des trois prochaines années ; (2) détermination des capacités nécessaires pour répondre à ceux-ci, (3) détermination des responsabilités respectives de chaque organisation sanitaire et sociale, (4) élaboration de plans robustes qui montrent systématiquement comment les améliorations sont envisagées et quelles sont les implications des professionnels et du public nécessaires, (5) amélioration de la communication locale et de l'information au public de manière à rendre compte des progrès réalisés chaque année. Chaque autorité sanitaire met en place des techniques différentes de prise de décision et la réflexion est plus ou moins nourrie de l'avis des citoyens, professionnels et universitaires.

En matière d'objectifs et de priorités de santé, la **Suède** a mis en place deux mécanismes distincts : l'un pour la définition d'objectifs de santé publique basé sur le modèle des *Health targets*, l'autre pour la définition des priorités du système de soins basé sur un modèle de hiérarchisation des prestations de soins afin de réduire les inégalités d'accès, de rationaliser et homogénéiser l'offre de soins. A l'heure actuelle, ces deux problématiques sont encore en chantier. Le Ministère de la santé travaille, notamment par le biais du bureau national, d'une part à la déclinaison des 10 objectifs de santé en stratégies, et d'autre part à la hiérarchisation des prestations pour chaque pathologie prioritaire. En conséquence, il est difficile de parler d'impacts mesurables des dispositifs de définition des objectifs et priorités.

La Suède s'est engagée très tôt dans une démarche de hiérarchisation des actions de santé avec la création par le gouvernement suédois dès 1992, d'une « commission priorités » ayant trois principales missions : (1) analyser les responsabilités, le rôle et le champ du système de soins ; (2) réaffirmer les principes éthiques fondamentaux qui doivent guider les réflexions ; (3) faire des recommandations sur les modalités de hiérarchisation des services de santé. Ces principes et réflexions ont fait l'objet d'une législation particulière par le biais de "*The Health and Medical Services Act*". Les principes sous-jacents à la définition de priorités pour le système de soins sont énoncés de la sorte : « *Health medical services are aimed at assuring the entire population of good health and of care of equal terms. Care shall provide with the respect for the equal dignity of all human beings and for the dignity of the individual. Priority for health and medical care shall be given to the person whose need of care is greatest*³ ». A partir de ces principes, la définition de priorités de soins est réalisée selon deux axes : le premier concerne la hiérarchisation de l'ensemble des prestations et interventions dans le système de santé afin de définir les investissements efficaces et efficients au regard des besoins de la population (réflexion réalisée au niveau national) ; le deuxième axe concerne une réflexion sur l'accessibilité aux soins avec une hiérarchisation selon les besoins et les capacités de financement individuels (réflexion menée au niveau local).

En théorie, à partir des recommandations effectuées par le *National Board*, les comités suédois doivent définir leurs propres stratégies d'offre de soins, stratégies fondées sur les priorités de santé locales. Pour les aider dans cette tâche complexe, mais aussi pour assurer une certaine cohésion de l'ensemble des politiques locales sur le territoire, le gouvernement a créé en 2001 un centre national pour les priorités du système de soins, le *PrioriteringsCentrum*. Ce centre a été mandaté pour 3 ans avec un budget annuel de 550 000 €. Le *PrioriteringsCentrum* est constitué par un ensemble de chercheurs et de consultants dont la tâche est d'aider à la définition des stratégies locales en fonction des demandes émanant des gouvernements locaux.

Parallèlement à ces travaux relatifs aux priorités du système de soins, le gouvernement suédois a créé en 1997 une commission nationale de santé publique dont l'objectif est de définir les objectifs nationaux de santé publique et les stratégies pour les atteindre. Selon le gouvernement, ces objectifs doivent orienter la société dans son ensemble vers la promotion de la santé, le développement de la prévention des maladies et traumatismes et la réduction de leurs conséquences en termes de morbidité

³ Les services de santé et médicaux ont pour objectif d'assurer à l'entière population une bonne santé et des soins de qualité de manière équitable. Les soins doivent être dispensés dans le respect des principes d'équité et de dignité humaine, individuelle et collective. La priorité dans l'accès aux prestations doit être donnée aux personnes dont les besoins en matière de santé sont les plus importants.

et de handicap. Les objectifs et stratégies ainsi définis doivent prioritairement contribuer à la réduction des inégalités de santé entre les catégories sociales, entre les hommes et les femmes, entre les groupes ethniques et entre les régions. Il est de plus spécifié que les propositions faites par la commission doivent être fondées et stimuler un large processus démocratique de réflexion sur les problématiques de politique sanitaire. Aujourd'hui, la politique sanitaire suédoise s'appuie sur 10 objectifs principaux : l'amélioration de la sécurité sociale et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, le respect des principes démocratiques, la création de bonnes conditions de développement pour les enfants et adolescents, l'amélioration de la qualité de l'environnement et de l'alimentation, augmentation de l'activité physique de la population, l'éducation de la population en matière d'hygiène alimentaire et de vie, la réduction de la consommation de tabac et d'alcool, la réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies infectieuses.

A ce stade de notre étude, nous observons que le contenu de la notion de priorités, la nature des outils de la stratégie nationale et le degré d'autonomie des niveaux régionaux et locaux sont hétérogènes. L'Espagne vient de voter la loi de cohésion et de qualité et nous ne pouvons par conséquent en apprécier l'impact. Cependant, il faut noter que cette loi a été votée par l'ensemble des partis politiques et non remise en cause pour l'instant par le nouveau gouvernement. En Suède, les travaux nationaux de définition des priorités de soins sont en cours. Pour les acteurs du système, la principale source de blocage s'explique par la place du politique au niveau local qui reste ancré dans les intérêts et conflits individuels et ne s'engage pas dans une démarche collective de santé publique. La Finlande est un peu dans la même situation que la Suède avec des travaux qui sont en cours. Quant au Royaume-Uni, du point de vue des professionnels, l'impact de la stratégie nationale est positif lorsque les financements sont définis clairement. Ainsi, les professionnels qui se sont mobilisés pour construire des projets s'inscrivant dans le plan national ont pu obtenir des fonds pour les mettre en œuvre. La difficulté réside selon eux dans un manque de lisibilité des aspects financiers d'une part et dans l'éclatement du système de soins d'autre part. Cependant, des initiatives reliant le champ sanitaire et le champ social voient le jour dans certaines zones défavorisées, initiatives qui semblent aujourd'hui répondre aux besoins de prise en charge globale des individus.

Dans les quatre pays retenus, nous observons une convergence dans le niveau de décentralisation en matière de stratégie sanitaire. En effet, l'Espagne, la Finlande et la Suède se dotent aujourd'hui d'outils nationaux pour orienter les actions et définissent des lois nationales. Par conséquent, les marges de manœuvres locales se réduisent en la matière. Au Royaume-Uni, la décentralisation est relative puisque le gouvernement central conserve le levier financier et dispose donc d'un puissant moyen pour faire adopter ses recommandations par les niveaux locaux. La présentation des dispositifs de ces quatre pays nous montre l'hétérogénéité des principes et mécanismes. Cette hétérogénéité traduit une certaine confusion dans les concepts et un amalgame dans la nature et l'impact des priorités. En effet, les réformes sont mises en place pour répondre aux enjeux de la qualité, des inégalités et de la cohésion. La problématique de la réduction des inégalités de santé conduit les gouvernements à appuyer la politique de santé sur des priorités de santé publique intégrant l'ensemble des déterminants de la santé. Cependant, les priorités de santé publique se commuent rapidement en priorités de soins pour répondre aux problématiques de cohésion nationale et d'amélioration de la qualité des prestations. Ainsi, la problématique propre au système de soins l'emporte sur la problématique plus large de santé publique. Deux éléments expliquent ce phénomène : tout d'abord, la réforme des systèmes de santé est soutenue par les acteurs privés qui souhaitent intervenir plus librement dans les dispositifs. Ensuite, il semble qu'une nouvelle répartition des responsabilités se profile peu à peu, avec une réflexion de santé publique s'instituant au niveau européen (l'Europe vient de créer un Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies en charge de la surveillance et la prévention des facteurs de risques). Les Etats gardent alors les problématiques propres au système de soins.

2. LES STRATEGIES : ENTRE LE SOIN ET LA SANTE

A présent, nous allons analyser les logiques propres à chacun des dispositifs : dispositifs de définition de priorités de soins (2.1.) et dispositifs de définition d'objectifs prioritaires de santé publique (2.2). Dans les premiers, les stratégies de santé s'appuient sur l'existant du système de soins et visent à hiérarchiser les actions préventives et curatives que celui-ci peut offrir, afin d'orienter les financements et les autorisations. La seconde logique que nous qualifions de logique *Health Target* ou objectifs de santé s'inspire des recommandations formulées par l'Organisation Mondiale de la Santé qui préconise, pour améliorer la santé de la population, de travailler sur d'autres facteurs de santé que les seules prestations du système de soins.

2.1. Les priorités de soins

Face aux problématiques récurrentes du système de soins (listes d'attente, accessibilité, amélioration de la qualité et de l'efficacité économique, hétérogénéité), la Suède, la Finlande, l'Espagne et le Royaume-Uni ont rapidement amorcé un processus de définition de priorités du système de soins. Le processus de définition de priorités du système de soins est abordé au travers d'une première étape qui vise à définir les principes du système de soins et à identifier les principales problématiques (Figure 1). A partir de ceci, une liste de pathologies prioritaires est définie sur la base de l'importance de la pathologie et des gains potentiels. Pour chaque pathologie est alors réalisé un classement de l'ensemble des couples diagnostic/traitement⁴ à partir des résultats des études de type *Evidence Based Medicine* et coûts-efficacité. Ensuite, selon l'autonomie des régions, soit le niveau central édicte des recommandations sur l'ordonnement des couples diagnostics/traitements, soit il définit lui-même l'ensemble des prestations prises en charge par l'assurance maladie publique (que celle-ci soit indépendante du gouvernement ou une composante de celui-ci).

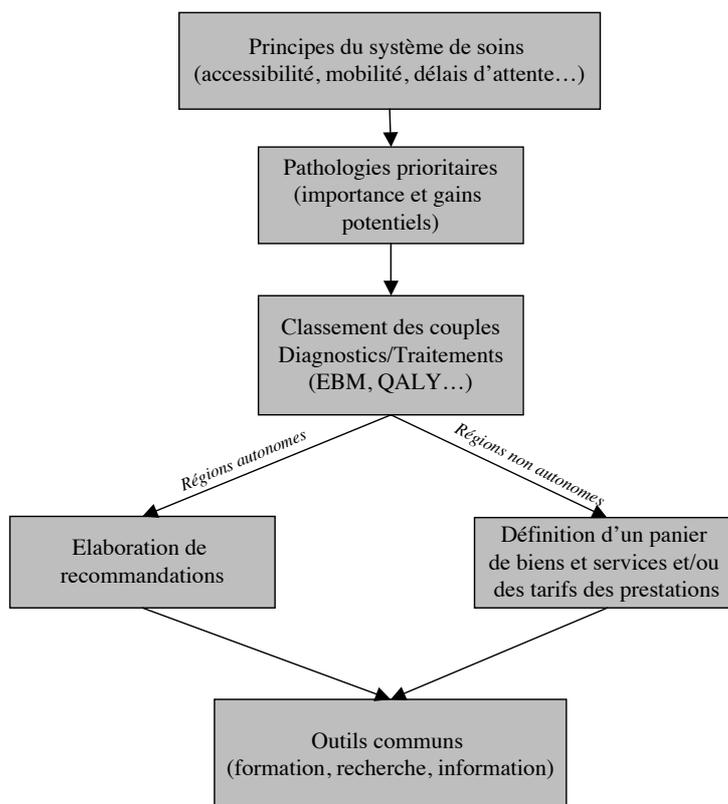
Plusieurs principes d'inclusion des prestations dans le panier de biens et services peuvent coexister. Le premier principe consiste à définir un panier de biens et services de base à partir du classement des couples diagnostics/traitement. Ce panier est constitué de l'ensemble des prestations minimales en qualité et quantité prises en charge par l'assurance maladie et commun à tous les citoyens. Au-delà de ce panier, les citoyens financent une part croissante de leur consommation médicale. Un deuxième principe rapidement remis en cause a trouvé son origine en Oregon aux Etats-Unis. A partir du classement des couples diagnostic/traitement le gouvernement de l'Oregon a arrêté l'ensemble des prestations prises en charge par l'assurance maladie fédérale en fonction de son budget. Le raisonnement sur la base de l'utilité collective des couples diagnostic/traitement a conduit à exclure de nombreuses prestations liées à des maladies rares ou des maladies dont le traitement est extrêmement coûteux. Cette discrimination sur la base de ces critères étant éthiquement inacceptable, la hiérarchisation a été tempérée par l'introduction d'un raisonnement individuel complétant le raisonnement économique et collectif pur, ce qui constitue le troisième principe. En Suède notamment, l'inclusion des prestations dans le panier de biens et services s'appuie sur le classement des couples diagnostic/traitement pondéré par l'analyse des caractéristiques individuelles⁵.

Dans tous les cas de figure, le classement des couples diagnostic/traitement est réalisé par le niveau central, soit directement par les organes administratifs du gouvernement (Finlande, Royaume-Uni), soit par des institutions indépendantes (Suède et Espagne). Puis, soit les régions ont la possibilité de définir le périmètre des soins financés par l'assurance maladie publique (Finlande et Suède), soit ce dernier est défini pour l'ensemble des régions par le niveau central.

⁴ Les diagnostics correspondent aux pathologies classées selon leur prévalence, incidence et gains potentiels. Les traitements correspondent aux différentes activités thérapeutiques mises en œuvre pour prendre en charge cette pathologie. Les traitements sont classés selon le ratio coût du traitement/efficacité de celui-ci

⁵ Ceci peut notamment conduire à ne pas rembourser certains actes médicaux au-delà d'un certain âge ou pour des patients dont le comportement provoque largement et sans équivoque la déficience physique ou mentale.

FIGURE 1: LES ETAPES DE LA LOGIQUE DE SOINS



La logique de soins est une logique médicale abordant les problèmes de santé sous l'angle de l'incidence, de la prévalence des pathologies, des gains potentiels, et de la performance des interventions médicales, que celles-ci soient préventives ou curatives. Cette logique est aussi une logique financière dans la mesure où celle-ci vise à définir l'éventail des prestations dont les coûts sont pris en charge par un système de protection sociale publique. Les pays disposant d'un système de protection maladie financé par l'impôt se sont engagés dans cette démarche de hiérarchisation afin de mieux répartir les dépenses de soins et les réflexions sont alors menées par le niveau central.

Le dispositif de définition de priorités de soins comporte, du point de vue des acteurs rencontrés lors de notre recherche, un certain nombre de limites et de biais. La première limite provient de l'aspect réducteur des mesures prises qui ne concernent que le système de soins et principalement dans sa dimension curative et non l'ensemble des déterminants de la santé. Cependant, il faut préciser que les pays ayant amorcé ce processus cherchent avant tout à résoudre les problématiques de leur système de soins avant de pouvoir amorcer des réflexions plus larges sur l'ensemble des déterminants de la santé.

Une deuxième limite évoquée est relative aux méthodes. En effet, ces processus tentent de classer des prestations en termes d'efficacité médicale et d'efficacité économique. Or, les méthodes employées reposent sur des conventions dont la modification change les classements relatifs. Par conséquent, ces processus sont sujets à de nombreux débats et pressions de groupes d'intérêts. A titre d'exemple, la mesure de l'efficacité des traitements est réalisée aujourd'hui à l'aide d'outils de type ACVI (années de vie perdues corrigées des incapacités) et QALY (années de vie perdues corrigées de la non-qualité de vie). Or le retraitement des incapacités physiques et mentales ou de la non-qualité de vie requiert la conversion du handicap en un nombre d'années de vie perdues; ce qui pose un certain nombre de difficultés méthodologiques et éthiques, et soulève de nombreux débats dans la communauté scientifique.

Une troisième limite est liée à la relative antinomie des raisonnements fondés sur l'individuel et sur le collectif. Le choix politique concernant les priorités du système de soins est pris en étau entre l'utilité collective et les utilités individuelles, ou en d'autres termes entre le raisonnement à grande échelle basé sur des probabilités et le raisonnement individuel de chacun confronté à des besoins vitaux de services de soins. Cette limite est exacerbée par le fait que les modifications dans le panier de biens et services touchent en premier lieu les populations les plus défavorisées puisque celles-ci ne peuvent contribuer directement aux financements de leurs soins. En effet, les démarches de hiérarchisation des prestations de soins s'inscrivent dans une logique d'utilité économique qui vise à favoriser la maximisation du bénéfice du traitement pour l'ensemble de la société même si un individu doit en souffrir. Ainsi, en Oregon, lors du premier décès lié à la nouvelle législation du programme Medicaid, de nombreuses initiatives pour rassembler des fonds privés furent prises et un mouvement de boycott des dons d'organes fut organisé par des personnes financièrement défavorisées. Ceci a donné lieu à une révision de la méthode et à un ensemble de débats sur les méthodes à retenir et les critères à intégrer.

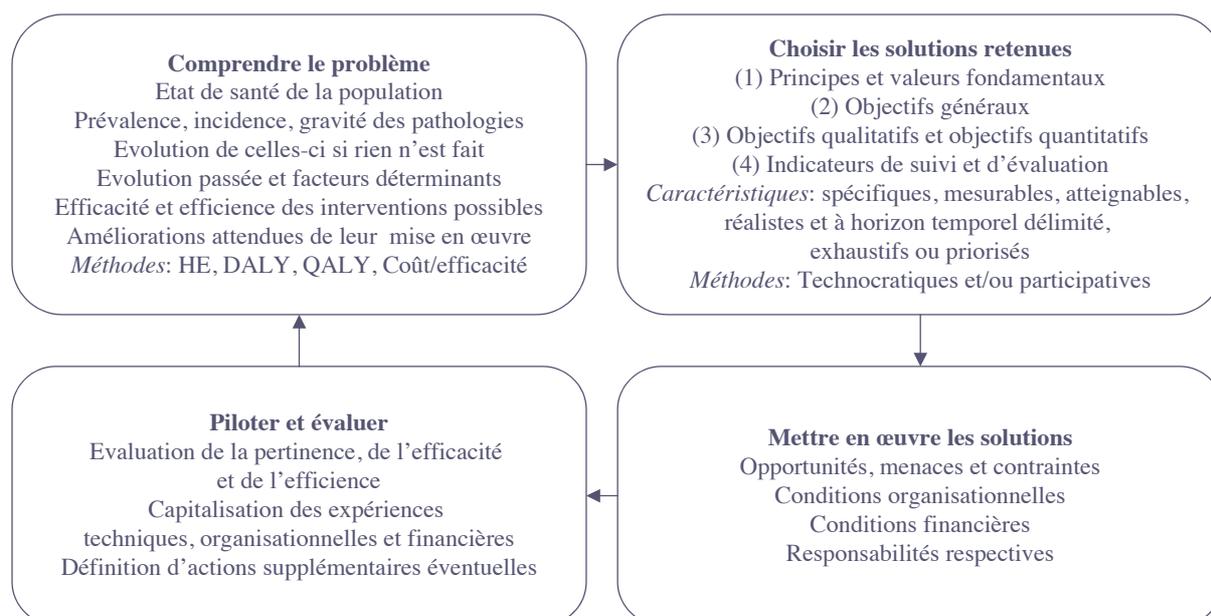
Indépendamment des limites évoquées ici, le travail sur la définition d'un ensemble de prestations communes à un territoire donné est un des garants d'un certain niveau minimal d'accessibilité à l'ensemble de la population sur le territoire. Ce travail oblige de plus à expliciter les critères retenus et à réviser et actualiser les modalités de financement. Celui-ci oblige à mettre à plat un bon nombre de connaissances et à renégocier avec les partenaires, offreurs et financeurs, les principes et critères d'inclusion et d'exclusion.

2.2. Les objectifs de santé publique ou « *health targets* »

Suite aux travaux réalisés par l'OMS, un nombre important de pays se sont engagés dans la définition d'objectifs quantitatifs selon les recommandations de l'OMS : la Finlande (2001), la Suède (2003), le Royaume-Uni (1992), la région espagnole de Navarre (1991). Ces pays sont rentrés dans la définition de *health targets* afin de répondre, soit à des problématiques de santé publique liées aux inégalités sociales plus large que les problématiques du système de soins (Finlande, Navarre et Royaume-Uni), soit pour répondre à un besoin de cohésion nationale des actions individuelles de santé (Suède).

La définition d'objectifs de santé est présentée comme un point de départ à la définition des stratégies de santé. Cette démarche présente l'intérêt d'amorcer un processus d'explicitation des objectifs en relation directe avec la santé de la population. Les *Health targets* sont présentés comme des objectifs finals de santé publique et du système de santé, exprimés en termes d'état de santé ou de déterminants de la santé. Des échéances sont fixées pour ces objectifs avec les indicateurs de suivi à mettre en place. La formulation d'objectifs quantitatifs est la dernière étape d'un processus itératif présenté dans le schéma suivant.

FIGURE 2: LES ETAPES DE LA LOGIQUE *HEALTH TARGETS*



L'étape de compréhension du problème rejoint en terme de méthode les principes d'élaboration de priorités de soins. Cependant, ici l'ensemble des déterminants de la santé est intégré à la réflexion et par conséquent, les interventions possibles relèvent du système curatif, mais aussi de la prévention médicale et de la prévention des risques individuels et collectifs. Cette étape est par conséquent encore plus fortement contrainte par le niveau de connaissance épidémiologique. C'est pourquoi l'une des fonctions assignées au Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies (CEPCM) est le recensement des informations épidémiologiques sur l'évolution de l'état de santé de la population et l'influence relative des différents déterminants de la santé.

La seconde étape est celle où les choix sont réalisés parmi l'ensemble des objectifs qui ont émergé de la première étape. Ici, nous avons observé deux tendances: la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni ont retenu un nombre d'objectifs de santé limité qui correspondent à des priorités dans l'espace et dans le temps. En revanche, la région espagnole de Navarre et dernièrement la France⁶ s'inscrivent dans l'exhaustivité des objectifs de santé afin de donner un objectif à chaque problématique de santé publique référencée.

Indépendamment du nombre d'objectifs retenus, pour réaliser un choix parmi l'ensemble des possibles, un certain nombre de critères sont mobilisés. Les premiers critères de sélection sont les **principes et valeurs** sociaux fondamentaux. Trois principes et valeurs guident le choix. **Le principe de la dignité humaine** : tous les êtres humains ont les mêmes droits sans considération de leurs caractéristiques personnelles ni de leur fonction dans la société. Ce principe est évoqué dans l'ensemble des pays. Le Royaume-Uni et la Finlande mettent l'accent sur la nécessaire réduction des inégalités sociales du fait des indicateurs de santé moins bons pour les catégories sociales défavorisées. **Le principe des besoins et de la solidarité** : les ressources doivent être allouées là où les besoins sont les plus forts. Ce principe sous-tend les critères d'importance de la maladie et de gains potentiels utilisés dans les pays pour classer les pathologies. Le principe de solidarité est de plus réaffirmé comme moyen de pallier les inégalités. **Le principe du coût-efficacité** : pour choisir entre plusieurs activités, les résultats d'études de type coût-efficacité doivent être utilisés. Les aspects économiques deviennent officiellement des critères de choix.

Les **objectifs généraux** résultent de l'identification des problèmes majeurs de santé publique. Au Royaume-Uni ceux-ci prennent la forme de priorités de santé publique et correspondent aux

⁶ Le projet de loi de santé publique français contient 100 objectifs de santé en annexe abordant à l'ensemble des problématiques de santé.

pathologies et groupes de populations sur lesquels l'attention est particulièrement portée. En Finlande, les orientations sont définies pour chaque catégorie de population et pour la population en général. Ces orientations sont définies en termes d'espérance de vie, de satisfaction de la population, de réduction des inégalités. Les orientations de la Finlande sont suffisamment générales pour toucher l'ensemble des problématiques.

Les **objectifs** sont définis de manière sensiblement différente selon les pays : la Navarre avait identifié une liste relativement longue d'objectifs à atteindre formulés en termes de réduction de certaines incidences de maladies, augmentation du taux de dépistage, réduction de certains comportements à risques. Le Royaume-Uni a défini des objectifs pour chaque pathologie prioritaire qui reprennent des éléments relatifs à l'action sanitaire et à l'action sociale. Certains objectifs sont des objectifs d'état de santé, d'autres des objectifs de comportements individuels, d'autres des objectifs de prévention primaire et secondaire, enfin certains sont des objectifs d'organisation du dispositif. La France, quant à elle, a défini des objectifs relatifs aux comportements individuels (ex : réduction de la consommation d'alcool), des objectifs liés aux conditions de travail (ex : réduction du nombre d'accidents du travail), des objectifs liés aux risques collectifs (ex : réduction de l'exposition de la population à la pollution atmosphérique), des objectifs de réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies, des objectifs d'augmentation des taux de dépistage, des objectifs d'augmentation des taux de vaccination.

Etant donné que les objectifs sont formulés de manière quantitative, ceux-ci sont formulés directement en termes **d'indicateurs** de suivi et de contrôle. Au moment de la réalisation de notre étude, nous n'avons pu obtenir d'évaluation de ces dispositifs dans la mesure où les objectifs fixés sont des objectifs de moyen et long terme amorcés dans le courant des années 1990.

Les objectifs de santé donnent les lignes directrices des stratégies locales et orientent les actions individuelles vers l'atteinte de résultats communs. Sur la base de ces guides, les niveaux régionaux et locaux peuvent alors coordonner les activités et négocier les financements. Cependant, il s'avère qu'en Navarre, et nous avons observé ce phénomène aussi au Québec et au Danemark, les objectifs de santé ont été rapidement abandonnés, au sens où ceux-ci n'ont plus été mobilisés comme critères de choix et d'orientation des stratégies de santé. Par conséquent, le bénéfice de ces objectifs de santé réside essentiellement dans la démarche de détermination de ceux-ci, démarche qui engage les acteurs dans une mise à plat des problèmes (Figure 2). Ensuite, leur utilité est occultée par l'existant. En d'autres termes, la détermination des objectifs de santé ne conduit pas à un changement profond des stratégies en matière de politique de santé car ces stratégies sont contraintes par l'inertie des dispositifs en place.

Nous avons vu que certains pays appuient leur politique de santé sur un nombre réduit d'objectifs là où d'autres en mobilisent un nombre important. Dans un cas comme dans l'autre, ces objectifs créent des tensions parmi les acteurs du système. Dans le premier cas, les objectifs se concentrent sur quelques priorités de santé et par conséquent, les professionnels dont l'activité ne rentre pas dans le champ de ces priorités se sentent exclus des politiques de santé pendant la période correspondante. Ainsi, l'effort de cohésion nationale et d'engagement de tous les acteurs dans une démarche commune est remis en cause. Dans le deuxième cas, la recherche d'exhaustivité permet d'éviter l'exclusion relative de certains secteurs de la santé. Cependant, selon les professionnels de santé, cette quantité importante d'objectifs conduit à la production d'un document relativement illisible et morcelé, sans véritable dynamique globale. Le corollaire de ceci est le manque de crédibilité des objectifs. En effet, ces objectifs sont formulés de manière quantitative (ex : réduction de l'incidence du cancer du sein de 10% en 2010) avec des échéances temporelles précises, ce que remettent en cause les professionnels de santé.

Une troisième limite importante résulte des contraintes méthodologiques et politiques associées à la détermination d'objectifs de santé. En effet, les objectifs de santé doivent être mesurables pour pouvoir être suivis et doivent également être en mesure de donner des résultats à court terme sur lesquels appuyer l'évaluation de la performance du gouvernement en la matière. Par conséquent, ces objectifs recouvrent des éléments facilement mesurables et de court terme. Or, le travail sur le court terme et le mesurable conduit, là encore, à recentrer la stratégie sur le système de soins et la prévention médicale, et à mettre de côté les stratégies sur l'environnement. En effet, ces stratégies sont au cœur de tensions économiques et politiques importantes et leur efficacité est de surcroît plus longue à mesurer. Enfin,

une dernière limite réside dans le cloisonnement des objectifs. Ceux-ci ne sont pas reliés entre eux et les impacts croisés non clairement définis. Par conséquent, ils donnent une représentation morcelée des problématiques de santé publique.

La remise en cause des objectifs n'est pas liée à la remise en cause de la nécessité de définir des objectifs de santé, mais elle est liée à la nature des objectifs. C'est pourquoi, certains pays, après une phase de définition d'objectifs quantitatifs exhaustifs, font évoluer à présent leur démarche en intégrant un ensemble restreint d'objectifs dans un processus global de définition de stratégies de santé.

CONCLUSION

Deux éléments importants se dégagent de ce travail. Tout d'abord, les pays européens entrent dans une démarche de santé publique intégrant l'ensemble des déterminants de la santé. Aujourd'hui, la santé publique ne se limite plus à l'action sur les épidémies et fléaux sociaux comme dans les années 20-40, ni au système de soins comme dans les années 50-90, mais intègre les problématiques liées aux risques collectifs et individuels (risques alimentaires, environnementaux, téléphonie mobile, OGM...). Si la reconnaissance de ce type de problèmes n'est pas nouvelle, aujourd'hui elle se traduit effectivement par l'intégration des approches sanitaires et sociales dans le champ de la politique de santé, là où auparavant prédominaient les logiques cliniques et curatives. Dans les faits, cette intégration se traduit par la mise en place de stratégies de soins et de stratégies de santé plus ou moins intégrées. Au Royaume-Uni par exemple, ces stratégies s'inscrivent dans un programme d'ensemble dont les priorités de santé sont le point de départ. En Suède en revanche, la détermination des objectifs de santé et la détermination des priorités de soins relèvent de deux démarches simultanées mais distinctes.

Le deuxième point important qui se dégage de la description des stratégies de santé est qu'il existe aujourd'hui une forte ambiguïté sur les objectifs réels des gouvernements nationaux. En effet, la réflexion menée en terme de santé publique l'est dans le cadre d'un large débat national intégrant la communauté scientifique et les représentants d'associations à portée sanitaire ou sociale. C'est d'ailleurs l'un des effets bénéfiques de l'élargissement des considérations de santé publique. Cependant, les stratégies qui en découlent ne touchent pas aussi largement tous les déterminants et se recentrent sur les éléments connus, sur lesquels on peut agir rapidement, à savoir la prévention médicale au travers du système de soins et la prise en charge curative des pathologies et handicaps.

A l'heure actuelle, nous ne pouvons mesurer l'impact en matière de santé de la définition de priorités et objectifs de santé. Mais la conception de plus en plus transversale de la santé publique, appréhendée par les risques collectifs et individuels, pose la question du déplacement territorial de l'action publique. Autrement dit, l'évolution des problématiques de santé publique conduit à interroger le niveau d'action européen comme niveau légitime face aux difficultés des gouvernements nationaux à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

- CALLTORP J. (1999), "Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway", *Health Policy*, Vol.50, n° 1-2 : pp.1-22
- EINHORN J., ANDERSSON I., HALLERBY N., LINDQVIST B., CARLSON L., KROOK C., OSTH R. (1995), *Priorities in health care. Ethics, economy, Implementation*, Swedish Government Official Reports The Ministry of Health and Social Affairs : 180 p.
- European Observatory on Health Care Systems (1999), *Health care systems in transition. United Kingdom* : 117 P.
- European Observatory on Health Care Systems (2000), *Health care systems in transition. Spain* :

135 P.

European Observatory on Health Care Systems (2001), *Health care systems in transition. Sweden* : 96 P.

European Observatory on Health Care Systems (2002), *Health care systems in transition. Finland* : 92 P.

FOLCHER V. (2000), "Politiques de santé. L'expérience des Health Targets", *Pharmaceutiques* 01/2000, n° 73 : pp. 54-7

GAMINDE I. (1999), "Priorities in healthcare: a perspective from Spain", *Health Policy*, Vol.50, n°1-2 : pp.55-70

Inspection Générale des Affaires Sociales (2003), *Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire*, Rapport présenté par D. Jourdain-Menninger et M. Lignot-Leloup, Rapport n°2003 003, Janvier 2003, 87p. + annexes

LEQUET-SALMA D. (2000), "Prévention et choix des priorités de santé publique dans quelques pays européens", *DREES collection Etudes* 09/2000 : 35 P.

MARINKER M. (2002), *Health targets in Europe. Policy, progress and promise*, London : BMJ Editions : 240 P.

Ministry of Health and Social Affairs of Sweden (2001), *Government resolution on the health 2015 public health program*. Helsinki (Suède), Ministry of Health and Social Affairs : 35 P.

OSTLIN P., DIDERICHSEN F. (2001), "Equity-oriented national strategy for public health in Sweden", Geneva : European Centre for Health Policy, WHO Europe : 37 P.

RISSANEN P., HAKKINEN U. (1999), "Priority-setting in Finnish healthcare", *Health Policy*, Vol.50, N°1-2 : pp. 143-53

TRAGAKES E., VIENONEN M. (1998), *Key issues in rationing and priority setting for health care services*, Geneva : WHO Regional Office for Europe 01/1998 : 47 P.