

# LES MODALITES DE DEFINITION DES OBJECTIFS ET STRATEGIES DE SANTE

---

DESCRIPTION ET ANALYSE DES DISPOSITIFS DES PAYS DE L'UNION  
EUROPEENNE ET D'AMERIQUE DU NORD

## TOME I ANALYSES TRANSVERSALES

SEPTEMBRE 2003



**GRAPHOS-CNRS**  
Laboratoire  
d'Analyse  
des Systèmes de Santé

Université Jean Moulin Lyon 3  
18, rue Chevreul 69007, LYON  
Téléphone (33) 4 78 78 75 81  
e-mail [ifross@univ-lyon3.fr](mailto:ifross@univ-lyon3.fr)  
<http://www.ifross.com>



*Cette étude a été réalisée en réponse à une demande de la Direction Générale de la Santé française. Elle a débuté en décembre 2002 et s'est achevée en Septembre 2003.*



## LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

**Direction de l'étude**      Jean-Pierre Claveranne  
*Professeur des universités*  
*Directeur du Graphos*

**Coordination et réalisation**      Alice Teil  
*Maître de conférences en sciences de gestion*

**Recherche documentaire**      Hélène Cordier  
*Documentaliste*

**Ont contribué à l'étude**      Taoufik Bourgou – *docteur en sciences politiques*  
Amandine Dufour – *doctorante en droit*  
Virginie Grillet – *doctorante en droit*  
Eric Martinent – *doctorant en droit*  
Stephen Mick – *Professor and Chair, Department of Health Administration, Virginia Commonwealth University*  
Saloi Mitak – *étudiante de 3è cycle en sciences de gestion*  
Christophe Pascal – *maître de conférences en sciences de gestion*  
David Piovésan – *doctorant en sciences de gestion*  
Raissa Remandaban – *MHA Department of health administration Virginia Commonwealth University*  
Magali Robelet – *docteur en sociologie*  
Jamia Thomas - *MHA Department of health administration Virginia Commonwealth University*  
Didier Vinot – *maître de conférences en sciences de gestion*



## REMERCIEMENTS

Nous tenons au terme de ce travail, à remercier la Direction Générale de la Santé, et tout particulièrement Monsieur le Dr. Alain Fontaine, pour avoir soutenu cette étude.

Nous remercions également l'ensemble des membres du comité de suivi de l'étude qui, par leurs réflexions et leurs recommandations, ont contribué à l'enrichissement de nos travaux.

Nous tenons à exprimer une profonde reconnaissance à l'ensemble des acteurs qui ont alimenté ce travail. Malgré les contraintes et exigences très fortes de l'étude, nous avons reçu un accueil remarquable au sein de l'ensemble des institutions contactées et visitées.

Merci à Adam Daniel, Astor Avi, Berghmans Luc, Bochicchio Domenico, Bohigas Lluís, Brouwer Werner, Brunelle Yvon, Bury Jacques, Busse Reinhard, Cabasès Juan Manuel, Calder Kate, Carlsson Per, Centerstig Anne Christine, Challender Sheila, Charpak Yves, Côté Louis, Crock Jane, Del Vecchio Mario, Dixon Anna, Draijer Jos G.H., Duffy-Price Margaret, Eckerlund Ingemar, Edgar Wendy, Evangelista Isabel, Ferrinho Paulo, Figueras Josep, Gaminde Idoia, Garpenby Peter, Geelhoed Jeroen, Gibson Jennifer L, Hamm Christian, HeisBourg Elisabeth, Hrabcik, Hubert, Hubay Stacey, Eckerlund Ingemar, Järvelin Jutta, Jennett Nicholas, Kärvinge Christina, Keskimäki Ilmo, Kramers Pieter, Laaribi Karim, Lamarche Paul, Larrasquet Jean-Michel, Livesey Heather, Lund Karin, Mäkelä Marjukk, Marckmann Georg, Mitton Craig, Mullen Penelope, Myllykangas Markku, Myllymäki Kati, Nilunger Louise, Pomey Marie-Pascale, Raspe Heiner, Repullo José, Rémy Pierre-Louis, Rigaud-Bully Claire, Rutz Suzanne, Rynänen Olli-Pekka, Schopper Doris, Sihto Marita, Skoog Klas-Olav, Snacken René, Sohlberg Anna, Steffen Gabrielle, Terkel Christiansen, Tersalvi Carlo Alberto, Thiel Ernst, Ulmann Philippe, Vallgård Signild, Van der Heyden Johan, Wright Stephen, Yaseen Talib, Zuccatelli Giuseppe.

Merci à l'ensemble de l'équipe du Graphos et de l'IFROSS pour leur contribution.



# SOMMAIRE DES TOME I ET II

## **TOME I □ ANALYSES TRANSVERSALES**

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODE .....	5
1. PROJET D'ÉTUDE .....	5
2. PROCESSUS DE LA RECHERCHE.....	6
DEUXIÈME PARTIE LES LOGIQUES EN ACTIONS .....	17
1. CADRE THÉORIQUE.....	18
2. LA DÉCISION ENTRE LE GLOBAL ET LE LOCAL OU LA RECHERCHE D'UNE DÉCENTRALISATION OPTIMALE .....	27
3. DE LA NATURE AUX LOGIQUES DES OBJECTIFS ET STRATÉGIES.....	39
4. UNE RELATIVE UNIFORMITÉ DANS LES INFORMATIONS UTILISÉES .....	57
5. LES FREINS À L'EFFECTIVITÉ.....	64
SYNTHÈSE.....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	71
TABLE DES ILLUSTRATIONS TOME I.....	89
TABLE DES MATIÈRES TOME I.....	91

## **TOME II □ DESCRIPTIONS VERTICALES**

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
ALLEMAGNE.....	5
AUTRICHE .....	11
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE.....	15
PROVINCE DE QUÉBEC AU CANADA.....	25
DANEMARK.....	33
ESPAGNE .....	39
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE.....	49
FINLANDE .....	57
ITALIE .....	63
LUXEMBOURG .....	71
PAYS-BAS.....	75
PORTUGAL .....	81
ROYAUME-UNI.....	89
SUÈDE.....	101
BIBLIOGRAPHIE.....	111
TABLE DES MATIÈRES TOME II.....	133



## INTRODUCTION GENERALE

Le développement des technologies médicales, le vieillissement des populations et les évolutions dans les attentes sociales de la population génèrent une augmentation inexorable des dépenses liées à la santé dans l'ensemble des pays industrialisés. Dès les années 1970, des mesures sont mises en place 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 de maîtrise des dépenses de protection maladie contraignantes et à rechercher l'efficacité par l'introduction de mécanismes s'apparentant à ceux du marché<sup>1</sup>. Selon P. Hassenteufel et alii, ces évolutions s'accompagnent de la transformation des producteurs de soins en acteurs concurrentiels, de plus en plus qualifiés «l'entrepreneur de soins». Les prestataires de soins sont ainsi conduits progressivement à intégrer la dimension de la concurrence en cherchant à optimiser leurs coûts dans un souci de performance. La maîtrise des dépenses de l'assurance maladie se réalise au travers de trois types de stratégies: La désolidarisation, faire appel au secteur privé pour l'assurance maladie, la définition du panier de biens et services remboursables et la fixation des prix par l'assurance sociale et la définition du volume des actes réalisés et/ou d'une enveloppe globale.

Malgré la mise en place de mesures pour réduire les dépenses de santé, celles-ci continuent à croître. Un premier constat de ce relatif échec est que tous les mécanismes de financement sont autant d'incitations financières et que les acteurs trouvent toujours un moyen de desserrer leur contrainte budgétaire dans le cas d'un système de couverture sociale redistributive. Un deuxième constat est qu'il est très difficile de réduire les dépenses de santé sans augmenter les inégalités de santé entre individus.

Pris en étau entre le maintien de l'équité et les pressions économiques, de nombreux pays se trouvent dans une impasse décisionnelle en matière de politique de santé et c'est pourquoi sont recherchés d'autres mécanismes pour rationaliser les dépenses de santé. Trois points importants se dégagent alors: le premier est l'élargissement nécessaire des objectifs de santé non plus restreints au secteur des soins mais à l'ensemble des déterminants de la santé. Le second point est l'intégration nécessaire des usagers et citoyens aux processus de décision en matière de politique de santé, ceci afin de sortir de l'impasse décisionnelle dans laquelle se trouvent les gouvernements. Le troisième point est la nécessaire définition d'objectifs communs aux parties prenantes du système de santé. Il apparaît que sans orientation claire sur les objectifs de santé et sans implication réelle des acteurs, aucune mesure ne pourra être efficace du fait des marges de manœuvre et des zones d'incertitude incompressibles dont ceux-ci disposent à tous les niveaux.

C'est pourquoi, dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé de nombreux pays se sont engagés dans des démarches de définition d'objectifs de santé nationaux et/ou régionaux considérés comme prioritaires. La définition d'objectifs prioritaires constitue alors l'occasion d'évaluer les activités existantes et de rechercher les interventions les plus efficaces dans l'ensemble des déterminants de la santé et non plus seulement dans le système de soins.

---

<sup>1</sup> Hassenteufel P., Delaye S., Pierru F., Robelet M., Serre M., «La libéralisation des systèmes de protection maladies européens: convergences, européanisation et adaptations nationales», *Politique Européenne*, n°2, septembre 2000, pp.29-48.

Ce document intitulé «Les modalités de définition des objectifs et stratégies de santé» constitue le rapport final d'une étude menée, dans un premier temps, sur les priorités de santé, champ d'étude que nous avons élargi, dans un second temps, à l'ensemble des dispositifs de définition des objectifs et stratégies de santé prioritaires dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord. En effet, au premier abord, le concept de priorité de santé apparaît dans la littérature comme un concept à part entière, novateur, uniforme et homogène pour répondre aux besoins de rationalisation des dépenses de santé des pays industrialisés. Cependant, la notion de priorités et la notion d'objectifs qui lui est associée ne sont pas des nouveautés et existent implicitement en politique de santé depuis la création des systèmes de santé et les choix afférents à ceux-ci concernant la nature et le financement des activités mises en œuvre et la nature et la quantité des actes pris en charge par la collectivité. La notion de priorité est intriquée dans la notion d'objectifs et de stratégies. Les explicitations émergentes d'un processus de «priorisation» traduisent, plus que la découverte d'une nécessaire hiérarchisation, la volonté de positionner différemment cette hiérarchisation au sein de la politique sanitaire avec dans la plupart des cas la volonté d'intégrer d'autres acteurs dans les processus de décision correspondants. Cette notion est reprise de manière beaucoup plus formelle, explicite et institutionnelle avec comme hypothèse sous-jacente que l'explicitation et la modélisation des mécanismes de «priorisation», jusqu'alors informels, doit constituer une réponse pertinente et efficace aux problématiques prégnantes de santé, ceci en ajustant les stratégies aux attentes sur la base de choix démocratiques.

Si la notion de priorité n'est pas nouvelle en matière de politique de santé, elle n'est pas non plus véritablement uniforme ni homogène. On trouve derrière ce vocable de nombreuses logiques distinctes et la nature des priorités est très diverse selon les pays. On trouve aussi derrière ce vocable de nombreux dispositifs administratifs et politiques où les termes employés et notamment les termes *décentralisation* et *démocratie sanitaire*, ne recouvrent pas les mêmes réalités.

Dans ce contexte, nous avons orienté notre problématique de recherche vers un questionnement relatif aux modalités de définition des objectifs et stratégies de santé dans les pays de l'union européenne et d'Amérique du Nord. Dans un premier temps, nous avons travaillé à la description de ces dispositifs pour, dans un deuxième temps, analyser les relations causales entre la nature de ces dispositifs, les acteurs impliqués, les méthodes utilisées et l'effectivité des décisions prises en la matière. Pour cela, nous avons adopté une méthodologie de recherche en trois étapes : analyse documentaire, réalisation d'entretiens et administration de questionnaires.

Nous avons travaillé sur les modalités de définition des objectifs et stratégies et par conséquent, nous n'avons abordé les questions de l'évaluation de ceux-ci que lorsque ces questions étaient explicitement abordées dans les programmes de santé. Nous n'avons pas réalisé d'études spécifiques sur les modalités d'évaluation et les travaux en cours initiés par l'office régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pour les pays fédérés, nous avons présenté le rôle du fédéral et les travaux réalisés dans une des régions précurseur. Dans la description des dispositifs généraux administratifs, nous ne sommes pas rentrés dans une description détaillée de l'ensemble des départements et sous-départements. Nous avons raisonné par fonction et responsabilité finale.

### **Ce rapport comprend deux tomes.**

**Le premier tome**, intitulé «Analyses transversales», comprend les deux premières parties du document global. La première partie présente la problématique et la méthode de recherche employée. La deuxième partie présente le cadre théorique tel que nous l'avons construit à l'issue de la première étape de notre recherche, la description sous forme de tableaux synoptiques des dispositifs étudiés au regard du cadre théorique retenu et l'analyse qui a été réalisée afin de dégager les tendances et logiques prédominantes. Nous avons adopté dans cette analyse une démarche globale de compréhension des mécanismes à l'œuvre dans l'évolution des politiques de santé de chaque pays d'Europe et Amérique du Nord. Dans un contexte de mondialisation de plus en plus

fort et d'intégration des pays dans une zone Europe, nous avons interrogé les éléments influençant les choix locaux en matière de santé. Nous présentons dans ce tome l'ensemble des logiques à l'œuvre dans la détermination des objectifs et stratégies, logiques relatives à la nature des acteurs et aux échelons de la prise de décision, logiques relatives à la nature des objectifs définis et logiques relatives aux méthodes de rationalisation de la décision.

**Le second tome** intitulé «**Descriptions verticales**» comprend les monographies de chacun des pays étudiés. Ce tome est constitué de la description des modalités de définition des objectifs et stratégies de santé des pays d'Europe et d'Amérique du Nord dont l'analyse constitue le tome I. La description des dispositifs a été réalisée le plus précisément possible pour chaque pays. Afin de comprendre ces dispositifs et les facteurs qui les influencent, nous avons également décrit des éléments du contexte économique, social, politique et sanitaire dans lesquels ils s'inscrivent. Des pays retenus initialement, nous avons retiré la Grèce, l'Irlande et le Luxembourg car dans les délais qui nous étaient impartis nous n'avons pas réussi à obtenir les informations requises. La précision et la qualité des informations obtenues sur chacun des items de notre cadre d'analyse sont diverses selon les pays. C'est pour cela que nous avons opté pour une présentation la plus exhaustive possible de chaque pays en distinguant dans un premier temps les éléments du contexte dans lequel s'inscrivent les politiques de santé les chiffres clefs caractérisant la situation économique et l'état de santé de la population la structure administrative générale le système de soins. Ces éléments nous donnent des informations sur les problématiques clefs de santé et sur les catégories d'acteurs intervenant dans la décision. Ce n'est que dans un deuxième temps que nous décrivons les dispositifs de hiérarchisation en distinguant si ce sont des dispositifs propres à la définition de priorités de santé, des dispositifs de définition d'objectifs quantitatifs fondés sur le modèle des *health targets* de l'OMS ou des dispositifs de priorités du système de santé. Nous distinguons pour chacun des pays, les processus, les critères et/ou bases de données mobilisées pour la décision. En dernier lieu, nous faisons part, dans la mesure du possible, de l'opinion d'un ensemble d'experts et de membres des institutions ayant participé aux processus ainsi que d'un ensemble d'analystes qui se sont exprimés sur celui-ci.



# PREMIERE PARTIE

## PROBLEMATIQUE ET METHODE

Dans cette partie, nous présentons le projet d'étude tel qu'il a été défini entre la Direction Générale de la Santé et le Graphos. Nous décrivons dans un second temps la méthodologie de recherche employée et les principaux constats issus de chacune des phases de cette recherche.

### 1. PROJET D'ETUDE

L'appel d'offre concernant cette étude a été diffusé par la Direction Générale de la Santé dans le courant de l'été 2002 et s'intitulait « *Comparaison internationale des modalités de définition des priorités de santé* ». Le contrat entre le Graphos et le Ministère de la Santé a été établi au cours du mois de décembre 2002 et s'est achevé en septembre de l'année suivante.

Tout d'abord centrée sur le vocable priorités de santé, l'analyse de la littérature menée dans la première phase nous a conduit à élargir notre problématique de recherche aux notions d'objectifs et de stratégies de santé.

Notre problématique définitive suite aux ajustements réalisés pour répondre aux besoins d'information du commanditaire de l'étude est définie par deux axes :

- Le premier axe a pour objectif de **décrire** les modalités de définition des objectifs et des stratégies de santé dans les pays de la communauté européenne et d'Amérique du Nord en retraçant le plus précisément possible (1) le contexte politique, économique, administratif et juridique des politiques de santé (2) l'ensemble des acteurs impliqués dans le dispositif avec leur pouvoir de décision en la matière (3) les méthodes employées pour définir le contenu des objectifs et des actions et faire des choix parmi l'ensemble des propositions (4) les difficultés opérationnelles rencontrées.
- Le second axe a pour objet de procéder à une **analyse transversale** des dispositifs, ainsi décrits, afin d'apporter des éléments de connaissance propres à alimenter les réflexions actuelles du gouvernement français.

L'étude comporte 3 phases principales :

**Phase 1** : **Revue systématique et analyse des documents disponibles dans la littérature scientifique ou auprès d'organismes intervenant dans le champ de l'étude.**

À partir de l'analyse documentaire, nous avons construit un cadre théorique de la prise de décision en matière d'objectifs et d'actions en santé, cadre qui distingue les étapes de la décision et l'objet de la décision. Une typologie des modalités de définition des politiques est proposée au terme de cette analyse pour guider le choix des pays qui feront l'objet de la seconde phase de l'étude.

## Phase 2 : Analyse qualitative d'expériences représentatives.

Cette étape repose sur la réalisation et sur l'analyse d'entretiens semi-directifs avec des acteurs et/ou des informateurs clés des dispositifs de 4 pays sélectionnés. Ces entretiens permettent d'approfondir et de compléter les données recueillies par l'analyse documentaire. L'analyse réalisée identifie les points clés à valider lors de la troisième phase.

## Phase 3 □ Enquête de validation et analyse finale

Cette phase finale de l'étude a pour but de compléter et/ou de valider, pour l'ensemble des pays inclus dans la première phase, les données recueillies par l'analyse documentaire vis-à-vis des points clés identifiés au décours de la deuxième phase.

L'analyse et la synthèse finales visent à dégager, en réponse aux objectifs de l'étude, les principaux enseignements issus de la description des pays vis-à-vis des conditions de mise en œuvre et d'effectivité des dispositifs d'élaboration des politiques de santé étudiés.

## 2. PROCESSUS DE LA RECHERCHE

L'étude menée dans le cadre de l'appel d'offre présenté précédemment relève du champ des **sciences sociales**. Les modalités de définition des objectifs et actions de santé s'inscrivant dans des contextes sociétaux spécifiques, leur analyse doit prendre en compte les modes de structuration de ceux-ci. Pour réaliser cette étude, nous avons adopté une **démarche empirique** de recueil d'information et d'observation des processus de définition des priorités de santé dans les pays retenus.

### 2.1. PREMIERE PHASE : ANALYSE DOCUMENTAIRE

#### 2.1.1. STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire s'est déroulée d'octobre 2002 à janvier 2003 et a porté sur les trois thématiques suivantes :

- Le fonctionnement des systèmes de santé européens et la définition des priorités de santé publique dans chacun de ces pays
- Une recherche sur la méthodologie de définition des priorités de santé publique
- Une recherche sur les plans et programmes de santé des différents pays

Cette étape de recherche documentaire a permis de collecter une dizaine d'ouvrages pertinents, deux rapports de congrès, une cinquantaine de rapports de littérature grise et 70 articles de périodiques.

La recherche sur les systèmes de santé européens s'est effectuée essentiellement par la consultation des sites Internet et/ou par contacts directs (messagerie électronique, téléphone, courrier) auprès des organisations institutionnelles internationales, européennes et nationales. Lorsque la consultation des informations disponibles était entravée par la langue d'origine, les renseignements ont été pris auprès des ambassades ou des postes d'expansion économique du pays concerné.

#### 2.1.1.1. ORGANISATIONS INSTITUTIONNELLES OU ASSOCIATIVES EUROPEENNES ET INTERNATIONALES CONTACTEES

**L'Organisation Mondiale de la Santé / Bureau Régional de l'Europe**

Cet organisme donne accès à des données générales sur les systèmes de santé des différents pays européens et à des documents de synthèse sur les réformes en cours (plus ou moins à jour selon les pays) □ c'est l'observatoire européen des systèmes de santé

<http://www.who.dk/countryinformation>

Deux groupes de travail intitulés □ Health Policy Analysis et Health Systems Performance ont constitué une source d'information intéressante

<http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/HPA/Home>

#### **Le Council on Health Research for Development (COHRED)**

Le COHRED a réalisé divers documents intéressants sur la définition des priorités en santé

<http://www.cohred.ch/>

#### **L'European Centre for Health Policy (EHP)**

Ce centre européen dépendant de l'OMS a réalisé plusieurs études sur la politique de santé publique dans différents pays européens.

<http://www.who.dk/echp>

#### **L'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE)**

Ce site donne accès à des informations sur la performance des systèmes de santé et les indicateurs disponibles.

<http://www.oecd.org>

#### **La Commission européenne (Europa)**

Donne accès aux accords communautaires dans le domaine de la santé publique.

[http://europa.eu.int/comm/index\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/index_fr.htm)

La Commission européenne a développé des projets dans le domaine de l'évaluation des technologies médicales dans le but de coordonner et d'améliorer les prises de décision en matière de techniques médicales.

De 1994 à 1998, le projet européen EUR-ASSESS a été constitué avec pour missions □ l'harmonisation des méthodologies d'évaluation, l'analyse des mécanismes de dissémination des résultats et également la méthodologie de définition des priorités.

[http://www.health.tno.nl/wie\\_wie\\_zijn/organisatie/divisies/volksgezondheid/eur\\_asses\\_nl.html](http://www.health.tno.nl/wie_wie_zijn/organisatie/divisies/volksgezondheid/eur_asses_nl.html)

En 2000, un autre projet européen a été créé □ the European Collaboration for Assessment of Health interventions and Technologies (ECHTA/ECAHI) qui comprend également une réflexion sur les programmes de définition des priorités dans le cadre de l'évaluation des technologies médicales.

<http://www.ecahi.org/indexframe.html>

#### **International Society on Priorities in Health Care**

Des contacts ont été pris dans différents pays européens.

[http://www.healthpriorities.org/isociety/isoc\\_membership.htm](http://www.healthpriorities.org/isociety/isoc_membership.htm)

#### **International Network of Agencies for Health technology Assessment**

Ce site regroupe les différentes agences nationales d'évaluation des technologies médicales. Des documents méthodologiques de définition des priorités ont été obtenus.

<http://www.inahta.org/>

### **2.1.1.2. ORGANISATIONS INSTITUTIONNELLES NATIONALES CONTACTEES**

Pour chaque pays, ont été systématiquement consultés ou contactés le Ministère en charge de la santé, les organismes institutionnels de santé □ publique et l'ambassade. Les réponses ont été très variables selon les pays.

Cependant, les organismes cités dans le chapitre précédent fournissaient pour certains pays des informations déjà très pertinentes. De même des articles publiés dans des revues internationales sur les systèmes de santé ont permis pour certains pays de compléter les informations.

<p><b>Allemagne</b>                  Contacts pris □ le ministère fédéral de la santé et des affaires sociales (Bunderministerium für Gesundheit), le Bremer Institut für Präventionsforschung and Sozialmedizin, l'Institut für Wissenschaft und Ethik, l'ambassade de la République fédérale d'Allemagne en France et l'ambassade de France en Allemagne (Mission économique).</p> <p><b>Autriche</b>                  Contacts pris □ le ministère en charge de la santé, l'école de santé publique d'Innsbrück et l'ambassade d'Autriche en France et l'ambassade de France en Autriche (Mission économique).</p> <p><b>Belgique</b>                  Contacts pris □ le Ministère en charge de la santé (à la fois au niveau national et au niveau de la communauté française) et l'Institut Scientifique de la Santé publique (ISP) et l'ambassade de France en Belgique (Mission économique).</p> <p><b>Canada (Québec)</b>                  Contacts pris □ le Ministère Santé et Services sociaux du Québec et l'Institut National de Santé Publique du Québec.</p> <p><b>Danemark</b>                  Contacts pris □ le Ministère en charge de la santé (Ministry of the Interior and Health), le National Institute of Public Health (NIPH) et l'ambassade de France au Danemark (Mission Economique).</p> <p><b>Espagne</b>                  Contacts pris □ le Ministère en charge de la santé au niveau national (Ministerio de Sanidad y Consumo), l'Institut National de Gestion Sanitaire, l'ambassade d'Espagne en France et l'ambassade de France en Espagne (Mission Economique).</p> <p><b>Irlande</b>                  Contacts pris □ Le Ministère en charge de la santé publique (Department of health and children), le site de législation irlandaise et l'ambassade de France en Irlande (Mission Economique).</p>	<p><b>Grande-Bretagne</b>                  Contacts pris □ le Department of Health, le Health Development Agency, le Centre for Health Economics, le NHS R&amp;D HTA programme et l'ambassade de France en Grande-Bretagne (Mission Economique).</p> <p><b>Finlande</b>                  Contacts pris □ Le Ministère des affaires sociales et de la santé, l'Institut national de santé publique (KTL), le national Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), l'ambassade de Finlande en France et l'ambassade de France en Finlande (Mission Economique).</p> <p><b>Grèce</b>                  Contacts pris □ l'ambassade de France en Grèce (Mission Economique)</p> <p><b>Italie</b>                  Contacts pris □ Ministère de la santé (Ministero della Salute) □ L'institut Supérieur de la santé (Istituto Superiore di Sanita) et l'ambassade de France en Italie (Mission Economique)</p> <p><b>Luxembourg</b>                  Contacts pris □ Le Ministère de la santé □ le portail juridique Legilux □ l'ambassade de France au Luxembourg (Mission Economique).</p> <p><b>Pays-Bas</b>                  Contacts pris □ le Ministère de la santé (Dutch Ministry of health, Welfare and Sport) □ l'ambassade des Pays Bas en France et le TNO Prevention and Health et l'ambassade de France aux Pays Bas (Mission Economique à La Haye).</p> <p><b>Portugal</b>                  Contacts pris □ la Direction générale de la Santé (Direcção Geral da Saude) du Ministère en charge de la santé □ l'ambassade de France au Portugal (Mission Economique à Lisbonne) et l'Institut National de Santé (Instituto Nacional de Saude).</p> <p><b>Suède</b>                  Contacts pris □ le Ministère de la santé et des affaires sociales □ l'ambassade de Suède en France ; le National Board of Health and Welfare, le National Institut of Public Health (FHI) et l'ambassade de France en Suède (Mission Economique).</p>
---	---

### 2.1.1.3. RECHERCHE SUR LA METHODOLOGIE DE DEFINITION DES PRIORITES DE SANTE

Les recherches précédentes ont fourni des éléments méthodologiques de définition des priorités de santé. Elles ont été cependant complétées par une recherche sur bases de données bibliographiques.

<b>Consultation de la base de données interne de l'IFROSS</b>	Les ressources internes de notre laboratoire de recherche ont été utilisées. La recherche a porté sur les termes □ Comparaison des systèmes de santé □ DU Système de santé étranger OU Fonctionnement des systèmes de santé □ DU Priorité.
<b>Consultation du catalogue de l'OMS</b>	Une recherche a été réalisée par interrogation sur les mots-clés suivants □ (sans limitation de date) : Health priorities OU Health services research OU Health care systems
<b>Consultation de la Banque de Données de Santé Publique (BDSP)</b>	Les descripteurs retenus pour cette recherche ont été □ Choix priorité (de 1995 à 2002) □ DU Aide décision (de 1995 à 2002) □
<b>Consultation de Medline □</b>	La stratégie d'interrogation de la base de données Medline a été : Health priorities /maj AND (Health care rationing OR Health care reform OR Health care research OR Health services accessibility OR Program evaluation OR National health programs OR Government programs) Publications toutes langues parues entre 1999 et 2002.

## 2.1.2. ANALYSE DOCUMENTAIRE

### 2.1.2.1. CONSTATS ISSUS DE L'ANALYSE DE LA LITTÉRATURE

Au terme de cette recherche documentaire, nous avons analysé les informations concernant l'ensemble des pays de l'étude. S'il existe une quantité importante de références documentaires traitant des priorités de santé publique et des méthodes scientifiques de définition de celles-ci, l'information concernant les processus administratifs et politiques de définition de priorités de santé publique est difficile à obtenir. De plus, dans l'ensemble des pays, le terme « priorité » est peu à peu abandonné dans les programmes nationaux et régionaux.

Le contenu des documents collectés se classe en cinq catégories □

- Le concept de priorité, les enjeux et les implications. Ces documents expliquent la notion de priorité et en développent les considérations éthiques et de justice sociale en dégageant les enjeux et les impacts de la définition de priorités de santé et de priorités du système de soins.
- La nature des priorités et objectifs dans les pays industrialisés □ nous avons rassemblé l'ensemble des programmes de santé des différents pays. De plus, nous avons collecté des documents contenant des analyses sur la nature et les enjeux des priorités et la convergence ou divergence entre certains pays.
- Les méthodes de consultation des citoyens et des experts dans le processus de définition des priorités de santé. Ces documents proposent des méthodes plus ou moins validées scientifiquement pour intégrer ces catégories d'acteurs à la décision.
- Les méthodes de hiérarchisation entre divers programmes ou diverses technologies médicales. Ces documents proposent des méthodes d'évaluation coût/efficacité fondées sur différentes conventions de calcul pour hiérarchiser les différentes stratégies de santé entre elles.
- La description des systèmes de santé des différents pays avec quelques statistiques. Ces documents décrivent l'organisation des systèmes de santé avec leurs fondements (fréquemment par une grille de lecture Beveridge/Bismarck).

Pour décrire les dispositifs de définition des priorités dans les différents pays, nous avons d'une part, recoupé les informations détenues dans les cinq catégories de documents présentés ci-dessus (en filigrane de ces documents, nous y avons trouvé des informations sur les commissions créées et

les acteurs concernés). D'autre part, nous avons travaillé sur les textes réglementaires lorsque ceux-ci mentionnent explicitement la notion de priorités et en définissent un dispositif propre.

Le **premier constat** réalisé au terme de cette étape est que l'expression «Priorités» dans le champ de la santé est peu à peu abandonné. En effet, la notion de priorités provoque indirectement une dissension entre ce qui est prioritaire et sur lequel on va mettre l'accent et ce qui n'est pas prioritaire. La notion de priorités pose ouvertement la question de la continuité des actions existantes hors champ prioritaire et de leur évolution. Ce terme génère potentiellement un fort mécontentement du côté des «Outsiders» aux priorités qui ont alors le sentiment de ne plus être entendu sur leurs besoins. D'autres termes plus ordinaires, mais non moins dénués de sens, se substituent au vocable priorité tels que les termes «Objectifs» et «Stratégies». Un travail de clarification des concepts est alors nécessaire et un élargissement de la question de départ non plus aux seules «Priorités» explicites mais à l'ensemble des «Objectifs de santé»<sup>2</sup>. Le **deuxième constat** est que les pays de l'étude sont globalement en pleines réflexions sur ces priorités de santé et que par conséquent, on ne peut espérer obtenir des documents exhaustifs sur les dispositifs dans la mesure où ceux-ci sont en discussion. Le **troisième constat** est que, à l'heure actuelle, les institutions internationales, telles que l'OMS et la commission européenne, jouent un rôle important dans l'initiation de ce type de démarche et que, peu à peu, les pays développés s'y engagent. Le **quatrième constat** est fait que certains pays comme l'Allemagne, l'Espagne et les pays d'Amérique du Nord n'ont pas de dispositifs centraux propres et donc la charge de définir des objectifs de santé revient à la libre appréciation des échelons régionaux.

En clair, au terme de la recherche documentaire, nous nous retrouvons avec un matériau collecté relativement conséquent, mais peu homogène, parfois contradictoire, traduisant la difficulté d'une telle problématique.

#### 2.1.2.2. PREMIERES ANALYSES

Par rapport aux cinq items de notre cadre d'analyse et pour chacun des pays, nous avons décrit l'objet des priorités de santé (en élargissant la notion de priorités à la notion d'objectif mais aussi aux dispositifs de hiérarchisation mis en œuvre<sup>3</sup>). Les enjeux des priorités, leur nature et leur degré de précision nous donnent des éléments sur le positionnement de l'administration centrale par rapport aux échelons inférieurs.

Nous avons recensé l'ensemble des acteurs intervenant dans le processus tels que ceux-ci sont décrits formellement dans les textes. Ces acteurs correspondent à des institutions (Ministères, administrations publiques, organisations non gouvernementales, agences, caisses d'assurance maladies) ou à des commissions créées au sein de ces institutions sur certaines problématiques spécifiques. Les individus intervenant dans les commissions ou groupe de travail sont des experts de différentes disciplines et parfois des représentants de patients.

Nous avons dégagé les méthodes en termes de données utilisées pour hiérarchiser les alternatives (données épidémiologiques et études coût/efficacité dans tous les cas) et en termes de méthodes éventuellement mises en place pour consulter les experts et les citoyens. Nous n'avons pas pu récupérer d'information plus précise sur les méthodes à savoir sur les modalités de travail dans les commissions spécifiques (rôle respectif de chacun des participants, mode d'utilisation des données, utilité des rapports produits).

En ce qui concerne la temporalité, nous avons analysé des informations sur les échéances législatives et sur la périodicité des plans de santé nationaux. La temporalité ne nous apporte pas d'information supplémentaire sur les dispositifs, si ce n'est qu'elle suit le calendrier électoral et ralentit, voire parfois paralyse, la mise en œuvre des programmes, mise en œuvre qui requiert des délais dépassant largement le cycle électoral.

---

<sup>2</sup> Les définitions des concepts sont données dans la partie suivante

<sup>3</sup> Cf. pour une présentation du champ retenu pour le terme priorité dans la partie suivante.

Un type d'information nous a fait défaut à la fin de l'étape documentaire que fut l'information sur l'effectivité des dispositifs. En effet, la définition de priorités de santé est un processus qui a commencé au début des années 1990. La Suède et le Royaume-Uni parmi les premiers à s'engager dans cette démarche n'ont pas encore suffisamment de recul pour pouvoir apprécier les résultats de celle-ci. La Suède a pris du retard par rapport à son calendrier initial et est en train de décliner les priorités en objectifs-cibles (objectifs opérationnels) au travers de «Health target groups». Le Royaume-Uni quant à lui, s'est doté d'objectifs-cibles très précis, mais ceux-ci sont à horizon 2010 voire 2025. Les autres pays sont généralement en cours de définition ou en cours de mise en oeuvre.

## 2.2. DEUXIEME PHASE □ ENTRETIENS

---

La première étape de collecte et dépouillement nous a permis de constituer une première description sur la base des éléments formels dégagés dans la littérature. À partir de ce premier travail, nous avons sélectionné quatre pays à examiner de manière plus approfondie par le biais d'entretiens (Royaume-Uni, Suède, Finlande, Espagne). Deux critères de choix ont été retenus □ la précision des informations disponibles et les problématiques principales du pays.

L'étape 2, constituée par des entretiens, avait pour objectif de clarifier les notions d'objectifs, de priorités de santé, de programmes et d'actions, d'actualiser les connaissances, et de décrire les aspects informels du processus politique. Lors de l'étape des entretiens, nous avons rencontré des personnes impliquées dans les processus de définition des objectifs et des actions aux niveaux nationaux et régionaux ainsi que des chercheurs universitaires.

### Les critères de choix et les personnes rencontrées dans chaque pays (17 personnes interrogées)

- **Le Royaume-Uni** a atteint un **niveau de maturité du processus** de définition d'objectifs et de stratégies plus fort que dans les autres pays de l'étude. De plus, le schéma théorique du dispositif repose sur une responsabilisation et une autonomisation accrues des parties prenantes aux niveaux régionaux et locaux qui apportent des éléments de réflexion propres à nourrir la problématique française actuelle de décentralisation. Le système britannique est un système relativement complexe, assez éclaté et avec de multiples interlocuteurs (le système est fondé sur une forte centralisation de gestion mais sur un fort éclatement et une forte diversité des structures). Par conséquent, nous avons cherché à rencontrer le plus de personnes impliquées dans le dispositif. La réforme en cours du *National Health System* a rendu la prise de contact difficile.

Au Royaume-Uni, nous avons soumis notre grille d'entretien à 7 personnes impliquées à différents niveaux dans le dispositif □ deux infirmières générales coordinatrices de projets transversaux de prise en charge sanitaire et sociale s'inscrivant dans la priorité «Réduction des comportements d'addiction et à risque» □ le *Chief Nursing Officer* de l'Angleterre (représentante du corps infirmier au NHS national) ainsi que le *Chief Nursing Officer* de la région de Manchester. Nous avons rencontré un membre de la division «Stratégie et analyse des politiques» du département de la santé du ministère (DoH) ainsi que la coordinatrice du programme régional de formation des professionnels de santé. Enfin, nous avons interrogé un chercheur de l'université de Preston.

- **L'Espagne** fonctionne sur un **modèle fortement décentralisé** où les régions définissent leurs propres priorités de santé et leurs propres stratégies en développant leurs propres méthodes. L'intérêt d'analyser ce pays réside alors dans la compréhension des difficultés liées à une telle décentralisation et notamment au manque de cohésion et de sens communs dans les actions individuelles. De plus, l'Espagne est culturellement proche de la France et l'on retrouve des similitudes dans certains dispositifs et certaines réflexions. En Espagne, nous avons rencontré trois personnes □ le directeur du département planification et stratégie du Ministère de la santé national, la directrice adjointe du département stratégie et planification du ministère de la santé de la Navarre (région fortement autonome dans la mesure où celle-ci peut prélever ses propres

impôts pour financer les actions de santé). Enfin, nous avons rencontré un chercheur de l'université de Madrid travaillant sur ces questions.

- **La Suède** apparaît au regard de la littérature comme un des **pays référents** en matière de priorités des soins puisque le gouvernement a lancé les premiers travaux de réflexion sur le sujet dès le début des années 1990, travaux qui ont abouti en 1995 à la production d'un document *Priorities in health care □ ethics, economy, implementation*. Ce document recense l'ensemble des problématiques associées à la notion de priorités et discutées par la commission priorité en définissant les principes et les problèmes éthiques associés. De plus, ce pays s'est doté d'un centre pour les priorités, agence mandatée par le gouvernement central. Celle-ci travaille à la définition de recommandations et développe une activité de conseil aux autorités locales qui ont en Suède des compétences étendues en la matière. En Suède, nous avons rencontré la présidente du groupe de travail sur le classement des stratégies de santé au *National Board*, nous avons rencontré le directeur du centre pour les priorités (*PrioriteringsCentrum*), une consultante de ce centre, un médecin chef de projet sur la définition de recommandations de pratiques et enfin un représentant politique de la localité de Linköping.
- **La Finlande** travaille actuellement sur un projet national de santé qui a pour principal objectif de réduire les listes d'attente et d'améliorer l'accès aux soins. Un des axes importants de cette réforme est la réflexion sur des principes de priorisation et les **méthodes de hiérarchisation des interventions** de soins. La Finlande a aussi mis en place un programme de promotion de la santé qui touche l'ensemble des déterminants de la santé. Des groupes de travail ont été formés afin de travailler sur chaque axe prioritaire. Un autre aspect intéressant, selon les éléments trouvés dans la littérature, est le lancement de travaux sur un axe transversal □ le système d'information et d'évaluation, pour lequel la Finlande travaille à l'élaboration d'indicateurs de suivi, de contrôle et d'évaluation. Nous avons rencontré dans ce pays le Médecin coordinateur du groupe de travail sur les priorités de santé et un expert de l'Institut de santé publique de Helsinki.

Les entretiens ont été réalisés individuellement selon une **grille d'entretien**<sup>4</sup> de type semi-directif. La grille d'entretien a été construite sur la base du cadre conceptuel de l'étude présenté dans la partie suivante. Cette grille est constituée de trois parties □ la première concerne les objectifs de santé (leur nature et les enjeux associés, les parties prenantes et les modalités de définition), la seconde concerne les stratégies à mettre en œuvre et la troisième l'évaluation de ces dispositifs et les difficultés rencontrées. La grille d'entretien a été testée dans le canton de Genève auprès de deux personnes impliquées dans le dispositif de planification qualitative en santé (le concepteur de l'étude préliminaire définissant les priorités de santé dans le canton et le coordinateur des programmes de santé pour chacun des priorités).

Les entretiens ont duré 1h30 en moyenne et ont été réalisés par deux membres du Graphos. Ceux-ci ont été réalisés en langue anglaise et française.

Le traitement du matériau collecté donne lieu à une analyse par pays afin de compléter et préciser les monographies. Ainsi, nous avons pu mettre en cohérence les informations collectées dans la littérature. Nous avons pu obtenir des informations sur les processus en cours et leur degré d'aboutissement ainsi que des données sur les méthodes utilisées et les difficultés rencontrées.

Au terme de cette étape, les constats réalisés à la suite de l'étape documentaire ont été confirmés □ du besoin commun de définir des objectifs de santé prioritaire ont émergé des dispositifs très disparates. **Un constat** propre à cette deuxième étape a été réalisé □ les méthodes de définition des objectifs ne sont pas forcément litigieuses en elles-mêmes et font la preuve de leur validité (chacun des pays a réussi à obtenir un relatif consensus entre les parties prenantes sur les besoins prioritaires de santé). **Deux points de blocage** ont été retrouvés immanquablement et logiquement □

---

<sup>4</sup> Dans les entretiens semi-directifs, l'enquêteur oriente la personne interrogée vers certains sujets et il lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer. L'enquêteur aborde l'entretien semi-directif avec un guide qui dresse la liste des sujets que la personne interrogée doit aborder. Lorsque ce dernier n'évoque pas spontanément un thème figurant dans le guide, l'enquêteur l'invite à en parler.

le choix des acteurs en charge de mettre en œuvre les programmes associés à chaque objectif de santé et la définition des budgets à allouer.

### **2.3. TROISIEME PHASE: QUESTIONNAIRES ET VALIDATION FINALE**

La troisième étape constituée par un questionnaire avait pour objet de mettre à jour, de compléter et de préciser les informations détenues sur l'ensemble des pays de l'étude afin de pouvoir réaliser nos analyses. En effet, la littérature collectée en première étape est une littérature qui ne peut traduire les événements en préparation ni très récents en matière de politique de santé d'un pays dans la mesure où les procédures de publication sont relativement longue, même pour les articles de revues scientifiques. De plus, de nombreux pays étaient en cours de révision ou de première définition d'objectifs et de stratégies de santé et de nombreux programmes de santé ont été rendus accessibles sur les différents sites du ministère au premier semestre 2003.

Les questionnaires ont été réalisés sur la base de notre cadre d'analyse. Les questions posées concernaient d'une part les données factuelles des dispositifs et d'autre part le point de vue du répondant. Les questionnaires ont été testés dans le canton de Genève et auprès de deux experts français. Nous avons envoyé les questionnaires à l'ensemble des pays excepté l'Espagne, la Suède et la Finlande, pays pour lequel l'information récupérée par les entretiens étaient suffisante. Nous avons jugé nécessaire d'envoyer des questionnaires au Royaume-Uni car les entretiens ne nous avaient permis de toucher que les niveaux régionaux et locaux du dispositif.

Dans chacun des pays, nous avons envoyé les questionnaires à un membre du ministère de la santé central (national pour le Québec) et à un analyste. Dans les délais qui nous étaient impartis pour obtenir les réponses à nos questionnaires et malgré plusieurs tentatives, nous n'avons pu obtenir d'information concernant l'Irlande et la Grèce. Nous avons donc choisi de retirer ces deux pays de notre étude. La liste définitive des pays retenus dans notre étude est la suivante □

Allemagne	Espagne	Pays-Bas
Autriche	Etats-Unis d'Amérique	Portugal
Communauté Française de Belgique	Finlande	Royaume-Uni
Province du Québec du Canada	Italie	Suède
Danemark		Suisse (sauf monographies)

Une fois la première version globale de notre rapport terminé, nous avons envoyé celle-ci à quelques experts des différents pays afin de valider le fond et la forme. Nous avons intégré l'ensemble des remarques qui nous ont été faites pour établir la version définitive du rapport telle que présentée ici.

### **2.4. GUIDE DE LECTURE DES RESULTATS**

L'objet de notre recherche est de décrire les dispositifs de définition des objectifs et stratégies de santé pour en analyser les enjeux, les acteurs, les méthodes et l'effectivité. Sur la base des monographies présentant les dispositifs pour chacun des pays, nous avons réalisé des tableaux d'ensemble de manière à mettre en parallèle les pays. Les tableaux ont été construits selon la logique de notre cadre d'analyse.

Pour pouvoir contextualiser les phénomènes observés dans chacun des pays, nous avons tout d'abord construit deux tableaux □ le premier donne des ordres de grandeur démographiques et économiques en donnant pour chaque pays des informations sur la pyramide des âges, l'Etat de santé de la population et les dépenses de santé pour l'année 1999 et en évolution entre 1990 et 1999. Ces données ont été obtenues à partir du CD-Rom de l'OCDE 2002.

Pour chacun des éléments présentés, nous avons donné le montant ou le taux pour l'année 1999 et l'évolution du montant ou du taux entre 1990 et 1999, période sur laquelle, la quasi totalité des pays de notre étude s'est engagée dans une démarche de définition d'objectifs quantitatifs et/ou de priorités de santé. L'absence de certaines données dans les tableaux est dû à la non disponibilité de ces données dans le CD-Rom de l'OCDE. L'unité monétaire utilisée est le dollar américain pour tous les tableaux.

Le deuxième tableau décrit pour chacun des pays, la structure politique générale, la structure administrative de la santé et le système d'assurance maladie.

Structure politique générale	Structure administrative des politiques de santé	Système d'assurance maladie
------------------------------	--	-----------------------------

**TABLEAU 1: DESCRIPTION DU DEUXIEME TABLEAU SYNOPTIQUE**

La structure politique générale décrit le découpage administratif et la répartition des pouvoirs exécutifs et législatifs de chacun des pays. La structure administrative des politiques de santé présente les organes clefs intervenant dans la définition des politiques de santé. Dans la dernière colonne, nous spécifions le type d'assurance maladie selon son caractère obligatoire et ses modalités de financements. Dans cette dernière colonne, nous indiquons aussi la nature privée et publique de l'offre de soins.

Le troisième tableau reprend quatre composantes du processus de définition des actions de santé □ la définition de priorités, d'objectifs quantitatifs, d'activités et de financements. Lorsque des indicateurs d'évaluation et de suivi sont mis en place, ceci est spécifié dans l'une ou l'autre des composantes selon la finalité des indicateurs. Nous avons de plus indiqué les enjeux principaux auxquels les réformes tentent de répondre car la nature de ces enjeux influe de manière importante sur les processus et leur effectivité.

Enjeux	Priorités	Objectifs quantitatifs	Stratégies		Effectivité
			Activités	Financements	

**TABLEAU 2: DESCRIPTION DU TROISIEME TABLEAU SYNOPTIQUE**

Les colonnes «Priorités» et «Objectifs quantitatifs» décrivent leur nature et leur support et les catégories d'acteurs intervenant dans l'expertise, le choix, l'autorisation et la mise en œuvre. Lorsque pour un pays, les priorités de santé sont liées à la définition d'objectifs quantitatifs, nous avons regroupés les deux cellules correspondantes. Lorsque les deux processus sont distincts nous avons gardé la distinction.

La colonne «Stratégies» est divisée en «Activités» et en «Financements». Nous avons distingué ces deux sous-composantes de manière à pouvoir représenter le fait que dans certains pays, le financement est défini par des acteurs différents. Dans la colonne «Activités», nous présentons les acteurs qui interviennent dans la définition des activités à mettre en œuvre et la nature juridique des relations entre le décideur et les professionnels qui mettent en œuvre. La colonne «Financements» expose les financements associés lorsqu'il y en a et lorsque l'information nous a été donnée. Nous avons regroupé les cellules activités et financements lorsqu'il n'y pas d'information spécifique sur les financements attribués aux priorités et/objectifs quantitatifs.

Dans la colonne «Effectivité□, nous indiquons le degré d'avancement des processus ainsi que les points de vue des professionnels et analystes issus de la littérature des entretiens et des questionnaires. Les dispositifs étant à géométrie variable dans l'ensemble des pays, les composantes de nos cellules sont à contenu sensiblement différent. Nous avons cependant standardisé au maximum les informations de manière à pouvoir réaliser une analyse transversale aux pays combinant nos items du cadre d'analyse.

Un quatrième tableau décrit les méthodes utilisées. Pour chaque pays, nous distinguerons les méthodes de définition des priorités de santé, des objectifs quantitatifs, des activités, des attributions de financements et d'évaluation en fonction du degré d'effectivité du processus. Ce tableau ne comporte qu'une seule colonne.



## DEUXIEME PARTIE

### LES LOGIQUES EN ACTIONS

La première étape de cette étude nous a conduit à définir un certains nombres de termes utilisés dans le champ des objectifs de santé et à construire un modèle théorique de dispositif de définition des objectifs et stratégies de santé que nous présentons dans un premier chapitre.

Dans un deuxième chapitre, nous présentons les différents acteurs intervenant dans la définition des priorités et objectifs avec leur légitimité et leur rôle respectifs. Ceci nous permet d'analyser les évolutions dans le positionnement de l'Etat et dans ses rapports avec les parties prenantes au secteur de la santé. Par la description de deux types de décentralisation de la décision, nous dégagons une convergence générale des pays de notre étude vers ce que nous avons qualifié de **décentralisation coordonnée** qui consiste à combiner le global et le local, l'individuel et le collectif dans la répartition des pouvoirs.

Dans un troisième chapitre, nous présentons les différentes logiques de priorisation selon le contexte économique et politique, la nature des objectifs et leurs enjeux. L'identification des différentes logiques a été réalisée sur la base du mode de raisonnement global et en fonction des grandes caractéristiques du processus. Nous distinguons trois grandes logiques que sont la logique des *health targets* héritée de l'OMS, la logique des priorités du système de soins et la logique matricielle.

Dans un quatrième chapitre, nous nous intéressons aux méthodes utilisées pour définir les priorités. Nous ne réalisons pas dans ce chapitre un inventaire de l'ensemble des méthodes avec leurs principes scientifiques d'élaboration, nous renvoyons pour cela le lecteur à la quantité importante d'ouvrages et de rapports sur le sujet. Nous nous sommes intéressés ici à l'utilisation qui en est faite et aux critiques formulées à leur encontre.

Enfin dans un cinquième chapitre, nous dégagons des éléments de l'effectivité des dispositifs que nous mettons en lien avec les autres items de notre cadre d'analyse. Trois éléments majeurs freinent les dispositifs : le manque d'intégration de l'ensemble des problématiques dans un programme d'ensemble, le manque de définition claire des modalités de financement et le manque de stabilité politique qui s'étend aux programmes de santé. Ces trois éléments accentuent l'opacité et le manque de lisibilité des orientations nationales et réduisent la motivation des acteurs à s'impliquer dans une démarche qui leur semble parfois fictive.

## 1. CADRE THEORIQUE

Le cadre théorique de notre étude a pour objectif de nous donner une grille de lecture de la réalité observée sous l'angle de notre problématique. Chaque pays utilise des terminologies et chaque pays donne des significations à ces terminologies qui lui sont propres. Par conséquent, même si le but de notre étude n'est pas de réaliser une analyse comparée, afin de pouvoir tirer les principaux enseignements des dispositifs observés, il nous a fallu nous donner un cadre commun d'analyse.

Nous avons défini dans un premier temps les catégories d'acteurs participant potentiellement à la définition des objectifs et stratégies et décrit les niveaux théoriques de décentralisation de la décision. Dans un second temps, nous avons construit une représentation théorique du processus de définition des objectifs de santé en découpant celui-ci en 5 composantes principales □ **l'état de santé** de la population, les **objectifs de santé publique**, les **objectifs quantitatifs**, les **activités** mises en œuvre et les **financements** attribués.

### 1.1. ACTEURS ET POUVOIR DE DECISION

La description des acteurs participant à la définition des objectifs et stratégies contient deux dimensions. La première est relative à la nature des acteurs présentée dans une première section et la seconde est relative à leurs interventions respectives dans les différentes étapes de la décision présentées dans une deuxième section.

#### 1.1.1. CATEGORIES D'ACTEURS ASSOCIES A LA DECISION

Les administrations, au regard du processus de décision, ont un rôle crucial en matière de politiques de santé. En effet, une politique s'initie la plupart du temps par un texte de loi ou un règlement, une dotation financière, le choix d'instruments *ad hoc*, la sélection de procédures et de méthodes. Celles-ci contribuent à la substance des décisions en sollicitant les experts et expertises, en mettant en forme les projets conçus ou acceptés par le pouvoir politique et en mettant en œuvre certaines décisions. Les professionnels quant à eux sont les exécutants des choix et par le jeu des zones d'incertitude, quel que soit le niveau de contrôle, influent sur ceux-ci par sa traduction pratique.

Ainsi, nous distinguons pour notre sujet 8 catégories d'acteurs □

- **Parlements** nationaux et régionaux. Le terme Parlement désigne la branche législative pour l'ensemble des pays. Dans certains dispositifs étudiés, les réformes engagées sur la base de dispositifs de définition d'objectifs et de stratégies de santé font l'objet de nouvelles lois qui doivent alors être votées par les Parlements. De même, certains budgets sont soumis au vote de l'organe législatif.
- **Gouvernements** nationaux, régionaux et locaux. Le terme gouvernement désigne l'élément administratif, la branche exécutive de chaque pays et comprend les ministères qui participent à l'élaboration, à l'exécution et/ou à l'administration des politiques officielles.
- **Assurances maladie** publiques professionnelles ou interprofessionnelles. Le terme assurance maladie désigne les organisations qui pratiquent l'assurance-maladie obligatoire. Elles ne réalisent pas de profit. Les assurances maladies interviennent dans les procédures visant à déterminer l'ensemble des prestations prises en charge et les tarifs de celles-ci. Par conséquent, elles interviennent dans les dispositifs de définition des priorités de soins. Les assurances maladies sont gérées par des caisses nationales, régionales et/ou locales.

- **Agences publiques** □ ce terme désigne l'ensemble des organismes publics différenciés et spécialisés. Les agences publiques sont de trois ordres □ les organismes qui exercent une fonction de tutelle, les organismes qui exercent des fonctions opérationnelles et les organismes qui exercent des fonctions d'expertise.
- **Experts** □ ce terme désigne les personnes choisies pour leurs connaissances techniques et chargées de faire des examens, des constatations, des évaluations à propos d'un fait, d'un sujet précis. Les experts traitent un ensemble de données qu'ils mettent en forme afin d'aider à la décision politique.
- **Professionnels et institutions de soins** □ les professionnels et les institutions de soins désignent les offreurs de soins. Ceux-ci mettent en œuvre les actions choisies et influent sur ces choix par les marges de manœuvre dont ils disposent.
- **Citoyens** □ ce terme désigne l'ensemble des membres d'une communauté politique organisée<sup>5</sup>. Le citoyen participe à la vie politique dans le régime démocratique. Les citoyens participent à la décision lorsqu'ils sont consultés dans le cadre de procédures formelles.
- **Usagers** □ ce terme désigne l'ensemble des personnes qui utilisent les services offerts par le système de santé. Parfois les usagers sont consultés par le biais de représentants d'association d'usagers ou par enquête directe dans les institutions de soins.

En ce qui concerne la terminologie adoptée □ les termes *global* et *national* sont utilisés pour désigner le niveau central. Le terme *régional* est appliqué à l'échelon intermédiaire pour l'ensemble des pays. Le terme *local* est utilisé pour désigner le troisième échelon administratif.

Nous distinguons comme mécanismes de coordination, les mécanismes issus d'une logique de marché, tels que la contractualisation entre des parties indépendantes sur la base d'objectifs et de moyens à horizons spatial et temporel définis et les mécanismes issus d'une logique d'organisation tels que la subordination hiérarchique par le biais de la réglementation. Cette distinction renvoie alors inévitablement à aborder les notions d'**autonomie** et de **responsabilisation**. En effet, la contractualisation accorde, sous certaines hypothèses de concurrence pure et parfaite, une plus forte autonomie aux acteurs car elle positionne les parties prenantes « □ égal à égal □ avec pour l'un, la possibilité de définir ses propositions en fonction de ses propres convictions, et pour l'autre, la possibilité de faire jouer la concurrence. La contractualisation par là-même responsabilise les acteurs puisqu'ils doivent assumer directement le non respect des clauses du contrat. Cependant, nous verrons que la relation entre contractualisation et autonomie/responsabilisation est loin d'être systématique car sous le vocable « □ contractualisation □ », l'on trouve divers types de relations contractuelles avec divers types d'engagements réciproques, diverses modalités de sanction et divers degré d'autonomie quant au contenu du contrat.

### 1.1.2. INTERVENTIONS DES ACTEURS DANS LA DECISION

Le pouvoir n'est pas seulement une capacité de contraindre, c'est aussi une capacité à faire, à créer, à œuvrer. Le pouvoir est un attribut proprement collectif et renvoie à la capacité d'agir en commun. Il ne peut donc exister qu'à partir du moment où les hommes agissent ensemble. Le pouvoir de décision se réfère, par conséquent, à la capacité de prendre les décisions pour l'action collective. En d'autres termes, le pouvoir se compose non seulement de la capacité de contraindre directement un individu à mettre en œuvre une activité souhaitée, mais aussi de la capacité d'infléchir indirectement les choix de mise en œuvre. Le pouvoir de décision comprend alors plusieurs zones d'expression. Nous nous appuyons sur le modèle de Paterson<sup>6</sup> pour dégager 4 composantes du processus de décision permettant de distinguer les différentes zones de pouvoir dans la décision. Tout d'abord, le choix réalisé repose sur un ensemble d'informations traitées et analysées par des experts. Cette première étape correspond à ce que nous appelons **l'expertise**. Sur la base de cette

<sup>5</sup> Rey A. (sous la direction de), *dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1993.

<sup>6</sup> Paterson T.T., *Management Theory*, Business Publications Ltd, 1969, cité in Mintzberg H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Les Editions d'organisation, 434p.

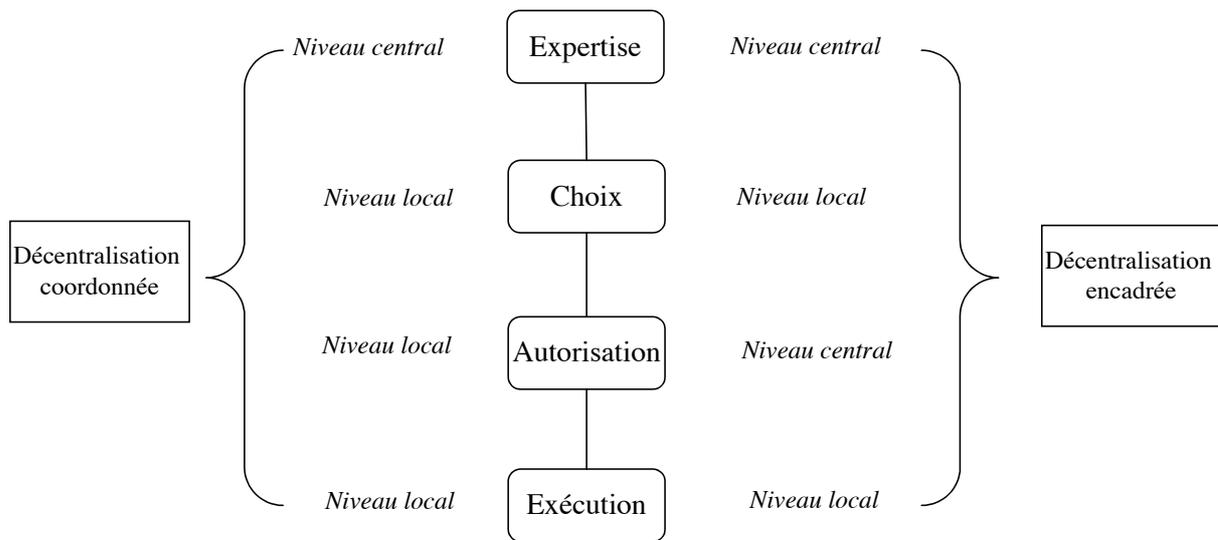
expertise, le décideur opère un **choix** ce qui constitue notre deuxième composante. Ce choix, avant d'être mis à exécution doit parfois faire l'objet d'une approbation par un tiers extérieur (vote par le Parlement, approbation du comité interministériel, contrôle du gouvernement central sur les régions décentralisées...). **L'autorisation et l'exécution** constituent les troisième et quatrième composantes de la décision.

Le pouvoir d'un individu est par conséquent déterminé par l'influence qu'il a sur ces quatre étapes. Son pouvoir est à son maximum lorsque l'individu contrôle toutes les étapes □ il recueille ses propres informations, les analyse lui-même, choisit, n'a pas besoin d'autorisation, puis exécute lui-même sa propre décision. Le processus de décision est alors totalement centralisé. Mais à mesure que d'autres personnes interviennent dans ces étapes, cet individu perd du pouvoir, et le processus de décision devient dispersé. Cette dispersion est qualifiée de **décentralisation verticale** lorsqu'elle est descendante. Cette dispersion est qualifiée de **décentralisation horizontale** lorsqu'elle se produit hors de la ligne hiérarchique en place.

Le contrôle sur l'information initiale permet à une autre personne de sélectionner les facteurs dont on tiendra compte et ceux dont on ne tiendra pas compte dans le processus de décision. Lorsque le filtrage de l'information est très important, le contrôle sur l'information initiale est pratiquement équivalent au contrôle sur le choix lui-même. Le **pouvoir de traiter l'information et de conseiller** est très important puisqu'il dirige le décideur dans une direction bien précise sur la base de méthodes scientifiques conventionnelles. Le **contrôle sur ce qui se passe après le choix** peut aussi constituer une source de pouvoir. Le pouvoir d'autoriser une décision, c'est bien sûr le pouvoir d'y opposer son veto ou même de la changer. L'exécution d'un choix donne de plus le pouvoir de l'influencer ou même de le modifier par le biais des multiples décisions tactiques nécessaires à sa réalisation.

Sur la base de ce modèle nous dégageons 4 formes de répartition des pouvoirs de décision en matière de définition des objectifs et stratégies de santé □ la centralisation, la décentralisation encadrée, la décentralisation coordonnée et la décentralisation générale. La centralisation correspond à la forme où toutes les étapes de la décision sont centralisées. La forme décentralisée correspond à la situation strictement inverse. Les deux formes intermédiaires sont représentées dans la figure ci-dessous.

La décentralisation encadrée correspond à un processus de décision où le niveau central conserve l'expertise et contraint les choix et les exécutions par les autorisations qu'il accorde ou non. La décentralisation coordonnée correspond quant à elle à un dispositif où le niveau central ne conserve que l'étape de l'expertise.



**FIGURE 1: FORMES INTERMEDIARES DE DECENTRALISATION SELON LE NIVEAU DE REALISATION DE CHAQUE ETAPE DU PROCESSUS DE DECISION**

La notion de **décentralisation** de la décision est abordée dans ce document au travers de cette grille de lecture. Comme souligné plus haut, nous considérons qu'un Etat est fortement centralisé si toutes les étapes du processus sont réalisées par l'administration centrale. Un Etat fortement décentralisé correspond à un Etat où toutes les étapes sont réalisées par des organismes autres que l'Etat central disposant d'un certain degré d'autonomie. Une des difficultés majeures dans l'appréciation du niveau de décentralisation réside justement dans l'appréciation de ce degré d'autonomie. En effet, de nombreux organismes participant au processus de décision sont considérés comme indépendants, car ils ont l'indépendance juridique. Or, cette indépendance juridique est toujours fortement entachée de la dépendance financière de ces organismes soumis plus au moins directement et plus ou moins fortement aux décisions d'allocation budgétaire de l'Etat.

Les étapes du processus peuvent être définies de manière centralisée par le gouvernement qui en laisse alors la seule exécution aux professionnels. *A contrario*, on peut envisager un système où les objectifs de santé sont définis par le gouvernement et où les stratégies à mettre en œuvre sont négociées avec les acteurs de la sphère privée de manière à formuler des objectifs quantitatifs et qualitatifs. Nous verrons dans le chapitre suivant que, malgré des divergences dans les logiques de priorisation, l'on constate une convergence dans les logiques de décentralisation où l'Etat central se saisit peu à peu des fonctions d'expertise (directement ou plus généralement par la création d'agences spécifiques) □ d'autorisation (émanant du Ministère de la santé et de plus en plus du Parlement) □ et d'évaluation/contrôle (mise à disposition des critères d'évaluation et utilisation de leviers d'action financiers pour infléchir les choix et exécution) □ et laisse aux acteurs le choix et l'exécution.

## **1.2. COMPOSANTES DU DISPOSITIF DE DEFINITION DES OBJECTIFS ET STRATEGIES DE SANTE**

Il existe trois types de décisions à prendre pour aboutir à la mise en œuvre des stratégies de santé □ décisions relatives à la définition des objectifs de santé, décisions relatives à la définition des

activités à mettre en œuvre et décisions relatives à la définition des ressources à allouer pour ces activités. Dans la mesure où l'on ne peut tout traiter en même temps, pour des questions de ressources et pour des questions de coordination, chacune de ces décisions implique un choix parmi plusieurs propositions. Ce choix suppose la hiérarchisation des propositions selon des critères plus ou moins conscients et plus ou moins explicites : choix parmi des objectifs, choix parmi des activités à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs et choix parmi les bénéficiaires potentiels du financement. Par conséquent, dans les dispositifs observés le concept de « priorité » est évoqué pour qualifier divers niveaux de choix.

Que les choix soient explicites ou non, conscients ou non, ils correspondent, dans l'ensemble des propositions alternatives, à une priorité dans le temps et dans l'espace : objectifs prioritaires de santé, activités prioritaires et allocations prioritaires. C'est pour expliciter ces choix inéluctables que des premiers travaux autour des priorités de santé ont été amorcés et notamment sur la base des réflexions menées par V.R. Fuchs sur la question de « *Qui doit vivre ?* ». En effet, appliqués au champ de la santé, ces choix consistent à définir les objectifs prioritaires de santé et donc plus ou moins directement à favoriser certains besoins de santé et certaines catégories de personnes. Ces choix reviennent aussi à favoriser certaines catégories de population par les modalités de financement envisagées et l'accessibilité des activités qui en découle.

Cette section présente dans un premier temps un ensemble de définitions associées au processus de décision en matière d'objectifs et de stratégies. Dans un deuxième temps, nous décrivons le modèle proposé par l'OMS de définition d'objectifs de santé. La troisième sous-section expose le modèle théorique retenu à partir duquel nous avons travaillé sur chacun des pays.

### 1.2.1. DEFINITIONS

Au regard de la littérature et des dispositifs des pays européens, nous définissons ici six concepts associés au processus de définition des stratégies de santé : les notions de **principes et valeurs** sociales, **priorités**, **objectifs cibles**, **stratégies**, **financement et évaluation**.

Les termes **principes** et **valeurs** (*principles and values*) font référence aux fondements principaux de l'action sociale que le gouvernement doit préserver et promouvoir et qui varie sensiblement d'un pays à l'autre en fonction de l'histoire et des cultures. Ces principes et valeurs définissent le cadre des priorités de santé (exemple : égalité et dignité humaine, liberté de choix, solidarité avec les plus démunis).

Une **priorité** se définit par « *qualité de ce qui vient, passe en premier, dans le temps. Fait de considérer (qqch.) comme plus important, plus urgent que les autres choses du même genre. La priorité des priorités : ce qui est absolument prioritaire* ». Comme nous l'avons souligné plus haut, une priorité dans le champ de la santé peut être de plusieurs natures : pathologie prioritaire, population prioritaire, comportement à risque prioritaire, intervention prioritaire, offre de soins prioritaire. Nous distinguons dans ce document deux types de priorités : les priorités de santé et les priorités du système de soins. Les premières ont un objet beaucoup plus large qui est la santé entendue au sens de l'OMS comme un état complet de bien-être physique et mental. Les stratégies qui en découlent touchent potentiellement tous les secteurs de la vie économique et sociale, des comportements individuels aux comportements collectifs. Les priorités du système de soins ont un objet plus restreint : le système de soins. Les stratégies associées sont des stratégies liées à l'offre de soins et donc aux systèmes médicaux curatifs et préventifs.

Parallèlement à la notion de priorités de santé, nous avons recensé dans la littérature des éléments propres à la définition **d'objectifs-cibles**. Un objectif est « *le point contre lequel est dirigé une opération stratégique ou tactique* ». Dans la littérature, le terme *objectif* recouvre les notions de

<sup>7</sup> Fuchs V.R., *Who shall live ? Health, Economics and social choice*, World Scientific Publishing Co., Inc, Expanded edition, 1998, 304p.

<sup>8</sup> Rey A., *Le grand Robert de la langue française*, deuxième édition du dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française de Paul Robert, VUEF, 2001, Orge-Roma, page 1209-1210.

<sup>9</sup> Le petit Robert, 2000.

*health targets, objectifs cibles, orientations ou visées*. En clair, le terme objectif recouvre tous les éléments qui donnent une direction et un sens communs aux interventions dans le champ de la santé et qui sont définis pour un territoire (national, régional ou local) et pour un certain temps. Les *objectifs cibles*, ou *objectifs quantitatifs*, ou *health targets*, correspondent à des objectifs «*spécifiques, quantifiables et mesurables, conçus pour améliorer la santé des individus et des familles, des communautés, des populations régionales et nationales*<sup>10</sup>». Ils proviennent d'un équilibre entre des considérations épidémiologiques, éthiques et politiques. Le modèle de l'OMS présenté dans la section suivante distingue les objectifs cibles quantitatifs et les objectifs cibles qualitatifs. Il s'avère que dans les faits, les objectifs cibles sont des objectifs quantitatifs et c'est pourquoi nous utilisons dans ce rapport la terminologie *objectif quantitatif*.

Les **stratégies** de mise en œuvre sont abordées dans certains programmes nationaux de santé ou par le biais de *guidelines*. Une stratégie est «*un ensemble d'objectifs opérationnels choisis pour mettre en œuvre une politique préalablement définie*<sup>11</sup>». En clair, une stratégie correspond à tout ce qui est mis en œuvre dans le champ de la santé afin d'atteindre les objectifs cibles. Le terme *stratégie* recouvre, quant à lui, les notions de *programmes, interventions, actions, activités ou plans*. Tout ce qui est mis en œuvre pour atteindre les objectifs se décrit en deux axes: les activités mises en œuvre et les ressources allouées.

**L'évaluation** quant à elle se situe à tous les niveaux. Évaluation des besoins de santé, évaluation de l'efficacité et de l'efficacité économique de l'ensemble des interventions possibles, évaluation des stratégies mises en place, évaluation des politiques de santé... Dans ce document, nous avons abordé la question de l'évaluation sous deux angles □ le premier est relatif aux méthodes d'évaluation des besoins de santé et des interventions afin de hiérarchiser ceux-ci et d'en dégager les priorités de santé et de stratégies, que celles-ci soient explicitement qualifiées de priorités ou non. Le second aspect est relatif à l'effectivité des dispositifs mesurée par l'impact de la définition des objectifs et stratégies sur l'activité des acteurs concernés.

### 1.2.2. L'EMPREINTE DE L'OMS

Les membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont défini la santé comme "*un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*". La Constitution de l'OMS proclame que «*la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats*».

C'était là la vision commune des Etats Membres aux lendemains de la deuxième guerre mondiale. Les activités de l'OMS dans le monde entier ont démontré la nécessité croissante de traduire cette vision en un cadre conceptuel, une stratégie et des principes opérationnels.

Le cadre conceptuel de la santé pour tous a été défini en 1977 quand la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a décidé, dans la résolution WHA30.43, que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de «*faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive*».

Dans ce cadre, la Déclaration d'Alma-Ata, adoptée en 1978 à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, organisée conjointement par l'OMS et l'UNICEF, stipulait que les soins de santé primaires (SSP) sont le moyen qui permettra d'atteindre la "santé pour tous" dans le cadre d'un développement global.

À l'issue des réflexions menées lors de la conférence internationale, l'OMS émet quatre recommandations majeures □

- Définir les soins de santé primaires comme «*des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables,*

<sup>10</sup> Marinker M., *Targets in Europe, polity, progress and promise*, BMJ Book, 2002, 240p.

<sup>11</sup> Le petit Robert, 2000.

*rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer.*

- Les soins de santé primaires doivent comprendre au moins les éléments suivants : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ; la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ; un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ; la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale ; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ; la prévention des endémies locales et la lutte contre ces endémies ; le traitement des maladies et lésions courantes ; et la fourniture de médicaments essentiels.
- Chaque pays doit interpréter et adapter les principes de définition d'une politique de santé dans son propre contexte social, politique et de développement. Tous les pays doivent mettre sur pied des systèmes nationaux complets de soins de santé.
- La planification et la mise en œuvre des stratégies de la santé pour tous aux niveaux national, régional et mondial est un processus à long terme qui doit s'étendre peu à peu, tant géographiquement que quant au contenu, jusqu'à couvrir l'ensemble de la population et tous les éléments essentiels.

En janvier 1979, le Conseil exécutif de l'OMS a fait sien, dans sa résolution EB63.R21, le rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, y compris la Déclaration d'Alma-Ata, et recommandé à la trente-deuxième Assemblée mondiale de la Santé d'inviter les Etats Membres à envisager la possibilité d'utiliser immédiatement le document intitulé *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, individuellement comme base pour l'établissement des politiques, stratégies et plans d'action nationaux, et collectivement comme base pour l'établissement des stratégies régionales et mondiales.

Toutefois, l'interprétation conceptuelle et pratique de la *Santé pour Tous* a varié d'un pays à l'autre et à l'intérieur même des pays en fonction des caractéristiques sociales et économiques, de l'état de santé et du tableau de morbidité, ainsi que du niveau de développement des systèmes de santé. Par la suite, on a pu s'attendre à d'importantes différences concernant l'interprétation de la notion de niveau de santé acceptable.

En outre, les experts de l'OMS ont tout spécialement noté qu'un niveau acceptable de santé pour tous ne saurait être atteint uniquement par le secteur de la santé, mais qu'une volonté politique nationale, un engagement et des efforts coordonnés de tous les secteurs sociaux sont indispensables.

Ainsi, l'appel en faveur de la santé pour tous était, et demeure fondamentalement, un appel en faveur de la justice sociale. La santé pour tous est une réponse sociétale qui reconnaît l'unité dans la diversité et la nécessité de la solidarité sociale. Il s'agit d'un processus stratégique qui aboutit à une amélioration progressive de la santé des populations et ne constitue pas un objectif fini. La santé pour tous d'ici l'an 2000 n'est que le début de ce processus.

*La santé Pour Tous au XXI<sup>e</sup> siècle*, qui a été examinée par le Conseil exécutif de l'OMS à sa session de janvier 1998 et par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1998, poursuit le processus de la santé pour tous. Cet examen s'inspire des réalisations passées, oriente l'action et la politique pour la santé à tous les niveaux (international, régional, national et local) et définit les priorités et les cibles mondiales pour les deux premières décennies du XXI<sup>e</sup> siècle. Enfin, et surtout, il tient compte des profondes transformations mondiales de ces 20 dernières années.

Un ensemble de priorités globales sont définies ainsi que 21 objectifs-cibles pour les deux prochaines décennies. Le document<sup>12</sup> définit les objectifs et les stratégies tels que présentés dans le tableau suivant.

<sup>12</sup> WHO Europe, « Health 21-Health for all in the 21<sup>st</sup> century », *European Health for All Series*, n°6, 1999, 224p.

Un objectif ultime	Atteindre le potentiel maximal de santé pour tous
Deux Objectifs principaux pour guider les actions vers l'objectif ultime	Promouvoir et protéger la santé de la population tout au long de la vie Réduire l'incidence des maladies et lésions et réduire la douleur
Quatre stratégies principales pour guider l'action	S'attaquer à tous les déterminants de la santé en prenant en compte les aspects physiques, économiques, sociaux, culturels et évaluer l'impact des politiques sur la santé de la population Développer des programmes fondés sur des analyses coût/efficacité et promouvoir l'investissement Développer une prise en charge intégrée de la famille des soins primaires au système hospitalier. Mettre en place un processus de développement de la santé qui implique les parties prenantes au système à tous les niveaux afin de promouvoir la concertation pour la prise de décision, la mise en œuvre et le contrôle.
La définition de 21 objectifs-cibles	21 objectifs-cibles ont été définis pour la région Europe. Ceux-ci constituent le cadre de développement des politiques de santé dans la région. Ils ne correspondent pas à une liste prescriptive, mais constituent les principes de la politique européenne. Ils se regroupent en six catégories <sup>13</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux objectifs-cibles concernent l'équité en santé,</li> <li>• Trois concernent une meilleure santé pour les habitants de la zone européenne,</li> <li>• Quatre concernent la prévention et la réduction des maladies et des handicaps,</li> <li>• Cinq concernent des stratégies inter-secteurs visant à atteindre un meilleur niveau de santé,</li> <li>• Quatre correspondent à des résultats du système de santé,</li> <li>• Trois concernent les politiques de santé et la gestion du changement</li> </ul>

Les méthodes proposées par l'OMS ont constitué le schéma directeur des pays ayant entrepris de définir des objectifs centraux de leur politique de santé. Quatre recommandations importantes de l'OMS ont fait écho dans les pays étudiés tout d'abord une nécessaire réduction des inégalités sociales, le besoin de travailler sur l'ensemble des déterminants de la santé, la définition de cibles prioritaires dans le temps et dans l'espace et la nécessité de s'interroger sur les modalités d'organisation des activités.

### 1.2.3. PROCESSUS THEORIQUE DE DEFINITION DES OBJECTIFS ET STRATEGIES DE SANTE

La définition d'objectifs de santé s'inscrit dans un processus dont le but est d'orienter les interventions de santé vers les besoins de la population en matière de santé physique et mentale. Ce processus touche à plusieurs types de décisions importantes car les objectifs de santé doivent être déclinés en activités pour lesquelles sont alloués des financements. Définir des objectifs pour une politique de santé publique, c'est sur la base des principes et valeurs de la nation amorcer un processus théorique en 5 étapes

(1) Évaluation de l'état de santé de la population et de l'impact respectif de l'ensemble des déterminants de la santé

(2) Définition des objectifs de santé publique prioritaires à partir de l'évaluation de l'impact de déterminants de la santé, des facteurs de risque et des gains potentiels Les objectifs peuvent être formulés en termes de pathologies, de catégorie de population, de comportement individuel et/ou de comportement collectif.

(3) Définition d'objectifs quantitatifs à horizon temporel fini Les objectifs quantitatifs peuvent concerner le système de soins dans ces aspects curatifs et préventifs, la modification des

<sup>13</sup> Marinker M., *Health targets in Europe, polity, progress and promise*, BMJ Books, 2002, 240p.

comportements individuels à risque, l'information, la formation et l'éducation, le réseau de soutien social et mental, la qualité de l'environnement atmosphérique et sonore, les conditions de travail...

(4) Définition des activités à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs;

(5) Définition des ressources nécessaires à ces activités et allocation des ressources .

Le schéma suivant reprend l'ensemble de ces étapes.

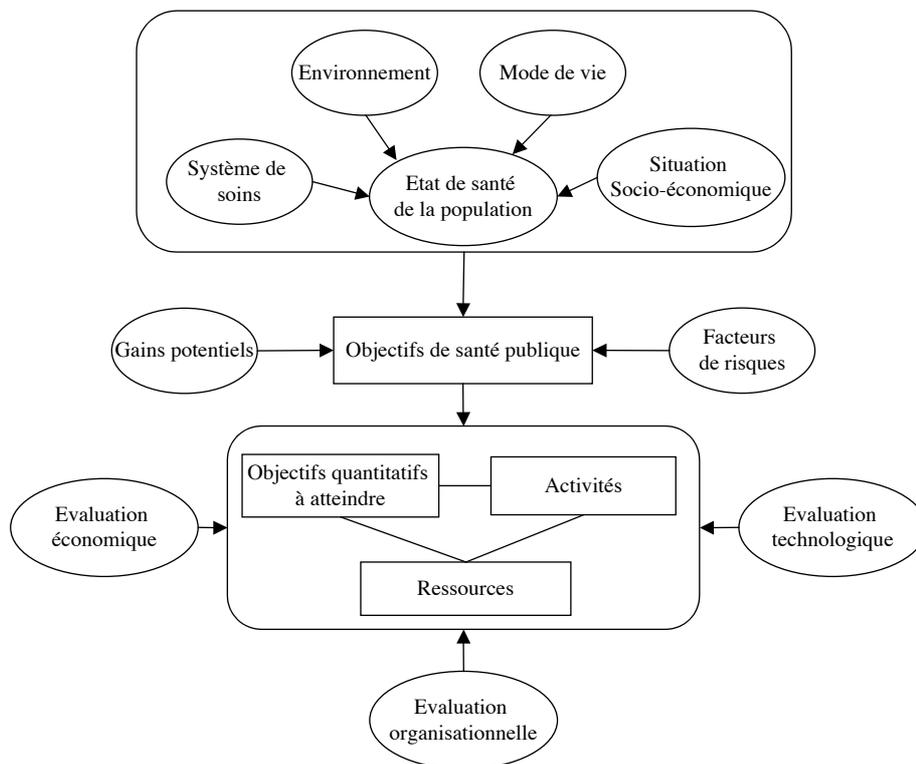


FIGURE 2 □ LES COMPOSANTES DU PROCESSUS DE DEFINITION DES OBJECTIFS ET STRATEGIES DE SANTE

La définition des objectifs quantitatifs, des activités et des ressources est un processus itératif de décisions. Les objectifs quantitatifs sont définis sur la base de la faisabilité et requièrent la définition de l'ensemble des activités possibles et leur efficacité. Le choix des activités quant à lui dépend aussi des ressources en présence et notamment de l'existant. Ainsi, chacun des éléments contraint les autres et oblige à des ajustements réciproques. Ces étapes sont réalisées sur la base d'évaluation économique, technologique et organisationnelle des interventions possibles. Le choix de l'allocation des ressources résulte d'un processus de négociation entre les différentes catégories de professionnels concernés.

Par conséquent, le processus de définition des objectifs de santé publique peut prendre différentes modalités en fonction des enjeux et problématiques du pays, la nature des acteurs qui interviennent et le degré d'implications de ceux-ci à des étapes différentes du processus. Nous verrons dans les chapitres suivants que ce processus théorique peut prendre diverses formes selon les enjeux prédominants.

Ainsi, les processus divergent sur la **nature** des objectifs retenus. En effet, ceux-ci peuvent faire référence aux besoins de santé de la population et dans ce cas, on identifie des objectifs orientés

*pathologies* ou bien *sous-groupe de population*. Ils peuvent faire référence aux facteurs de réponse aux besoins de santé de la population et dans ce cas on identifie des objectifs orientés vers des *comportements individuels*, ou vers des *comportements collectifs*. Les objectifs de santé peuvent être orientés vers la résolution de certaines problématiques du système de soins et dans ce cas nous parlons d'objectifs de soins ou d'objectifs du système de soins. Selon l'orientation initiale, les stratégies qui en découlent sont différentes et toutes les combinaisons sont possibles en termes de prise de décision aux différents échelons administratifs.

**L'effectivité** se mesure alors par le degré d'aboutissement du processus de définition des actions de santé d'une part, et par la **mise en œuvre** réelle des stratégies choisies. Ainsi, les dispositifs à partir desquels les pays qui, dans le cadre de la définition de priorités de santé publique et/ou d'objectifs quantitatifs, mettent en œuvre des stratégies de santé financées sont qualifiés d'effectif. En revanche, pour les pays qui sont encore dans la phase d'élaboration des priorités de santé ou des objectifs quantitatifs et/ou qui ne parviennent pas à les décliner en actions, nous qualifions les dispositifs d'ineffectif.

C'est à partir de ce schéma théorique que nous avons analysé les logiques à l'œuvre dans les processus de définition des objectifs et stratégies de santé des pays étudiés.

## 2. LA DECISION ENTRE LE GLOBAL ET LE LOCAL OU LA RECHERCHE D'UNE DECENTRALISATION OPTIMALE

Les démarches de définition d'objectifs prioritaires dans les pays observés s'accompagnent d'une redéfinition des pouvoirs de décision des différentes catégories d'acteurs aux différents échelons administratifs. On observe dans cette redéfinition deux tendances majeures □ la première concerne les catégories d'acteurs participant à la décision. L'organe administratif conserve les activités d'autorisation et de contrôle et délègue aux agences les activités de recherche et d'expertise. Concernant les niveaux de décentralisation, l'on observe une tendance à la centralisation des objectifs prioritaires, ceux-ci sont définis pour l'ensemble du territoire pour des besoins de cohésion nationale, des études et traitement de données pour réaliser des économies d'échelle et des mécanismes de contrôle.

Dans cette section, nous présentons dans un premier temps les systèmes politiques et administratifs des pays étudiés dans un tableau d'ensemble. Puis nous présentons les catégories d'acteurs intervenant dans la décision et les logiques de décentralisation à l'œuvre.

**TABLEAU 3: CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF DES POLITIQUES DE SANTE**

	Structure politique générale	Structure administrative des politiques de santé	Système d'assurance maladie
<b>A L L E M A G N E</b>	<p>Etat fédéral, 16 régions République démocratique bicamérale <i>Législatif fédéral</i> Deux chambres du Parlement Bundestag et Bundesrat. Membres du Bundestag élus tous les 4 ans. Le Bundestag élit le chancelier. Le Bundestag dirige le gouvernement <i>Exécutif fédéral</i> ministres fédéraux. Président de la république élu tous les 5 ans par une assemblée 16 Länders <i>Législatif régional</i> chaque Länder a sa propre constitution et possède son Parlement monocaméral. La répartition du pouvoir législatif entre le niveau fédéral et le niveau des Etats suit le principe de subsidiarité (les Etats ne peuvent légiférer que lorsqu'il n'y a pas de législation au niveau fédéral). <i>Exécutif régional</i> gouvernements des Etats</p>	<p><i>Parlement fédéral</i>: législation sur la sécurité sociale <i>Ministère fédéral de la santé</i> définit les règles de fonctionnement du système de santé, donne les autorisations pour les produits pharmaceutiques et médicaux. <i>Gouvernements des Etats</i>: formulation et mise en oeuvre des politiques de santé <i>Corporations non gouvernementales</i> définition des schémas réglementaires de couverture sociale.</p>	<p>Système d'assurance maladie publique non obligatoire au-delà d'un certain revenu. Financement cotisations salariales 93% de la population couverte par les caisses maladie publiques rattachées au système d'assurance maladie national (environ 350 caisses).</p>
<b>A U T R I C H E</b>	<p>Etat fédéral, 9 régions Président de la république élu tous les 6 ans. République démocratique bicamérale <i>Législatif fédéral</i> deux chambres du Parlement. Membres de la chambre basse élus tous les 4 ans. La chambre basse a la prééminence sur la chambre haute <i>Exécutif fédéral</i>: gouvernement central et ses ministres <i>Législatif régional</i> Parlements régionaux <i>Exécutif régional</i> gouverneurs d'Etats (administration fédérale indirecte) ou agence fédérale spécifique (administration fédérale directe)</p>	<p><i>Parlement fédéral</i> législations sur politiques sanitaires et sociales <i>Ministère fédéral pour la sécurité sociale et la prévention</i> définit les politiques de santé, planifie et contrôle l'activité. <i>Parlement régionaux</i> textes relatifs aux soins hospitaliers <i>Gouvernements des Etats</i> régulation du secteur hospitalier <i>Fédération d'assurance sociale</i> coordonne les 28 caisses qui gèrent l'offre de soins dans les 9 Länders. Elle émet des recommandations, négocie des contrats avec les offreurs de soins et négocie les remboursements.</p>	<p>Système d'assurance maladie publique non obligatoire. Financement taxe de 7% imposée à tous les autrichiens versée à la caisse d'assurance sociale. 99% de la population est couverte pas le système national. Compagnies d'assurance privée Environ 20% de la population a une couverture maladie complémentaire privée.</p>
<b>B E L G I Q U E</b>	<p>Etat fédéral, trois régions : flamande, wallonne et Bruxelles-Capitale trois communautés : flamande, française et germanophone Monarchie parlementaire bicamérale <i>Législatif fédéral</i> Elections tous les quatre ans des membres du Parlement <i>Exécutif fédéral</i> formateur (Premier Ministre) nommé par le roi qui nomme le gouvernement <i>Niveau régional</i>: chaque région a son gouvernement et son conseil <i>Niveau communautaire</i>: chaque communauté a son gouvernement et son conseil <i>Fusion entre communauté et région en Flandres uniquement.</i></p>	<p><i>Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique, et de l'Environnement</i> : politique de santé, règles de programmation et d'accréditation des hôpitaux <i>Communautés</i> : éducation et promotion de la santé, médecine préventive, mise en œuvre des normes de programmation et d'accréditation</p>	<p>Système d'assurance maladie géré par l'INAMI Financement : cotisations, subventions publiques, assurances privées 69 % des hôpitaux sont privés et gérés par des associations sans but lucratif</p>

<p>C A N. / Q U É B E C</p>	<p>Etat fédéral bicaméral, 10 provinces et 3 territoires Un gouverneur général <i>Législatif national</i> une chambre haute (Sénat) et une chambre basse (chambre d'assemblée) <i>Exécutif national</i> Conseil exécutif (Premier ministre et ses ministres) <i>Législatif Québec</i>: Parlement monocaméral (assemblée nationale) <i>Exécutif Québec</i> Lieutenant gouverneur, Premier ministre et ses ministres. Les provinces ont leur propre constitution (Acte constitutif)</p>	<p><i>Ministère de la santé canadien</i> établit et applique des principes ou des normes à l'échelle nationale pour le système de santé dans le cadre de la loi canadienne sur la santé aide au financement des services provinciaux de soins de santé, par l'entremise de paiements de transferts fiscaux offre des services de santé directement à certains groupes tels que les anciens combattants, les canadiens autochtones vivant sur les réserves, le personnel militaire, les détenus des pénitenciers fédéraux et la gendarmerie royale du Canada assume d'autres fonctions relatives à la santé comme la protection de la santé, la prévention des maladies et la promotion des maladies. <i>Ministère de la santé du Québec</i> gère et dispense les services de santé assurés planifie, finance et évalue les prestations de soins hospitaliers, des services médicaux et paramédicaux gère certains aspects des soins sur ordonnance et de santé publique.</p>	<p>Système fédéral d'assurance maladie décliné en 13 schémas provinciaux et territoriaux. Financement par l'impôt provenant du niveau fédéral (Medicare) Offre de soins en grande partie privée (le niveau fédéral possède quelques hôpitaux).</p>
<p>D A N E M A R K</p>	<p>Monarchie constitutionnelle parlementaire <i>Législatif national</i> parlement monocaméral, élu tous les quatre ans <i>Exécutif national</i> gouvernement nommé par la Reine <i>Niveau régional</i> 14 comtés <i>Exécutif régional</i> conseil du comté, élu tous les quatre ans <i>Niveau municipal</i> 275 municipalités <i>Exécutif municipal</i> conseil municipal, élu tous les quatre ans Indépendance des autorités locales établie par la Constitution</p>	<p><i>Ministère de la santé</i> prépare la législation en santé et négocie le budget de la santé, avec le Ministère des Finances et les représentants des comtés et des municipalités <i>Comtés</i> financement et organisation des soins de santé primaires et secondaires, par le comité de la santé et des affaires sociales <i>Municipalités</i> action sociale, médecine scolaire, soins dentaires</p>	<p>Système national de sécurité sociale Système financé par l'impôt, prélevé par l'Etat, les comtés et les municipalités. Le taux maximal d'imposition est défini chaque année. Redistribution entre les régions pour réduire les disparités. Un payeur unique le Système National de Sécurité Sociale.</p>
<p>E S P A G N E</p>	<p>Monarchie parlementaire 17 Communautés Autonomes 7 Communautés fonctionnant sur un mode décentralisé, 10 autres sur un mode déconcentré <i>Législatif national</i> Parlement, bicaméral <i>Exécutif national</i> gouvernement <i>Législatif régional</i> Parlement régional <i>Exécutif régional</i> gouvernement régional</p>	<p><i>Ministère de la santé</i>, préparation de la législation, coordination générale de la santé publique et des services de soins <i>Régions autonomes</i> le Département de Santé est responsable de l'offre de soins et définit la carte sanitaire <i>Secteurs sanitaires</i> soins primaires, soins ambulatoires spécialisés, soins hospitaliers <i>Zones primaires de santé</i> soins primaires</p>	<p>Système National de Santé Financement par l'impôt, collecté au niveau central et redistribué aux régions sauf pour les régions de Navarre et du Pays Basque qui ont la possibilité de prélever leurs propres financements.</p>

<p><b>E T A T S - U N I S</b></p>	<p>République fédérale bicamérale 50 Etats indépendants <i>Législatif national</i> chambre des représentants (435 membres élus tous les 2 ans) et Sénat (100 membres élus tous les 6 ans) élus au suffrage universel dans chaque Etat.</p>	<p><i>Département fédéral de la santé et des services sociaux</i> organe principal en charge de la protection de la santé de l'ensemble des citoyens et de la mise à disposition des services sociaux essentiels. Il définit les minima des programme Medicare et Medicaid. <i>Département de la santé et des services sociaux de chaque Etat</i> ils sont chargés de prendre les mesures nécessaires de santé publique et de sécurité. Ils définissent le périmètre d'éligibilité aux programmes publics, le montant, la durée et l'étendue des services de soins offerts et définissent et administrent leur propre programme de santé.</p>	<p>Système de sécurité sociale publique (Medicare et Medicaid) pour les plus de 65 ans, les plus démunis et les personnes présentant certains handicaps. Ce système propose différents types de couverture. Système d'assurance privée pour 70% de la population.</p>
<p><b>F I N L A N D E</b></p>	<p>République monocratérale, 448 municipalités Président de la république élu tous les six ans <i>Législatif national</i> membres du Parlement élus tous les quatre ans <i>Exécutif national</i> gouvernement national Niveau local : 448 municipalités</p>	<p><i>Ministère des affaires sociales et de la santé</i> : politique sanitaire et sociale générale <i>Provinces</i> : promotion des objectifs régionaux et nationaux de l'administration centrale <i>Municipalités</i> : planification, organisation et financement du système de santé</p>	<p>Système d'assurance maladie géré par l'institution de l'assurance sociale qui dispose de 400 caisses réparties sur tout le territoire Financement principalement par l'impôt, prélevé par l'Etat (18 % du financement) et les municipalités (43 %), et par l'assurance maladie (15 %) 21 districts hospitaliers, qui coordonnent et administrent l'offre de soins dans leur région 7.3 % des médecins exercent dans le privé</p>
<p><b>F R A N C E</b></p>	<p>République bicamérale, 21 régions Président de la république élu tous les 5 ans <i>Législatif</i> l'Assemblée nationale est composée de 577 députés élus tous les 5 ans, le Sénat est composé de 319 sénateurs élus pour 9 ans et renouvelés par tiers. <i>Exécutif</i> gouvernement national</p>	<p><i>Parlement</i> vote les lois de financements de la sécurité sociale <i>Direction Générale de la Santé au sein du Ministère délégué à la santé</i> analyse les besoins de santé, favorise la recherche et l'expertise en santé publique, fixe les objectifs et les priorités de santé publique, conçoit, coordonne, met en œuvre et évalue la politique nationale de santé. <i>Agences Régionales de l'Hospitalisation</i> définissent les SROS <i>Directions régionales des affaires sanitaires et sociales</i> mettent en œuvre et évaluent les politiques de santé notamment au travers du comité technique régional et interdépartemental</p>	<p>Système d'assurance maladie obligatoire géré par la caisse nationale d'assurance maladie et les caisses régionales et départementales d'assurance maladie Financement mixte cotisations et impôts pour la couverture de base.</p>
<p><b>I T A L I E</b></p>	<p>République bicamérale Président élu pour 7 ans <i>Législatif national</i> Chambre des députés et Sénat dont les membres sont élus au suffrage universel pour 5 ans. <i>Exécutif national</i> gouvernement 20 régions <i>Législatif régional</i> principe de subsidiarité (réforme de 1997). Le pouvoir législatif est partagé entre le conseil régional et le gouvernement régional <i>Exécutif régional</i> gouvernement régional (conseil exécutif) et conseil régional dont les membres sont élus au suffrage universel</p>	<p><i>Ministère de la santé</i> approbation du plan national de santé, gestion de la caisse nationale de santé, allocation des fonds et définition des recommandations cliniques et des procédures d'accréditation. <i>Gouvernement régional</i> la législation régionale définit les principes d'organisation et de dispensation de l'offre de soins, les critères de financement des organisations publiques et privées et les recommandations techniques et managériales <i>Unités Sanitaires au niveau régional</i> peuvent emprunter pour financer leurs investissements. Responsables des fonctions de régulation, planification, organisation de l'offre de soins.</p>	<p>Service national de santé constitué par des unités sanitaires locales. Adhésion facultative Financement cotisations salariales et une somme variable versée par l'Etat Caisse nationale de santé reçoit les financements et les répartit entre les régions qui les distribuent aux Unités sanitaires locales sur la base des dépenses antérieures. Part importante du secteur privé qui</p>

	5 régions disposent d'une grande autonomie d'administration Chacune des régions dispose de l'autonomie d'allocation de fonds reçus de l'administration centrale. Chacune a une certaine autonomie fiscale (réforme fiscale 2000)		représente environ 30% des dépenses de santé
L U X E M B	Monarchie constitutionnelle, 3 régions administratives <i>Législatif national</i> ☐ chambre monocamérale dont les 60 membres sont élus pour 5 ans <i>Exécutif national</i> ☐ gouvernement composé de 12 membres du cabinet dirigés par premier ministre et vice premier ministre.	<i>Ministère de la santé</i> définit et met en œuvre les politiques de santé, prépare la législation, assure la mise en œuvre des lois et dispositifs de régulation de l'offre de soins, donne les autorisations d'exercice, finance et contrôle les institutions publiques et privées. <i>Secteur non gouvernemental</i> ☐ Croix-Rouge et la ligue de prévention d'action médico-sociale organisent un réseau intitulé service médico-social et social polyvalent.	Système d'assurance maladie obligatoire en quasi monopole 12 caisses d'assurance maladie qui gèrent les dépenses Chaque individu est inscrit dans l'un des douze caisses en fonction de son activité Financement ☐ cotisations salariales L'activité ambulatoire est privée. Les honoraires sont fixés par la sécurité sociale
P A Y S - B A S	Monarchie parlementaire bicamérale <i>Législatif national</i> ☐ élections des membres de la chambre basse tous les 4 ans, nomination des sénateurs pour 6 ans <i>Exécutif national</i> ☐ Reine (chef de l'Etat) et gouvernement national <i>Législatif régional</i> ☐ Etats provinciaux, corps législatif composés de députés élus localement au suffrage universel à la proportionnelle intégrale <i>Exécutif régional</i> ☐ Commissaire nommé par le souverain et par le Etats provinciaux.	<i>Ministère de la santé</i> ☐ responsable de la qualité des soins, de l'accessibilité, des recommandations et des niveaux de cotisations et de financements <i>Départements provinciaux de la santé</i> ☐ planification hospitalière et des infirmières libérales. <i>Association des assurances maladies néerlandaises</i> <i>Office des compagnies d'assurance privées</i>	Système d'assurance maladie réservé aux salariés et obligatoire au-dessous d'un certain seuil de revenu (réforme prévue pour 2005). Financement mixte public (79%) et privé (14%). Financement public ☐ cotisations sociales (environ 80%) et impôt (4,5%)
P O R T.	République monocamérale, 18 districts et 2 régions autonomes, 305 municipalités Président de la République élu pour 5 ans <i>Exécutif national</i> ☐ gouvernement, nommé par le Président <i>Législatif national</i> ☐ Parlement, composé de 230 membres	<i>Ministère de la santé</i> : direction, organisation et régulation du système de santé <i>Administrations Régionales de Santé</i> : déclinaison régionale de la politique nationale de santé <i>Commission Municipale de Santé</i> : administration locale de la santé	Système national de santé Financement : 95 % par l'impôt Poids important et croissant du secteur privé ☐ 30% des consultations et 22.5% des lits d'hospitalisation
R O Y A U M E - U N	Monarchie constitutionnelle de fait, parlementaire, bicamérale Trois pays (l'Angleterre, le pays de Galles et l'Ecosse) et une province (l'Irlande du Nord) <i>Législatif national</i> ☐ pouvoir fort de la chambre des communes <i>Exécutif national</i> ☐ Premier ministre et cabinet du gouvernement. Souvent à l'initiative des lois. <i>Exécutif local</i> ☐ Principe du « local government » apporte une forte autonomie aux pouvoirs locaux et aux collectivités territoriales. Le gouvernement local est composé de représentants des conseils de province et municipaux. Assemblée Nationale au Pays de Galles Parlement en Ecosse	<i>Parlement</i> ☐ définition de l'enveloppe budgétaire du NHS. <i>Département de la santé en Angleterre</i> ☐ définit l'ensemble des politiques de santé comprenant les politiques de santé publiques et les autres déterminants de la santé <i>Secrétariats d'Etat à la santé en Angleterre, au Pays de Galles, en Ecosse et en Irlande du Nord</i> ☐ régulent et contrôlent directement le NHS de leur pays dans le cadre de l'enveloppe budgétaire définie par le Parlement. <i>14 Autorités régionales de santé en Angleterre</i> ☐ définissent les stratégies à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés par le département de la santé (plans stratégiques triennaux) <i>193 Autorités communales de santé en Angleterre</i> ☐ assurent l'offre de soins hospitaliers et de services sociaux.	Service National de Santé obligatoire (NHS) Financement ☐ 82% par l'impôt sur le revenu. 11% de la population a contracté une assurance privée.

I			
S U È D E	<p>Monarchie parlementaire, monocamérale Élections tous les quatre ans des membres des gouvernements nationaux, régionaux et locaux. <i>Législatif</i> ☐ le Risdag <i>Exécutif national</i> ☐ gouvernement national <i>Exécutif régional</i> ☐ 21 <i>Länsstyrelsen</i>. Les provinces peuvent prélever leurs propres impôts (56% de leur budget environ) <i>Exécutif local</i> ☐ 289 municipalités Il existe une fédération des conseils de provinces qui fait le lien entre les niveaux national, régionaux et locaux.</p>	<p><i>Ministère de la santé</i> ☐ propositions de législation, allocations de financements spécifiques, fixation de taux plafonds de PO, gestion de l'assurance maladie. <i>PrioriteringsCentrum</i> ☐ agence nationale de recherche et de conseil en matière de priorités de santé. <i>Conseils régionaux</i> ☐ allocation des ressources sur la base d'un système acheteur/prestataire, organisation des services, gestion des hôpitaux <i>Conseils municipaux</i> ☐ gestion des maisons de cure</p>	<p>Système national d'assurance maladie Financement ☐ 80% par l'impôt et 15% par l'octroi de subventions de l'Etat 89,7% des soins dispensés par le public en 2001 En 1999, environ 80% des médecins exercent dans le public. Moins de 10 hôpitaux privés en 2001 La tendance est à l'accroissement du secteur privé (35% d'augmentation des actes du privé par an)</p>
S U I S S E	<p>Confédération de 26 cantons. <i>Législatif fédéral</i> ☐ Parlement bicaméral <i>Exécutif fédéral</i> ☐ gouvernement composé de 7 membres élus par le Parlement. L'un des 7 est élu Président de la confédération pour une année. Chaque changement de la constitution fait l'objet d'un référendum.</p>	<p><i>Département fédéral de l'intérieur</i> contient deux agences ☐ le bureau fédéral de l'assurance sociale et le bureau fédéral de la santé publique qui sont des organismes de contrôle La santé publique relève des cantons. Chaque canton a sa propre législation. Certains cantons ont une direction de la santé <i>Dans le canton de Genève</i> ☐ Direction Générale de la Santé responsable de l'offre de soins, de la prévention et de la régulation du système de santé. <i>Département de l'action sociale et de la santé</i> rattachée à la DGS est la structure de coordination et de pilotage (mise en place d'un comité de pilotage composé des représentants des milieux professionnels et de la société civile) <i>Institut de médecine sociale et préventive</i> est responsable de la réalisation des programmes. Il existe un coordinateur pour chaque priorité et un coordinateur général de l'ensemble.</p>	<p>Environ 98% de la population est couverte par le système de sécurité sociale public assuré par 195 caisses maladies. Environ 30% de la population a une assurance privée supplémentaire</p>

## 2.1. LES CATEGORIES D'ACTEURS DANS LA DECISION

---

Sur l'ensemble des pays étudiés au cours de cette recherche, six sont des républiques fédérales □ l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, les Etats-Unis et la Suisse. Six pays sont des monarchies parlementaires □ le Danemark, l'Espagne, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède. Trois pays sont des Etats unitaires républicains □ la Finlande, l'Italie et le Portugal. Au Royaume-Uni, l'Ecosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord s'autonomise peu à peu, de même en Espagne pour les régions où les provinces de la Navarre et du Pays Basque disposent déjà de leur propre Parlement.

Les **Parlements** n'interviennent pas directement dans la définition des objectifs et des stratégies de santé. La Finlande et l'Espagne ont promulgué une nouvelle loi relative aux principes de la politique de santé et aux responsabilités des différentes catégories d'acteurs en matière d'objectifs et de stratégies de santé. Au Royaume-Uni, dans le canton de Genève et dans la province espagnole de Navarre, le Parlement vote l'enveloppe budgétaire accordée pour la réalisation des objectifs de santé.

Dans l'ensemble des pays étudiés, ce sont les **gouvernements** (nationaux, régionaux et/ou locaux) qui définissent les objectifs et les stratégies de santé sur la base de travaux de recherche menés par les **agences** spécialisées et par les groupes de travail des ministères réunissant un ensemble **d'experts** de différentes disciplines concernées. Le *Département de politique et de stratégie en santé* établit une première proposition de plan qui est soumise à l'approbation du Ministre de la santé. Nous verrons dans la section suivante que la répartition des pouvoirs entre les autorités centrales, régionales et locales tend à s'uniformiser dans les pays étudiés, que ceux-ci soient fortement décentralisés ou non. Ainsi les autorités décentralisées définissent leur plan mais l'autorité centrale, dans un souci de cohérence globale et pour réduire les inégalités entre régions exerce une sorte de contrôle de conformité aux principes nationaux communs à l'ensemble du territoire.

Les **usagers**, les **professionnels** et les **institutions** de soins, ainsi que les **assurances maladies** interviennent dans les dispositifs de définition des objectifs et stratégies du système de soins mais pas directement dans les dispositifs de définition des objectifs et stratégies de santé.

Si l'on parle beaucoup de la volonté d'intégrer les **citoyens** à la décision, cette intégration n'est pas encore effective en matière de définition des objectifs et stratégies de santé. En effet, seules quelques initiatives locales visant à recueillir l'avis des citoyens ont été observées. L'intégration des citoyens à la décision fait l'objet de nombreuses recherches à l'heure actuelle sur les différentes modalités que celle-ci peut revêtir □ Etats généraux, sondages, groupes de travail constitués sur la base du volontarisme ou du tirage au sort.

## 2.2. LES NIVEAUX DE DECENTRALISATION

---

C'est au niveau des structures administratives que les divergences sont les plus notables. En effet, chacun des pays a un niveau de décentralisation très différent. L'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, les Etats-Unis sont des états fédéraux. Par conséquent, les provinces de ces états disposent de leur propre pouvoir législatif et de la capacité de prélever leurs propres impôts. Ceci leur confère des pouvoirs plus forts que dans les Etats unitaires. Cependant, au sein des Etats unitaires, il nous faut distinguer les Etats les moins décentralisés que sont le Luxembourg et le Portugal, les Etats les plus décentralisés que sont le Danemark, la Suède, la Finlande, les Pays-Bas et l'Espagne et les Etats en cours de décentralisation, tels que l'Italie et le Royaume-Uni.

Malgré cette forte disparité administrative, nous observons une convergence dans la répartition des pouvoirs et responsabilités. Ceci s'explique par le caractère commun de la problématique des pays étudiés □ ce point commun réside dans la recherche d'une combinaison des logiques centrales et des logiques locales, d'une part, et de la combinaison des logiques individuelles avec les logiques

collectives. Tout l'enjeu pour les pays étudiés réside dans l'articulation du global et du local où le local éclaire le global sur la réalité quotidienne des activités et où le global apporte le recul nécessaire au local. Ainsi, on constate une volonté commune à l'ensemble des pays de ramener au niveau local les choix des stratégies à mettre en œuvre et de donner au niveau central le rôle de support et de contrôle de conformité aux principes et valeurs.

Dans les pays traditionnellement décentralisés, le gouvernement central se saisit du processus de définition de priorités et d'objectifs pour établir un ensemble de recommandation et fixer un cadre commun d'expression des stratégies individuelles et collectives (décentralisation coordonnée). En revanche, dans les pays traditionnellement centralisés, on observe une volonté de responsabiliser et d'autonomiser les acteurs en leur transférant les tâches de déclinaisons des orientations nationales en programmes régionaux et locaux (décentralisation encadrée). Dans la totalité des cas, l'Etat garde ou tente de se doter d'un certain levier financier pour pouvoir agir sur les programmes des régions ou provinces. Quand les régions ou provinces peuvent prélever leurs propres financements, l'Etat incite ces dernières par ses participations à certains programmes nationaux, régionaux et locaux.

### 2.2.1. DECENTRALISATION ENCADREE

Les processus les plus centralisés sont les processus du Royaume-Uni, du Portugal et du Luxembourg. Cependant, ces pays ont entamé une démarche de décentralisation dans la mesure où ils créent des dispositifs dans le système de soins de négociation directe des offreurs de soins avec les acheteurs de soins. Ainsi, par exemple, au Royaume-Uni, les médecins généralistes ont maintenant la possibilité de négocier directement avec les établissements de soins. Cependant, cette décentralisation est pour le moment toute relative dans la mesure où l'Etat central garde le contrôle d'un bon nombre de paramètres de l'organisation.

Les objectifs et stratégies sont définis par le niveau central (expertise, choix, autorisation). Les régions définissent leurs propres plans dans le cadre des travaux du niveau central. Les financements sont attribués par le niveau central sur la base des propositions réalisées. Les indicateurs d'évaluation et de contrôle sont définis par le gouvernement central qui dispose du levier financier comme outil de sanction. Nous nommons cette décentralisation la **décentralisation encadrée** car elle donne des marges de manœuvre aux acteurs mais ces marges de manœuvre sont fortement encadrées par un dispositif financier incitatif et de sanction fort et un contrôle important.

Ainsi, le processus anglais reste encore centralisé dans le domaine qui nous préoccupe malgré l'autonomisation et à la responsabilisation progressive des acteurs en matière d'utilisation de leur budget et de négociation. Il faut souligner que le système de santé anglais est un système fortement éclaté et dispersé qui rencontre de nombreuses difficultés d'accessibilité et de qualité. Par conséquent, le travail du gouvernement vise à donner un cadre national fort et à définir un ensemble de recommandations permettant d'améliorer l'offre de soins.

Le mouvement de décentralisation dans le cas anglais réside dans le fait que les professionnels et offreurs de soins peuvent participer à la définition de leurs propres tactiques dans le cadre des objectifs et stratégies nationaux fixés et à la détermination des indicateurs retenus pour évaluer leurs actions. L'autorisation, le financement et le contrôle restent dans les mains du niveau central en dernier ressort.

### 2.2.2. DECENTRALISATION COORDONNEE

Les Etats fédéraux sont les Etats dans lesquels la décentralisation est en théorie la plus forte. Mais l'Espagne, ainsi que les pays nordiques présentent des similitudes en matière de santé avec les Etats fédéraux. Les Etats-Unis constituent le pays le plus décentralisé en matière de politique de santé car le niveau fédéral n'intervient que pour fixer les principes et règles des programmes Medicare et Medicaid d'assurance maladie. En Allemagne, Canada et Belgique, ainsi qu'en Espagne et Suède, le niveau fédéral élabore un programme commun de santé pour l'ensemble du territoire et établit un ensemble de recommandations.

Généralement, dans les processus les plus décentralisés, on observe une volonté de création d'un institut national de santé publique chargé de réaliser les études nationales épidémiologiques et de mettre à disposition un certain nombre d'information. Ceci afin d'éviter les redondances entre études réalisées aux niveaux régionaux et locaux et réduire les dépenses inutiles de recherche et d'information. Le ministère fédéral énonce un certain nombre d'objectifs et d'orientations générales. Dans le cas de l'Espagne, la loi de cohésion et de qualité vise à définir les principes communs du système de soins et deux programmes nationaux de santé.

Les pays fortement décentralisés tendent également vers la recherche d'une plus grande cohésion face aux disparités régionales et aux inégalités sociales. C'est pourquoi les principes, orientations générales et objectifs sont fixés par le ministère central. Ces items sont fixés à titre indicatif afin de montrer le positionnement de la société et ses besoins globaux. Fixer une visée commune et un sens commun aux actions est un des premiers outils de coordination des actions individuelles.

Les priorités de santé sont alors définies généralement par les niveaux régionaux ou locaux. Dans ce cas, les régions doivent respecter le cadre commun, mais ont toute latitude pour définir leurs priorités d'action et de financement. Dans certaines régions autonomes, les programmes régionaux font l'objet d'un vote par le Parlement régional. Les financements dans les pays décentralisés procèdent de financements couplés entre le niveau central et les niveaux régionaux et locaux. Ainsi, les régions ont la possibilité de financer leurs propres programmes et les financements centraux ne conditionnent que les programmes communs nationaux.

Éventuellement, dans le cadre de ces activités d'élaboration de recommandations, et de soutien, le niveau central définit parfois un ensemble d'indicateurs d'évaluation et de contrôle, mais ceux-ci ne sont donnés qu'à titre indicatif et l'Etat n'a aucun levier d'action sur les initiatives locales.

Nous qualifions cette décentralisation de **décentralisation coordonnée** dans la mesure où les niveaux régionaux et locaux déterminent l'ordre dans lequel ils veulent résoudre les problématiques de santé. L'Etat se positionne alors comme soutien et fournisseur d'un ensemble de prestations supports et notamment les prestations clefs que sont l'information, le traitement des données scientifiques, le conseil, la consultation et la coordination ainsi que tous les aspects organisationnels garantissant l'égalité et la mobilité sur le territoire tels que la formation des professionnels et les critères de qualité de l'activité. Par conséquent, l'Etat se positionne comme un coordinateur faisant émerger les besoins de santé publique par la promotion d'études scientifiques et en tenant compte des localités et de leurs interactions avec le global, l'Etat établit un ensemble de recommandations et de guide donnant aux acteurs un ensemble de support à la négociation et aux choix. Enfin, l'Etat se positionne comme coordinateur des régions et régulateur dans la répartition des richesses.

### **2.3. LA CONVERGENCE DES FORMES DE GOUVERNANCE**

---

La gouvernance est un terme qui renvoie aux modes de gouvernement. La gouvernance se définit par conséquent par les principes qui la sous-tendent et les outils de gestion mis en place. De l'observation des modalités de définition des objectifs et stratégies de santé dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord, nous avons pu analyser une évolution tant dans les principes qui régissent la gouvernance que dans les outils mis en œuvre pour gouverner. La modification des principes s'exprime au travers de la modification du positionnement de l'Etat au sein de la société.

Dans les pays traditionnellement les plus centralisés, l'Etat se positionnait en garant de l'intérêt général qui transcende la somme des intérêts particuliers des groupes et des individus qui siègent sur son territoire et par conséquent celui-ci définissait le cadre précis de l'action, standardisait les résultats, les méthodes, les actions et exerçait un pouvoir de contrôle et de sanction fort. Aujourd'hui, l'Etat revêt un rôle de coordinateur des intérêts contradictoires des groupes et des individus dans la société et se donne un ensemble d'outils de gestion pour assurer une bonne coordination.

Dans les pays traditionnellement décentralisés, l'Etat ne participait pas à la gestion des objectifs et stratégies de santé et se contentait de définir un ensemble de principes et valeurs communs à l'ensemble du territoire et à l'ensemble des secteurs. À présent, l'Etat revêt un rôle de coordinateur des actions individuelles afin de bénéficier des synergies et des économies d'échelle et développe alors un ensemble d'outils de gestion qu'il met à la disposition des intérêts particuliers.

Ces deux phénomènes, convergents dans leurs grandes lignes, conduisent alors à décentraliser certaines décisions et à élargir la participation à celles-ci. Pour les pays relativement centralisés tel que le Royaume-Uni, l'Etat contracte avec les différentes catégories d'acteurs sur la base d'objectifs clairs et d'indicateurs d'évaluation et développe des fonctions de support (information, études scientifiques...) □ l'Etat conserve des outils incitatifs financier afin de pouvoir sanctionner financièrement le non respect des contrats. Dans les pays relativement décentralisés, l'Etat énonce parfois des contrats moraux (comme c'est le cas au Danemark) afin d'orienter les actions, mais ce dernier n'exerce que des fonctions de support, d'évaluation et de contrôle.

Cette convergence dans les formes se traduit par une convergence vers une logique qui vise à combiner le local et le global et à bénéficier des éclairages de l'ensemble. Cette logique se traduit par le développement commun d'instruments de coordination.

### **2.3.1. INTEGRATION DES USAGERS ET CITOYENS A LA DECISION**

La volonté de combiner les intérêts locaux et globaux conduit naturellement à s'interroger sur la nature des intérêts locaux. Si l'Etat ne transcende plus les intérêts individuels, alors il ne peut plus faire l'impasse sur leur consultation. De nombreuses réflexions ont été menées sur les modalités de participation des usagers et citoyens à la décision. Dans les mécanismes de consultation des citoyens, une des limites soulevées à l'encontre des Etats généraux réside dans le fait que généralement, les groupes de défense d'intérêts déjà bien organisés sont ceux qui s'expriment et l'on consulte plus des usagers que l'ensemble des citoyens. Une critique formulée sur les sondages repose sur le fait qu'il est très difficile d'interroger sous forme de questionnaire en quelques minutes des individus qui ne sont pas formés sur les problématiques de santé. La technique du jury citoyen de santé est une technique intéressante mais extrêmement coûteuse. En clair, à l'heure actuelle, dans les dispositifs observés, il n'existe pas de procédure formalisée et régulière d'intégration des citoyens à la décision. Ceux-ci ont été sondés dans certains pays au moment de la définition des priorités ou certains ont été tirés au sort pour participer à des séminaires d'information et donner leur opinion comme c'est le cas dans une localité suédoise. Cependant, les processus de consultation des citoyens restent encore marginaux.

La consultation des usagers est réalisée généralement par le biais de représentants d'association d'usagers intégrés aux groupes de travail mis en place par les ministères et leur consultation conduit généralement à des débats entre intérêts individuels plutôt qu'à une réflexion globale.

La difficulté majeure à laquelle se trouvent confrontés les pays réside dans la multiplicité des priorités évoquées par les tiers du fait de leurs intérêts respectifs divergents. Cette difficulté est accentuée par le manque d'information et d'éducation de ceux-ci aux problématiques de santé.

### **2.3.2. EXPLICITATION D'UN SENS COMMUN AUX ACTIONS INDIVIDUELLES**

Chaque pays s'est construit sur des principes d'égalité, d'assurance et de solidarité qui face aux difficultés économiques doivent être réaffirmés. La Finlande a légiféré sur ces aspects, de même que la Suède. Le Royaume-Uni réaffirme les principes d'une offre de soins gratuite et accessible à tous et les principes d'égalité et de solidarité. Les principes et valeurs énoncés donnent le sens aux actions individuelles et guident les choix. Si ces principes sont intégrés et acceptés par tous, les actions individuelles devraient converger vers les objectifs communs ultimes.

La coordination des acteurs requiert la fixation d'objectifs communs largement diffusés de manière à guider les actions individuelles dans le sens commun. Plus le système est décentralisé plus il est important de définir ces objectifs si l'on veut assurer une certaine cohérence de ces actions sur le

territoire et donc une certaine unité nationale. Dans un système décentralisé à l'extrême le seul levier d'action dont dispose le niveau national pour infléchir les actions locales réside dans cette définition d'objectifs de santé sous réserve que ces objectifs obtiennent l'adhésion de l'ensemble des acteurs. C'est pourquoi parallèlement à ceci le besoin de consultation des professionnels, usagers et de l'opinion publique se fait sentir plus fortement de manière à adapter les objectifs aux attentes, mais aussi les attentes aux objectifs. La définition d'objectifs de santé au niveau central permet en effet d'assurer une certaine vision transversale des problématiques et de sensibiliser les citoyens aux conditions, contraintes et conséquences de leurs actions sur les autres secteurs.

### **2.3.3. MISE A DISPOSITION DE TOUTE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE PERTINENTE AINSI QU'UN ENSEMBLE DE RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES**

Le niveau central développe des instituts de santé publique chargé de produire et de mettre à disposition toute l'information sur les progrès technologiques réalisés et leurs impacts, sur les expériences menées à l'étranger afin d'en tirer certains enseignements, en clair sur toute la connaissance scientifique utile à la prise de décision. L'élaboration des recommandations de pratiques communes s'inscrit dans cette logique. En effet, la recherche médicale et les études scientifiques font état de certaines conditions «□ universelles□ de performance que l'Etat met à disposition de l'ensemble des acteurs.

Ceci, d'une part, permet de réduire les coûts dus à la démultiplication de ce type d'étude pour en théorie arriver au même résultat, ceci permet d'autre part de s'assurer de la qualité de ces études par la concentration des moyens, enfin assure une certaine mobilité des individus et une qualité minimale des prestations offertes.

### **2.3.4. «□ MARCHÉISATION□, COORDINATION ET CONTRACTUALISATION DES INTERETS PARTICULIERS**

La combinaison des logiques globales et locales conduit à «□ privatiser□ la production et le financement des prestations. En effet, la logique de la production et du financement public repose sur la capacité de l'Etat à gérer l'intérêt collectif et à définir l'ensemble des paramètres de l'organisation. La «□ localisation□ confère aux acteurs la possibilité de choisir et notamment de choisir avec qui ils souhaitent contracter. Par conséquent, l'Etat se désengage de ces fonctions de production et de financement et se positionne en coordinateur des intérêts particuliers.

Dans la logique de gouvernance qui émerge, l'on ne cherche pas à homogénéiser l'ensemble des paramètres de l'organisation (missions, activités, méthodes, ressources) mais à combiner les différenciations. Les intérêts particuliers ne sont plus niés au profit d'un intérêt collectif, mais intégrés dans une démarche collective. Par conséquent, chacun des intérêts particuliers s'exprime et chacune des parties prenantes se dote d'intérêts propres. L'on passe d'une coordination par la standardisation des résultats, des méthodes et des actions à une coordination par la négociation des normes, partenariats sur des projets, la contractualisation, la différenciation des procédures et des services proposés, l'adhésion et la participation.

Ceci conduit à modifier les modalités de coordination. L'Etat se positionne lui-même comme un acteur particulier qui a ses propres objectifs traduits en programmes nationaux (l'Espagne par exemple définit deux programmes de santé nationaux ayant traités au cancer et aux maladies cardiovasculaires).

Dans chaque pays observé, des mécanismes de coordination sont mis en place. Généralement un coordinateur (individu ou institution) est nommé pour chaque priorité de santé. Au niveau central, un comité de coordination inter-régional est créé avec comme mission de coordonner les actions régionales et nationales. Aux niveaux régionaux, des comités de coordination sont créés afin de coordonner l'ensemble des activités mises en œuvre au sein de la région. Dans le cas du canton de Genève, un coordinateur est nommé pour chaque priorité verticale, transversale et de support. Un

comité de pilotage composé de l'ensemble des coordinateurs se réunit alors régulièrement pour travailler sur les zones d'intersection.

La coordination et la négociation entre intérêts particuliers conduisent alors naturellement à une contractualisation entre ces intérêts particuliers de manière à définir les engagements et attendus réciproques. Quelle que soit la dénomination du contrat (contrat de plans, contrat d'objectifs, contrat de services, contrat national, contrat moral...) ces contrats se développent pour répondre à trois problématiques □

- **Améliorer l'efficacité** des organismes ou services chargés de gérer et/ou d'offrir les prestations de santé □
- **Clarifier** leurs relations avec l'Etat central, notamment en matière financière □
- Permettre de situer leurs actions dans une **perspective à moyen terme**.

Cependant, les experts juridiques en la matière s'accordent à dire que la nature de ces contrats reste encore floue et que les engagements et sanctions ne sont pas véritablement bilatéraux.

### **2.3.5. REPRESENTATION DE LA REALITE, ÉVALUATION, CONTROLE ET SANCTION**

Dans les formes de gouvernance qui se dessinent, l'évaluation constitue la pierre angulaire des rapports entre les intérêts particuliers. En effet, les modes de régulation sur la base de contrats, de la responsabilisation et l'autonomie des acteurs requièrent tout d'abord la représentation du réel formalisée de manière à pouvoir l'appréhender et l'évaluer. C'est à partir de la représentation des actions des uns et des autres sous une forme commune et intelligible que la négociation peut commencer. L'évaluation s'appuie alors sur un ensemble de paramètres reconnus comme significatifs de la performance des actions au regard des objectifs.

Dans une société décentralisée, l'accord sur les indicateurs d'évaluation retenus est d'une importance aussi grande que l'accord sur les objectifs de l'action. Ces deux éléments vont de pair dans la mesure où les premiers une fois déterminés deviennent des objectifs de l'action et modifient les comportements des acteurs. Il est alors indispensable de s'assurer de la cohérence entre les objectifs et les indicateurs d'évaluation de l'atteinte de ces objectifs.

Selon le degré de décentralisation, l'Etat exerce un contrôle plus ou moins fort sur l'activité. Ce contrôle est lié au pouvoir de sanction dont l'Etat dispose. Ainsi, lorsque l'Etat central dispose de leviers pour sanctionner relativement forts tel que le budget à allouer aux stratégies locales. Il exerce alors un contrôle relativement fort et étendu. En revanche, lorsque l'Etat ne dispose pas de levier fort, celui-ci exerce un contrôle de conformité aux principes et lois nationaux. Dans ce cas, les sanctions prennent les caractéristiques d'incitations.

Dans les pays de notre étude, plusieurs dispositifs d'évaluation se mettent en place. Tout d'abord, sous l'influence des travaux de l'office européen de l'organisation mondiale de la santé sont réalisés des travaux sur les modalités d'évaluation des politiques publiques. Ensuite, les institutions de santé publique et les institutions de conseil, créées pour traiter et mettre à disposition toute l'information disponible en matière de santé, sont chargées de travailler à l'élaboration d'indicateurs d'évaluation des programmes. Ainsi, la communauté française de Belgique a défini dans son programme quinquennal un ensemble de critères pour évaluer *a priori* les propositions d'actions (critères d'évaluation de la qualité des objectifs, critères d'évaluation de la qualité des moyens et critères d'évaluation de la qualité de l'évaluation prévue).

### 3. DE LA NATURE AUX LOGIQUES DES OBJECTIFS ET STRATEGIES

L'ensemble des pays de l'Union Européenne ainsi que les pays d'Amérique du Nord ont amorcé un processus de définition d'objectifs et de priorités de santé de la fin des années 1980, pour les premiers, à la fin des années 1990, pour les derniers. Ceci s'explique en raison de l'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé □ mais aussi par la récurrence de certaines problématiques que les pays ne sont pas parvenus à résoudre par la seule régulation financière.

Ainsi, dans l'ensemble des pays étudiés, la volonté de définition de priorités et d'objectifs s'inscrit dans la recherche de nouveaux instruments d'optimisation des stratégies de santé. Cependant, si l'on peut considérer comme commune la volonté de se doter de nouveaux instruments de régulation, la traduction de cette volonté en processus et méthodes revêt autant de facettes que de pays étudiés. De plus, ces instruments viennent se superposer à des mesures préexistantes visant à établir des recommandations par exemple, ou à définir les paniers de biens et services. Par conséquent, dans certains pays, plusieurs éléments se juxtaposent comme en Suède où ont été développés un processus de définition de *health targets* et un processus de définition de priorités du système de soins afin d'en améliorer la qualité et l'efficacité économique. Il devient alors parfois difficile de savoir quels sont les processus en cours et quel est leur impact.

Dans cette section, nous présentons tout d'abord les éléments du contexte de ce phénomène commun de détermination d'objectifs quantitatifs et de priorités de santé afin de comprendre comment se dessinent les dispositifs. Puis nous présentons les logiques de ces démarches en présentant les logiques associées à la nature et aux enjeux. En effet, nous constatons qu'il existe trois grands types de logiques □ les logiques résultant des travaux de l'OMS, les logiques résultant de la rationalisation du système de soins et les logiques matricielles

#### 3.1. CONTEXTES

---

Le tableau suivant présente quelques éléments du contexte économique et démographique des politiques de santé. Ce tableau a été réalisé à partir des données de l'OCDE disponibles<sup>14</sup>, c'est-à-dire sur les données 1999. Nous avons de plus retenu le taux dévolution moyen de chacun des items sur la période 1990-1999, période correspondant à la mise en place de processus de définition d'objectifs et de stratégies en santé.

---

<sup>14</sup> Eco-santé OCDE 2002

TABLEAU 4: LES PAYS EN CHIFFRES

	Démographie								Espérance de vie		Ressources en santé			
	Pop. totale en milliers	Pop. Tot. % 90/99	<20 ans	< 20 ans % 90/99	> 65 ans	>65 ans % 90/99	> 80 ans	> 80 ans % 90/99	Esp. Vie Femmes	Esp. Vie Hommes	Médecins/ 1000 hab.	Médecins/ 1000 hab. % 90/99	Lits Hôp./1000 Hab.	Lits Hôp./1000 hab. % 90/99
<b>Allemagne</b>	82 087	2,9	21,3		16,1		3,7		80,7	74,7	3,5	1,6	9,2	-1,4
<b>Autriche</b>	8 092	0,5	22,8	-0,6	15,4	0,4	3,5	-0,2	80,9	75,1	3	3,5	8,8	-1,6
<b>Belgique</b>	10 226	0,3	23,4	-0,6	16,8	1,3	3,6	0,4	80,8	74,4	3,8	1,7		
<b>Canada</b>	30 493	1,1	26,1	-0,7	12,5	1,1	2,9	2,5	81,7	76,3	2,1	-0,1	3,9	-5,1
<b>Danemark</b>	5 319	0,4	23,4	-0,4	15	-0,4	4	0,8	79	74,2	3,4	1	4,5	-2,7
<b>Espagne</b>	39 418	0,2	21,8	-2,7	16,7	2,1	3,7	2,4	82,4	74,9	3,1	3,5	4,1	-0,4
<b>Etats-Unis</b>	272 691	1	28,8	0	12,3	-0,1	3,2	1,3	79,4	73,9	2,8	1,7	3,6	-3,2
<b>Finlande</b>	5 171	0,4	24,7	-0,3	14,8	1,1	3,3	1,8	81	73,8	3,1	2,6	7,6	-5,4
<b>France</b>	58 620	0,4	25,5	-0,9	15,8	1,4	3,7	-0,2	82,5	75	3	1,6	8,4	-1,6
<b>Italie</b>	57 646	0,2	19,9	-1,8	17,8	1,7	3,9	1,3			5,9	2,5	4,9	-4,3
<b>Luxembourg</b>	433	1,3	24,5	0,6	14,3	0,8	3,1	0,5	81,2	74,7	3,1	5	8	-4,6
<b>Pays-Bas</b>	15 812	0,6	24,1	-0,6	13,6	0,6	3,2	1,1	80,5	75,3	3,1	2,4	11,1	-0,4
<b>Portugal</b>	10 079	0,2	23,7	-2	15,4	1,4	2,9	1,3	79,1	72	3,2	1,2	4	-1,6
<b>Royaume-Uni</b>	59 501	0,4	25,3	-0,2	15,7	0	4	1,2	79,8	75	1,8	2,5	4,1	-3,9
<b>Suisse</b>	7 144	0,7	22,3	-0,4	15,8	1	4	0,9	82,5	76,8	3,4	1,3	18,3	
<b>Suède</b>	8 858	0,4	24,1	-0,2	17,4	-0,2	5	1,8	81,9	77	2,9	0	3,7	-12,5

	Produit intérieur brut				Dépenses de santé									
	PIB Milliards \$	PIB \$ %90/99	PIB/Hab. \$	PIB/Hab. % 90/99	Dépenses de santé Milliards \$	Dépenses de santé % 90/99	% Dépenses de santé publiques	Dépenses de santé Publiques % 90/99	Dépenses de santé publiques/ Hab.\$	Dépenses de santé publiques/ Hab. % 90/99	Dépenses de santé /Hab. \$	Dépenses de santé/Hab. % 90/99	% Dépenses de santé/PIB	Dépenses de santé/PIB % 90/99
<b>Allemagne</b>	2 100	3,9	25 587	0,9	8									
<b>Autriche</b>	209	3	25 854	2,4	17	4,4	70	3,8	1 459	3,3	2 083	3,9	8,1	1,4
<b>Belgique</b>	251	2,6	24 503	2,3	22	4,5	71		1 508		2 121	4,2	8,7	1,8
<b>Canada</b>	644	1,3	21 134	0,2	59	1,5	71	0,9	1 373	-0,1	1 939	0,5	9,2	0,2
<b>Danemark</b>	174	3	32 688	2,6	15	3	70	2,9	2 289	2,6	2 784	2,6	8,5	0
<b>Espagne</b>	602	1,7	15 261	1,6	46	3,4	70	2,1	823	1,9	1 172	3,2	7,7	1,7
<b>Etats-Unis</b>	9 207	5,4	33 763	4,3	1 193	6,4	44	7,7	1 937	6,6	4 373	5,3	13	1
<b>Finlande</b>	128	-0,8	24 787	-1,2	9	-2,2	75	-3	1 287	-3,4	1 708	-2,6	6,9	-1,5
<b>France</b>	1 436	1,9	24 503	1,5	135	2,8	76	2,8	1 748	2,4	2 298	2,5	9,4	1
<b>Italie</b>	1 179	0,8	20 457	0,6	92	0,5	72	-0,5	1 158	-0,7	1 602	0,3	7,8	-0,3
<b>Luxembourg</b>	20	6,6	45 379	5,2	1	6,4	93	6,3	2 532	4,9	2 724	5	6	-0,3
<b>Pays-Bas</b>	398	3,4	25 140	2,8	33	3,7	67	3,6	1 368	2,9	2 057	3	8,2	0,2
<b>Portugal</b>	115	5,4	11 422	5,2	10	9	71	9,9	675	9,7	954	8,8	8,4	3,4
<b>Royaume-Uni</b>	1 454	4,3	24 431	3,9	104	6,3	80	5,8	1 400	5,4	1 747	5,9	7,1	1,9
<b>Suisse</b>	259	1,4	36 261	0,7	28	4	55	1,9	2 148	1,2	3 881	3,3	10,7	2,5
<b>Suède</b>	243	0,2	27 398	-0,2							2 146	-1,2	7,9	-0,8

La population des pays d'Europe a évolué sur la période 1990-1999 à des taux relativement faibles autour des 0,5%, hormis l'Allemagne dont le taux s'élève à 2,9%. Cette population peut être considérée comme «vieillesante» avec des taux de progression du nombre de personnes de plus de 80 ans se situant entre 3% et 5% pour l'ensemble des pays et une diminution du nombre de personnes de moins de 20 ans sur la même période dans la quasi-totalité des pays étudiés. Ce phénomène exercé une forte pression à la hausse sur les dépenses de santé.

En ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes, nous n'observons pas de disparités significatives entre les pays étudiés. Les habitants des Etats-Unis d'Amérique ont une espérance de vie légèrement plus faible que les autres pays et la France légèrement plus élevée.

Le nombre de médecins pour 1000 habitants est relativement faible au Canada, au Royaume-Uni, en Suède, et aux Etats-Unis. Le nombre de lits pour 1000 habitants est relativement faible au Canada, au Danemark, en Espagne, aux Etats-Unis, en Italie, Portugal, au Royaume-Uni et en Suède. Si pour certains pays, cette différence peut s'expliquer par une culture du soins moins «hospitalisante» (comme c'est le cas pour les pays nordiques), et par un taux de personnel soignant plus élevé (comme c'est le cas pour le Canada et le Royaume-Uni), ces différences traduisent quand même une différence significative dans les enjeux des pays étudiés. Ainsi, la Suède, le Canada, le Royaume-Uni, l'Italie et les Etats-Unis se trouvent confrontés à des problèmes d'accessibilité à l'offre de soins, ce qui explique, pour une part, les nombreux travaux réalisés dans ces pays sur la définition des objectifs prioritaires du système de soins et les nombreuses réflexions sur les inégalités sociales et leur impact en matière de santé.

Les données sur le PIB/habitant nous permettent de classer les pays en trois catégories □ la catégorie «moyenne» comprend l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Finlande, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède. La catégorie «supérieure à la moyenne» comprend les Etats-Unis, le Danemark, le Luxembourg et la Suisse, la catégorie «inférieure à la moyenne» comprend le Canada, l'Espagne, l'Italie, et le Portugal. On peut constater que les Etats-Unis et la Suisse ont des dépenses de santé par rapport au PIB relativement élevées. Ceci s'explique par le fait que ces pays ont un système de santé privé important dont les ressources sont fortement utilisées. Pour les Etats-Unis, le rapprochement entre les taux d'équipement en médecins et en lits, l'espérance de vie, le PIB par habitant et les dépenses de santé par rapport au PIB nous permet de penser qu'il existe de très fortes disparités entre les classes sociales en matière d'accessibilité aux soins et d'état de santé.

Le Portugal, le Royaume-Uni, la Belgique, l'Autriche, les Etats-Unis, le Luxembourg ont des taux de croissance des dépenses de santé par habitant sur la période 1990-1999 supérieurs à 4%. Pour le Portugal, le Royaume-Uni, la Belgique et l'Autriche, ceci traduit la volonté des gouvernements d'améliorer l'accessibilité aux soins pour tous. Le Royaume-Uni, tout au long de ses réformes du système de soins, a effectivement augmenté sensiblement les budgets consacrés à l'amélioration de l'offre de soins.

### **3.2. LOGIQUES DES OBJECTIFS ET STRATEGIES DE SANTE**

---

Les données statistiques présentées dans la section précédente nous ont donné un premier aperçu du positionnement relatif des pays de notre étude au regard des aspects économiques et démographiques généraux. De ceci, se dégagent deux problématiques majeures auxquelles doivent faire face les pays de notre étude □ la première est le vieillissement de la population et son impact sur les dépenses de santé, la seconde est relative à la recherche d'un taux d'équipement optimal afin de réduire les inégalités d'accès. Sur la base de ces quelques informations, nous avons analysé les différents programmes de santé et interrogé certains acteurs des différents dispositifs de définition des objectifs et stratégies de santé sur les enjeux des réformes. Le tableau suivant présente les objectifs et stratégies définies dans les pays étudiés avec en première colonne les enjeux pour chacun tels qu'ils sont présentés et mis en avant.

TABLEAU 5: LES OBJECTIFS ET STRATEGIES EN SYNTHETIQUE

Enjeux	Priorités	Objectifs quantitatifs	Stratégies		Effectivité
			Activités	Financements	
Sortir de la logique purement économique Accessibilité et qualité Cohésion nationale	La détermination de priorités de santé est à la libre appréciation des <i>Länders</i> .	<i>Health Targets</i> nationaux définis en avril 2003 Aucune législation particulière Niveau national Experts coordonnés par l'organisation nationale de santé allemande Aucune mise en œuvre pour l'instant	A l'heure actuelle, les stratégies mises en œuvre sont axées sur l'offre de soins et la rationalisation des dépenses. Chaque <i>Länder</i> définit les tarifs des prestations ainsi que le contenu du panier de biens et services par négociation entre les offreurs de soins et les caisses maladies sur la base des nomenclatures nationales		Plusieurs vagues d'objectifs cibles ont été définis sans véritable impact. Les objectifs ne sont que des recommandations et il n'y a aucune obligation des régions Pas de budget ni de délais définis Pas de procédure de consultation des citoyens Manque une institution centrale forte pour promouvoir ces objectifs La régulation en Allemagne est fortement axée sur les aspects économiques de l'offre de soins
Réduire les cloisonnements entre secteurs	Priorités de santé publiques quinquennales 1998-2003 concernent les stratégies (Développement des aptitudes...), les populations (population scolaire, enfance et naissance...) et les pathologies, (maladies infectieuses, assuétudes, santé mentale, accidents). Pour chacune des priorités sont définies des objectifs cibles et des actions sur le modèle des <i>health targets</i> . Les travaux préparatoires sont réalisés par le Conseil supérieur de promotion de la santé composé d'experts et de représentants de professionnels Le Gouvernement de la communauté française approuve le plan La mise en œuvre est du ressort des centres locaux de promotion de la santé		<i>Nature</i> ☐ programmes d'action <i>Expertise et choix</i> : les centres locaux de promotion de la santé (CLPS) <i>Contrôle</i> ☐ gouvernement communauté française <i>Exécution</i> ☐ professionnels et institutions		L'évaluation du programme quinquennal est prévue pour 2003 et celle-ci n'est pas encore publiée.

<p>Inégalités de santé Prévention Accessibilité et listes d'attente Maladies chroniques et santé mentale</p>	<p>Ministère de la santé québécois En 1997, définition de 7 priorités de santé publique pour 5 ans. Ces priorités ont été renouvelées dans le programme 2003-2012 (développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, maladies évitables par l'immunisation, VIH-sida et MST, dépistage du cancer du sein, tabagisme, traumatismes non intentionnels, traumatismes intentionnels, alcoolisme et toxicomanie). 53 résultats attendus, 6 stratégies et un ensemble d'actions sont définis pour répondre aux enjeux des priorités de santé.</p>	<p>19 objectifs quantitatifs décennaux ont été défini en 1992 dans le cadre de la politique de la santé et du bien-être selon le modèle de l'OMS. En 2002 la politique devait être révisée mais dans les faits cela n'a pas donné lieu à une nouvelle publication.</p>	<p>Chaque région du Québec définit son plan dans le cadre des priorités nationales.</p>	<p>Un budget annuel a été défini pour chacune des priorités.</p>	
<p>Augmenter l'espérance de vie de la population Développer les coopérations</p>	<p>En 2002 programme de promotion de la santé par le nouveau gouvernement en place basé sur les facteurs de risque (alcool, tabac...), les problèmes de santé qui en découlent (diabète, cancers...), les personnes les plus touchées (femmes enceintes, enfants...) et les outils du programme (législation, prévention, réseau...). Ce programme a été défini par le ministère en collaboration avec d'autres ministères sans procédure formelle de consultation des citoyens.</p>	<p>17 objectifs quantitatifs nationaux de santé publique figurant dans le programme décennal de santé publique et de promotion de la santé (1999-2008). Ces priorités concernent, les facteurs de risques, les groupes d'âge et les lieux de promotion de la santé. Il existe aussi des objectifs liés au management. Ces priorités sont formulées selon le modèle des health targets. <i>Traitement de l'information</i> comité de coordination constitué des représentants des institutions du ministère <i>Choix</i> Groupe de 10 ministres appuyés par un groupe parallèle de fonctionnaires de l'Etat et de représentants des fédérations et associations locales</p>	<p>Pour chaque priorité, des stratégies sont définies avec les ministères en charge de promouvoir les initiatives. Chaque Comté établit un plan de santé selon un processus de consultation incluant les municipalités, les officiers de santé régionaux, les médecins généralistes et le conseil national de la santé. Contrôle: Conseil National de Santé</p>	<p>Fonds spécifiques nationaux et financements locaux. 20 millions de couronner danoises en 2000 ont été allouées (environ 2,7 millions d'euros) par le gouvernement pour le financement de certaines actions et notamment pour le «Plan cancer» et le «Plan cœur». Le gouvernement alloue des budgets aux localités chaque année, budgets qui sont négociés en fonction des actions mises en œuvre. Les localités ont l'autonomie nécessaire pour financer les actions locales.</p>	<p>Amélioration de la coopération entre institutions. Les indicateurs de suivi des objectifs cibles montrent que des progrès ont été réalisés. Le budget alloué est considéré comme trop faible. Manque d'implication des localités dans le processus ce qui conduit à un manque de mise en œuvre. Le niveau central dispose de peu de moyens d'engagements des municipalités dans la démarche.</p>

<p>E S P A G N E</p> <p>Cohésion nationale Modernisation Qualité</p>	<p>Loi de cohésion et de qualité nationale (votée le 14 mai 2003). Cette loi définit les compétences respectives du niveau national et des niveaux régionaux. Le gouvernement national a défini 2 plans intégraux de santé (maladies cardiovasculaires et cancers) pour lesquels il a ouvert des groupes de travail</p>	<p>Certaines régions ont amorcé une réflexion autour de la définition de Health targets. En Navarre, les health targets défini en 1995 n'ont au aucun impact et cette région s'est orientée vers la définition de 5 priorités(4 pathologies et accidents) avec une approche plus orientée vers le système de soins</p>	<p>Les régions définissent leurs propres plans selon les méthodes qu'elles souhaitent. La Navarre a défini 5 priorités. 5 responsables ont été désignés pour développer des actions en binôme avec un référent extérieur des services de santé. Consultation des professionnels de santé, associations de patients et organisation non gouvernementales</p>	<p>La Navarre et le Pays-Basque peuvent prélever des impôts pour financer leurs programmes de santé. Les autres régions sont contraintes par l'allocation nationale.</p>	<p>À l'heure actuelle, les groupes de travail commencent la réflexion sur les deux plans intégraux de santé. En ce qui concerne la Navarre, le budget associé aux programmes de santé n'a pas été voté par le Parlement. A l'heure actuelle le processus bloque sur les aspects financiers (qui constituent le seul levier d'action de l'Etat sur les régions).</p>
<p>E T A T S - U N I S</p> <p>Réduire le taux de personnes non couvertes Réduire les dépenses de santé Faire face au vieillissement de la population Manque de professionnels</p>	<p>Il n'existe pas à l'heure actuelle de priorités de santé publique définies au niveau fédéral. Les priorités des programmes fédéraux correspondent aux enjeux. L'Etat d'Oregon a mis en place une réforme basée sur la détermination de priorités du système de santé.</p>	<p>Chaque Etat définit son plan de santé comme il le souhaite avec, comme seule contrainte, la fourniture de certaines prestations afin de pouvoir bénéficier des financements fédéraux.</p>	<p>Les stratégies développées aux Etats-Unis proviennent de plusieurs niveaux le niveau fédéral avec ses propres hôpitaux et ses programmes qu'il finance par les impôts et taxes fédéraux. Le niveau des Etats avec la déclinaison des programmes fédéraux et la régulation de l'offre de soins. Le niveau transversal des groupes hospitaliers, des sociétés financières assurances privées, le tout prenant des formes juridiques extrêmement variées (MCO, IDC...)</p>	<p>Il semble difficile d'élaborer une politique globale de santé publique dans un contexte d'éclatement des pouvoirs de décision et d'éclatement des structures et des formes de coopérations. Les réformes entreprises dans certains Etats pour rationaliser les dépenses de santé et mieux couvrir la population au travers de définition de priorités pour le système de santé n'ont pas encore donné de résultats significatifs.</p>	

<p>F I N A N C E</p> <p>Accessibilité Listes d'attente Disponibilité, Qualité et Quantité de l'offre de soins</p>	<p>Une législation spécifique sur la base des travaux en cours doit être votée pour le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Il existe un projet national de santé (qui contient le programme national de promotion de la santé) et un plan quadriennal défini par chaque gouvernement nouvellement nommé (plan opérationnel pour l'action sociale et la santé). Le Programme national de promotion de la santé 2015 (Mai 2001) s'inscrit dans le cadre des health targets. 8 objectifs prioritaires sont définis Pour chaque objectif les résultats souhaités sont spécifiés ainsi que des stratégies d'action incluant des recommandations. Le programme est établi par un conseil divisé en deux sections, l'une qui travaille avec les autres ministères et une section municipale Le plan quadriennal est défini par chaque gouvernement pour sa période de fonction.</p>		<p>Pour le projet national de santé, une somme annuelle de 700 millions d'euro a été débloquée pour financer les travaux. Le financement des actions définies dans le cadre du plan quadriennal est décidé annuellement sur le budget national.</p>	<p>L'idée de dissocier les plans quadriennaux de santé et le programme national de santé est intéressante. A l'heure actuelle, les travaux sont en cours. L'évaluation de l'impact se fera au travers de l'évolution des files d'attente et de l'utilisation des recommandations.</p>
<p>I T A L I E</p> <p>Disparités régionales et sociales. Accessibilité aux soins</p>	<p>Plan national biennal de santé définissant 15 objectifs et 10 projets stratégiques (2002-2004). Les plans précédents définissaient des objectifs de type health targets. Les orientations ont changé dans le dernier plan qui définit des stratégies orientés sur l'organisation et le management de l'offre de soins, la prévention et l'éducation, la recherche et la formation.</p>	<p>Chaque région définit son programme de santé comme elle le souhaite. Le système de santé italien se caractérise par un secteur privé important. Par conséquent, les négociations sont menées au niveau des régions entre différents partenaires pour la mise en œuvre des programmes régionaux.</p>	<p>Les premiers plans nationaux calés sur le modèle des health targets n'ont pas eu d'impact notable. Le système ternaire local, régional central décentralisé conduit à un manque de cohésion globale. Les contraintes économiques sont très fortes et le gouvernement central n'a que peu de leviers pour infléchir les stratégies régionales.</p>	
<p>En cours d'élaboration en juillet 2003.</p>				

<p>P A Y S - B A S</p> <p>Efficiace économique Liste d'attente Qualité des soins</p>	<p><i>Priorités pour le système de soins</i> Un ensemble de travaux est mené par le gouvernement central pour établir des recommandations et des stratégies de prévention et de traitement sur un ensemble d'une dizaine de pathologies. Les travaux réalisés sont définis dans un document biannuel (l'agenda politique). Ces recommandations sont publiées sous l'autorité du ministère de la santé et réalisées en partenariat par les organismes de recherches et de conseil. <i>Priorités de santé publique</i> Un contrat national a été défini en 2001 spécifiant quatre axes de travail les maladies infectieuses, l'environnement, l'information et l'éducation en santé, accidents et catastrophes naturelles. Des objectifs quantitatifs ont été définis à horizons temporels différents pour faire évoluer les comportements individuels (alcool, tabac, fruits et légumes, pratiques sexuelles à risque) et pour réduire les inégalités sociales de santé. Les priorités de santé sont définies par le gouvernement central. Le contrat de 2001 signifie la volonté du gouvernement central d'intégrer l'ensemble des organismes concernés dans la réflexion et le choix. Mais ce n'est pas encore effectif.</p>	<p>Traditionnellement, la définition des stratégies repose sur les propositions et initiatives locales et sur le pouvoir local. Les institutions et professionnels font leur proposition argumentée. Le choix est réalisé par le ministère et les autorités locales. Cependant, le gouvernement central souhaite définir les stratégies régionales au niveau national.</p>	<p>A l'heure actuelle, aucun budget n'est défini <i>ex ante</i>. Pour chaque axe de santé publique, il est spécifié que les propositions d'actions doivent comporter une étude de coûts précise. Le gouvernement envisage de financer directement certaines activités à réaliser sur l'ensemble du territoire. Les autorités locales peuvent prélever leur propre financement pour financer des actions locales.</p>	<p>Le système hollandais se caractérise par un éclatement relativement fort et un impact du calendrier électoral non négligeable. À l'heure actuelle, les travaux sur des priorités de santé publique sont en cours et l'évaluation prévue n'a pas encore été publiée. Les analystes du système s'accordent pour dire que les mesures actuelles sont encore trop orientées vers le curatif et préventif secondaire. De plus, les considérations budgétaires sont relativement occultées.</p>
<p>P O R</p> <p>Qualité et efficacité Listes d'attentes</p>	<p>Le ministère de la santé a défini un ensemble d'orientations stratégiques qui distingue des mesures immédiates de court terme, des changements structurels de long terme et des instruments de gestion de ces changements. La première série de mesure concerne un programme d'accès aux soins et la lutte contre des maladies prioritaires. Les changements structurels concernent le développement du secteur social et du secteur privé. Les instruments du changement sont l'information et la communication.</p>	<p>Les stratégies de santé sont définies dans le cadre du plan quadriennal. Le gouvernement conduit actuellement des études sur les stratégies à mettre en œuvre dans le système de santé.</p>	<p>Le Portugal fonctionne sur un modèle relativement centralisé avec un développement croissant du secteur privé. Les objectifs sont orientés vers le système de soins en priorité.</p>	
<p>F O Y A C M E I C I</p> <p>Qualité et accessibilité. Listes d'attente à résorber</p>	<p>Le niveau national définit un plan de santé qui comprend 4 priorités de santé publique (Cardiovasculaire, accidents, cancers et maladies mentales) avec, pour chaque priorité, des objectifs quantitatifs formulés selon le modèle des health targets à horizon 2010. Pour chaque objectif est défini un contrat national, qui revêt les caractéristiques d'un contrat moral entre le gouvernement, les institutions de soins et la population en spécifiant les responsabilités respectives des uns et des autres pour atteindre les objectifs. En parallèle, le gouvernement a lancé des groupes de travail chargé d'élaborer des recommandations de stratégies et d'indicateurs d'évaluation pour chaque priorité de santé diffusés sous le nom <i>National Service Framework</i></p>	<p>Chaque autorité sanitaire de district élabore un plan stratégique triennal. La consultation d'experts, d'usagers et de citoyens est variable selon les districts.</p>	<p>Les modalités de financement sont basées sur une contractualisation entre les professionnels et les autorités sanitaires de district en ce qui concerne les nouveaux projets. Pour les projets en cours, un système de notation par étoile est mis en place et les financements sont alloués en fonction des résultats</p>	<p>Le système anglais apparaît comme un système paradoxal puisqu'il combine une centralisation forte (financement central et contrôle important) et un éclatement des structures et acteurs. Le dispositif mis en place est selon l'avis des experts théoriquement intéressant. Dans la pratique, il s'avère que les professionnels sont relativement sceptiques notamment du fait que les financements «ne parviennent que difficilement jusqu'au bas de l'échelle». Les acteurs ont le sentiment qu'on leur demande de faire plus à moyens constants.</p>

<p>S U D E C A Z T G E Z E</p> <p>Inégalités d'accès aux soins Cohésion et Transparence Economies d'échelle, Adaptation de l'offre aux besoins.</p>	<p>Le niveau national est en cours d'élaboration des objectifs et stratégies du système de santé. Quatre axes prioritaires de travail ont été retenus (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, cancer et maladies chroniques). Traitement de l'information Le National Board (Socialstyrelsen), aidé par le Priorities Centre. Les choix sont réalisés par les communes.</p>	<p>Les comtés définissent leurs propres stratégies selon les méthodes qu'ils souhaitent. Pour ceci, ils peuvent avoir recours aux consultants et chercheurs du Priorities Center. Certains Comté ont mis en place un processus de consultation de leurs ressortissants.</p>		<p>Le système suédois est fortement décentralisé ce qui conduit à des redondances. Chaque comté réalise des travaux pour définir les stratégies. Le processus n'en est qu'à son commencement et il y a un travail de centralisation et de rationalisation des études. La décision en matière de santé est trop fortement imbriquée dans la décision politique locale.</p>
<p>C A Z T G E Z E</p> <p>Améliorer la transparence et la coordination</p>	<p>La direction cantonale de la santé a défini 4 priorités de santé publique (accidents, cancers, maladies transmissibles et santé mentale), 2 priorités «Sociales» (inégalités sociales et qualité de vie) et 1 priorité organisationnelle (système d'information) dans le cadre d'une planification sanitaire qualitative triennale (PSQ) votée par le Parlement en 1999. Un comité de pilotage et de coordination est créé avec la nomination d'un coordinateur pour chacune des priorités.</p>	<p>Les professionnels et institutions font des propositions d'actions dans le cadre de ce qui est proposé par la PSQ. Le comité de pilotage choisit parmi les propositions celles qui sont retenues. Un contrat est signé entre les parties.</p>	<p>Un budget de 8,5 millions de francs suisses (environ 13 millions d'euros) a été prélevé sur le budget hospitalier pour les 3 ans.</p>	<p>Il est intéressant de se doter de divers types de priorités qui se recoupent. Le système de coordination semble avoir porté ses fruits (il faut noter cependant que le canton de Genève englobe une population de moins d'un demi million seulement) Une difficulté rencontrée réside dans le prolongement des travaux amorcés pendant les 3 ans de PSQ. A priori, le réalisé n'est pas remis en cause.</p>

Les enjeux relatés dans la première colonne de ce tableau se classent en trois catégories □ enjeux liés au respect des principes et valeurs du pays, enjeux liés au système de soins et enjeux liés aux modes d'administration de la santé.

Les enjeux liés au respect des principes et valeurs se traduisent par la volonté de réduire les **inégalités sociales** et l'impact de celles-ci sur l'état de santé de la population. Les enjeux liés au système de soins sont liés à l'amélioration de la **qualité** et de l'**accessibilité** et à la rationalisation des **dépenses**. Les enjeux liés aux modes d'administration de la santé relèvent de la recherche de **visibilité** des dispositifs et de **transparence** dans les choix qui sont réalisés d'une part et dans la recherche d'un **décloisonnement**, de plus fortes **coopérations** pour assurer une bonne **cohésion** de l'ensemble des actions sur le territoire national.

L'importance relative accordée à ces enjeux influe sur les logiques à l'œuvre dans la détermination des objectifs et stratégies de santé. Le traitement des informations concernant la nature de ceux-ci nous a conduit à dégager trois types de logiques. La première, **logique «Health targets»** est issue des recommandations réalisées par l'OMS et des recommandations faites par celle-ci dans un rapport sur la santé au 21<sup>e</sup> siècle en Europe<sup>15</sup>. Cette logique a comme point de départ une réflexion sur les inégalités sociales présentées comme la problématique clef des pays industrialisés à l'heure actuelle. La deuxième logique, **logique soins**, s'explique par la prégnance des enjeux de qualité, d'accessibilité et de rationalisation des dépenses sur les autres enjeux. Ces deux logiques coexistent parfois, se suivent dans d'autres cas, mais lorsque nous les avons distingué c'est qu'elles ne se confondent pas dans une politique globale. C'est pourquoi nous avons dégagé une troisième logique qualifiée de **logique matricielle** qui décrit les pays ayant intégré l'ensemble des enjeux dans un programme global et unique conjuguant éventuellement les deux logiques précédentes, mais surtout s'inscrivant dans une démarche d'appropriation des méthodes pour les adapter aux besoins et à l'existant. Cet angle d'attaque conduit les pays à s'intéresser alors aux modalités d'administration de la santé dans son ensemble et mener une réflexion sur les outils de la décision.

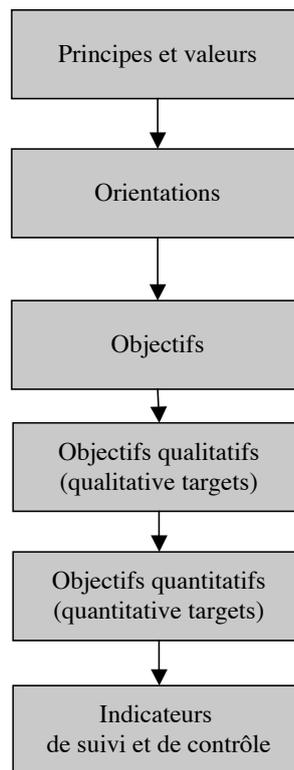
### 3.2.1. LOGIQUE «HEALTH TARGETS»

Suite aux travaux réalisés par l'OMS, un nombre important de pays se sont engagés dans la définition d'objectifs quantitatifs telle que recommandée dans le rapport de l'OMS □ l'Allemagne (au printemps 2003), le Québec (en 1992), le Danemark (en 1997), la Finlande (2001), la Suède (en cours) le Royaume-Uni et la région de Navarre en Espagne (1995), les Pays-Bas (2001), l'Autriche. 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 (Pays-Bas, Québec, Finlande et Royaume-Uni), soit pour répondre à un besoin de cohésion nationale des actions individuelles de santé (Danemark, Allemagne, Suède et région de Navarre).

La définition d'objectifs cibles est présentée comme un point de départ à la définition de priorités de santé. L'intérêt de la démarche est de définir 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, objectifs à poursuivre dans un temps donné avec un suivi et un contrôle de leur atteinte. La formulation d'objectifs quantitatifs est la dernière étape d'un processus itératif présenté dans le schéma suivant.

---

<sup>15</sup> World Health Organization Europe, *Health 21-Health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European Region*, Geneva □ WHO Europe 1999, 224p.

FIGURE 3: LES ETAPES DE LA LOGIQUE *HEALTH TARGETS*

Ainsi, la première étape consiste à interroger les **principes** et les **valeurs** fondamentales. Dans les pays observés, les principes et valeurs font l'objet d'un article de loi. Ceux-ci sont généralement formulés en termes de respect de la personne humaine et d'égalité d'accès. Les pays se dotent de principes pour essayer d'objectiver les choix tant au niveau des objectifs prioritaires que des stratégies à mettre en œuvre. Il existe des critères qui sont affichés explicitement. D'autres sont appliqués plus ou moins consciemment et sont par conséquent plus ou moins explicités.

Les principes majeurs dans les pays étudiés sont □

**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, la Finlande et le Québec 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'étude coût-efficacité doivent être utilisés. Les aspects économiques deviennent officiellement des principes de choix.

Ces trois principes ont été affirmés de manière différente selon les pays, mais généralement repris en préambule des documents présentant les objectifs cibles de la politique de santé. La commission suédoise en 1995 avait listé un ensemble de principes qui pouvaient potentiellement sous-tendre les politiques de santé. Les trois présentés ci-dessus apparaissent comme les seuls acceptables du point

de vue éthique. Un ensemble d'autres principes rejetés par la commission figure dans son ouvrage de synthèse<sup>16</sup>.

Selon le **principe du bénéfice** les stratégies qui permettent d'avoir les meilleurs résultats et de toucher le plus grand nombre de personnes sont favorisées. Le **critère de la loterie** signifie que chacun doit avoir la même chance de bénéficier des ressources sanitaires. S'il n'y pas suffisamment de ressources pour satisfaire tous les besoins, dans ce cas, on tire au sort les bénéficiaires. Le **critère de la demande** implique que l'on doit allouer les ressources en fonction de la demande. Ce principe suppose que nous sommes dans une situation de concurrence pure et parfaite où chacun est suffisamment informé sur les possibilités du système et où chacun a un accès identique au système. Le **critère d'autonomie** confère au patient le droit à tout moment d'arrêter ou de refuser un traitement. Ce principe soulève immédiatement le problème de l'individuel face au collectif et des externalités de santé. Ce principe peut alors conduire à des actions contradictoires avec le principe de solidarité du fait même que la santé se caractérise par de fortes externalités. Le **critère du résultat à court terme** est un critère non explicite mais très présent dans le choix des stratégies car pour des besoins électoraux, on privilégie souvent ce qui va donner des résultats à court terme afin de pouvoir s'appuyer dessus pour des réélections. Le **critère de la non reconversion économique et du non changement** constitue aussi un critère implicite et bien présent car pour éviter certains conflits et tensions sociales, on cherche à changer le moins possible.

Les **critères de l'âge, de la capacité économique, du statut et de la durée de résidence sur le territoire** constituent des critères qui s'appliquent de même plus ou moins implicitement. Le critère de l'âge apparaît précisément quand les priorités sont orientées catégories de population (jeunes, enfance, personnes âgées). Le critère de durée de résidence intervient aussi dans la mesure où l'accessibilité aux prestations dépend généralement de la légalité de la résidence sur le territoire qui dépend elle-même de la durée de résidence. Quand au critère de contribution économique, celui intervient malheureusement fortement dans l'accessibilité aux soins.

Les **orientations** sont définies en fonction de l'identification des problèmes majeurs avec des problèmes correspondants à des pathologies, des facteurs de risque et des catégories de personnes. Ce sont ces orientations principales qui constituent des priorités de santé au sens où un choix est réalisé. Ainsi, le Royaume-Uni a défini 4 priorités de santé qui sont déclinées en objectifs quantitatifs. L'Allemagne en revanche ne prétend pas à définir un programme mais uniquement des orientations globales nationales. Par conséquent, le gouvernement allemand n'opère pas à une priorisation des problèmes et les objectifs définis sont relativement exhaustifs. La région de Navarre avait adopté le même positionnement lors de son premier plan au début des années 1990. 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 □ l'Allemagne a identifié une liste relativement longue d'objectifs à atteindre qui sont formulés en terme de réduction de certaines incidences de maladies, augmentation du taux de dépistage, réduction de certains comportements à risques. Les objectifs sont formulés de manière plus qualitative lorsqu'ils font référence à des problématiques plus difficilement quantifiables.

Etant donné que les objectifs sont formulés de manière quantitative, ceux-ci sont formulés directement en termes **d'indicateur** 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.

---

<sup>16</sup> The Swedish Parliamentary Priorities Commission, *Priorities in health care*, 1995, 180p.

## Limites et perspectives

Si l'on rapproche ce processus du modèle théorique présenté en première section de ce chapitre, la formulation d'objectifs quantitatifs concerne les 3 premières étapes de définition des objectifs et stratégies de santé. Les objectifs cibles définissent de manière centrale les taux d'évolution de certaines pathologies possibles et souhaités, mais aussi les taux de prévention de certaines pathologies, les taux de réduction de certains comportements à risques et les taux d'amélioration de la qualité de l'environnement. Ceux-ci constituent une sorte de « guideline » sur les orientations que chaque professionnel peut donner à son activité. Sur la base de ce guide, les niveaux régionaux et locaux peuvent alors coordonner les activités et négocier des financements.

Cependant, il s'avère qu'en Navarre, au Québec et au Danemark, après une première période de détermination des objectifs cibles pour leur politique de santé, la dynamique s'est essoufflée et ces pays ont cessé de mettre en avant les objectifs-cibles. Ainsi, le Danemark dans son programme de 2002 n'évoque pas l'ensemble des objectifs même si ceux-ci sont considérés comme toujours valides. Les Pays-Bas quant à eux ont intégré les objectifs dans une logique orientée vers le système de soins. La Navarre quant à elle s'est engagée dans une nouvelle logique de définition des programmes de santé, logique que nous avons qualifiée dans ce rapport de logique matricielle. Le Québec a adopté la même logique.

Un premier point négatif des objectifs quantitatifs est que généralement ceux-ci sont trop nombreux car ils sont définis dans une logique de recherche d'exhaustivité. En effet, ceux-ci doivent couvrir toutes les problématiques de santé au risque de mettre de côté des éléments importants. 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. Ainsi en Navarre, le rapport basé sur les objectifs n'a pas eu d'impact réel et semble être resté un ensemble de « bonnes intentions » non réalisées.

Un deuxième point négatif évoqué, lié au premier, concerne la crédibilité des objectifs. Les cibles quantitatives formulées ainsi avec les échéances temporelles précises ne sont pas très crédibles pour les professionnels de santé, car trop nombreuses. Généralement, les objectifs ainsi listés sont considérés comme une mise à plat à un moment donné d'un ensemble de problématiques et d'évolutions potentielles et non comme un guide de l'action. Ceci est accentué par le fait que généralement aucun financement n'est spécifié.

Un troisième point négatif évoqué concerne la tendance à choisir des objectifs facilement mesurables et de court terme afin de pouvoir montrer des évolutions notables sur une période électorale. Le critère implicite de court terme est fortement présent dans ce type de démarche du fait de l'obligation de résultat des gouvernements.

Un quatrième point négatif est relatif au fait que les objectifs ne sont pas liés entre eux et que les impacts croisés ne sont pas définis. Ceci conduit à une vision morcelée des problématiques.

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 (logique matricielle présentée plus en avant).

### 3.2.2. LOGIQUE SOINS

Face aux problématiques récurrentes du système de soins que sont la gestion des listes d'attente, l'accessibilité, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité économique, ceci couplé avec un manque de cohésion nationale des stratégies des systèmes de soins, certains pays ont rapidement amorcé un processus de définition de priorités du système de soins comme la Finlande, la Suède, le Royaume-Uni, l'Espagne, les Pays-Bas et le Portugal et certains Etats unis d'Amérique.

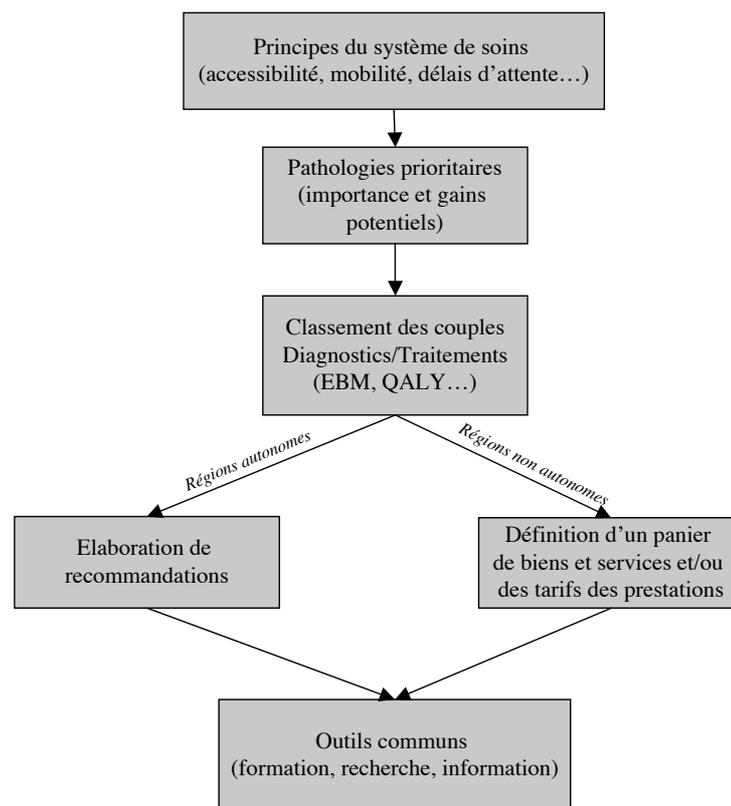
Le processus de définition de priorités du système de soins est amorcé par une première étape qui vise à définir les principes du système de soins et à identifier les principales problématiques. Pour

l'ensemble des pays, il y a une volonté forte de réduire les inégalités sociales face au système de soins. La Finlande, le Royaume-Uni, le Portugal et les Pays-Bas ont des listes d'attente relativement longues et souhaitent les réduire, la Suède, les Etats-Unis, l'Espagne, le Portugal, la Finlande, l'Italie, les Pays-Bas souhaitent améliorer la qualité des soins et l'efficacité économique.

À 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/traitement à partir des résultats des études de type *Evidence Based Medicine* et de coûts-efficacité.

Ensuite, selon l'autonomie des régions, soit le niveau central édicte des recommandations sur l'ordonnancement des couples diagnostics/traitements, soit il définit lui-même l'ensemble des prestations contenues dans le panier de biens et services de base. Ainsi, en Oregon, dans le cadre du programme Medicaid, le classement par le gouvernement des couples diagnostics/traitements a été réalisé pour l'ensemble des pathologies et a permis de produire une liste de 730 paires constituant le panier de biens et services. Au Royaume-Uni, en Espagne, aux Pays-Bas, Finlande et Portugal, les gouvernements centraux réalisent les études permettant de classer les couples et éditent des fascicules visant à guider les choix locaux entre pathologies et pour chacune des pathologies. Dans ce cas, les régions ou localités se saisissent de ces recommandations pour définir leur propre liste de prestations contenues dans le panier de biens et services local.

**FIGURE 4: LES ETAPES DE LA LOGIQUE SOINS**



La logique *soins* est une logique médicale abordant les problèmes de santé sous l'angle de l'incidence et la prévalence des pathologies 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 priorisation afin de mieux répartir les dépenses de soins et les réflexions sont alors menées par le niveau central. Les initiatives amorcées aux Etats-Unis par certains Etats ont pour objectif de définir le contenu des programmes fédéraux Medicare et Medicaid. Les compagnies d'assurance maladie privées quant à elles ne sont pas soumises à la contrainte de solidarité et dans une certaine mesure définissent leurs niveaux de couverture maladie de manière à être attractif auprès de la demande solvable.

Le Royaume-Uni a développé les deux logiques *health targets* et *soins*. Ainsi, des objectifs quantitatifs ont été définis pour 4 pathologies prioritaires. À partir de là, le niveau central travaille à l'élaboration d'un ensemble de recommandations de prévention secondaire et de traitement de ces pathologies d'une part, et à la définition d'actions à mettre en œuvre pour améliorer les déterminants sociaux de la santé et notamment réduire les inégalités sociales d'autre part. La Finlande a deux processus juxtaposés □ un processus de définition de *health targets* et un processus d'élaboration de recommandations pour le système de soins. L'Espagne, quant à elle, dans sa loi de cohésion définit un ensemble de mesures à prendre dans le champ du système de santé et deux pathologies prioritaires pour lesquelles le gouvernement va entamer des travaux afin de réaliser des recommandations utiles aux régions pour déterminer l'ensemble des prestations financées.

L'Etat d'Oregon s'inscrit clairement dans une démarche de rationalisation des dépenses de santé par la définition de listes ordonnant les couples diagnostics/traitements afin de définir le taux de couverture du programme Medicare. Aux Pays-Bas, un ensemble de travaux est réalisé par le gouvernement central pour établir des recommandations et des stratégies de prévention et de traitement sur une dizaine de pathologies.

### **Perspectives et limites**

La première limite évoquée concerne l'aspect réducteur des mesures prises qui ne visent qu'à toucher le système de soins et non l'ensemble des déterminants de la santé. Cependant, il faut préciser que les pays qui ont 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 terme d'efficacité médicale et d'efficience 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.

Une troisième limite est liée à la relative antinomie entre l'individuel et le collectif. Le choix politique concernant les priorités du système de santé 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 dans la mesure où celles-ci ne peuvent contribuer directement aux financements de soins hors panier de biens et services. En effet, les démarches de priorisation des prestations de soins adoptent une vision utilitariste 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 accessible 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. Cependant, cette logique est une logique de court terme et ne peut prétendre à devenir une logique de long terme. Elle vise à obtenir des résultats immédiats en termes d'accessibilité, de pertinence et de coûts.

### 3.2.3. LOGIQUE MATRICIELLE

Les deux logiques précédentes opèrent une sorte de confusion entre les problématiques de santé publique et la problématiques du système de soins. En effet, quand elles coexistent, les objectifs du système de soins devraient s'inscrire dans les objectifs de santé publique. Dans les faits il n'y a pas véritablement de cohérence et les deux logiques se juxtaposent sans s'inscrire dans une démarche d'ensemble. Ainsi en Allemagne par exemple, le niveau central définit des objectifs quantitatifs de santé publique et les objectifs du système de santé sont définis entre les caisses de l'assurance maladie (environ 350 sur tout le territoire) et les offreurs de soins.

Le Québec, le canton de Genève, la Belgique et le Danemark ont adopté une attitude originale qui ne se résume pas à la juxtaposition des logiques précédentes mais qui consiste en l'élaboration d'une logique propre pour résoudre leurs problématiques. Ces pays définissent généralement plusieurs catégories de priorités avec des priorités verticales, des priorités horizontales et des priorités transversales. Comme nous l'avons vu plus haut, le point de départ de cette logique matricielle peut être la définition d'objectifs-cibles ou bien la définition de priorités du système de soins. Mais ces démarches visent à définir un processus cohérent et cohésif, lisible et transparent, adapté et approprié par l'ensemble des acteurs et touchant l'ensemble des déterminants de la santé dans un schéma d'ensemble.

Les démarches du Québec, de Genève, de la Belgique et du Danemark sont des démarches qui visent à intégrer dans un programme unique l'ensemble des problématiques de santé publique. Celles-ci visent à donner un cadre cohérent et unique dans lequel l'ensemble des stratégies et des objectifs de santé sont présents, que ceux-ci aient trait au système de santé ou à l'ensemble des déterminants de la santé, que ceux-ci soient exprimés sous forme d'objectifs quantitatifs précis ou de stratégies générales. Ainsi l'on trouve □

- Des priorités verticales qui constituent le point d'entrée et qui correspondent principalement à des pathologies ou à des déterminants de santé.
- Des priorités horizontales qui correspondent à des catégories de population ou à des principes clefs (inégalités sociales et qualité de vie).
- Des priorités transversales qui correspondent à des fonctions supports à fournir en priorité (information, coordination...) qui touchent à l'organisation des dispositifs.

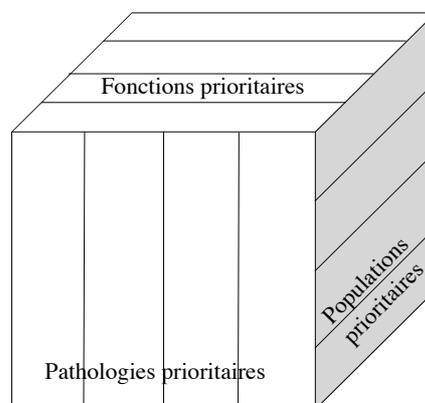


FIGURE 5 □ EXEMPLE DE REPRESENTATION DE LA LOGIQUE MATRICIELLE

Ceci conduit alors à définir des stratégies de court terme □ l'Etat s'engage à travailler sur la production de recommandations d'une part et sur la mise à disposition d'un ensemble d'informations pour les plans régionaux.

L'Etat définit de plus des cellules de coordination afin de gérer les intersections entre les priorités. Ainsi, dans le cas de Genève, un coordinateur est nommé pour chacune des priorités et les coordinateurs se réunissent régulièrement pour travailler sur les zones communes à leurs problématiques. L'enjeu réside justement dans la gestion des intersections et dans la capacité à intégrer l'ensemble des actions dans une démarche globale et cohérente de santé publique.

Le canton de Genève a défini 4 priorités de santé orientées pathologies, et 2 priorités transversales que sont la qualité de vie et les inégalités en santé. Ces priorités sont couplées avec les fonctions supports prioritaires que représentent la communication et l'information.

La communauté française de Belgique définit quant à elle 4 pathologies prioritaires, 4 populations prioritaires sont distinguées et deux fonctions supports prioritaires que sont l'information et la coordination.

Le Québec distingue des pathologies prioritaires et des fonctions prioritaires (garantir l'accès à des informations pertinentes, favoriser l'atteinte d'un consensus, encourager la participation du public...).

Le Danemark quant à lui prend comme point d'entrée les facteurs de risque. À partir des problèmes de santé qui en découlent, les catégories de personnes les plus touchées sont distinguées. Un ensemble de stratégies communes est alors défini, ainsi que les fonctions supports prioritaires que sont la coordination et l'information.

### **Limites et perspectives**

De notre point de vue, ces démarches sont intéressantes car elles donnent une bonne lisibilité de la politique en matière de santé. Les objectifs tels qu'ils sont définis s'adressent à tous les acteurs et sont entendus comme tels par ces derniers. Ainsi, personne ne se soustrait aux orientations globales puisque celles-ci englobent tous les dispositifs. Ces démarches, de plus, s'appuient sur l'ensemble des éléments existants puisqu'elles émergent de réflexions internes et contextualisées.

La combinaison des priorités verticales avec des priorités transversales permet de distinguer la nature des éléments et de définir des objectifs à échéances différentes. Ces logiques intègrent de plus l'ensemble des problématiques organisationnelles et des outils de gestion requis.

Cependant, la combinaison de priorités verticales, horizontales et transversales conduit à multiplier les zones d'intersection et à complexifier la nature des relations entre les acteurs puisqu'il existe alors plusieurs référents potentiels pour certaines problématiques. Cette combinaison pose de manière cruciale la question du rôle de coordination et des compétences et responsabilités requises pour pouvoir assurer cette fonction.

Une des limites évoquées par certains acteurs de ces dispositifs à trait justement à l'aspect global. En effet, ce type de démarche conduit à ouvrir un nombre important de chantiers en même temps, et oblige à la définition préalable d'un ensemble d'indicateurs pertinents permettant de rendre compte respectivement au vertical à l'horizontal et au transversal de ce qui leur revient. Or la définition de ces indicateurs est relativement difficile car ils doivent être capables de traduire tant les aspects quantitatifs que les aspects qualitatifs des objectifs et stratégies envisagées tout en permettant à chacun d'évaluer sa contribution relative à ceux-ci.

## 4. UNE RELATIVE UNIFORMITE DANS LES INFORMATIONS UTILISEES

La définition de priorités en matière de santé publique est difficile car celle-ci conduit à choisir entre des groupes de professionnels, des groupes de patients potentiels ou réels d'une part, et cela conduit à normer certains comportements d'autre part. C'est pourquoi la décision s'appuie sur un ensemble d'études scientifiques qui fournissent des informations sur l'état de santé de la population, la prévalence et l'incidence des pathologies, sur l'efficacité relative des différentes interventions possibles et sur les coûts de celles-ci. Sur la base de ces études, les choix sont réalisés selon l'importance accordée à chacun des critères étudiés □ importance de la pathologie, gains potentiels, facteurs de risques...

Le tableau suivant décrit les processus mis en place pour définir les objectifs et stratégies dans les différents pays étudiés et les critères retenus selon leur importance.

**TABLEAU 6: METHODES ET CRITERES DE CHOIX**

<p><b>Allemagne</b></p>	<p><b>Objectifs quantitatifs</b>                  Les objectifs quantitatifs sont définis par différents experts coordonnés par l'organisation nationale pour la santé. Les critères retenus sont</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaux mortalité et morbidité</li> <li>• Economique études coûts/efficacité</li> <li>• Ethiques principes d'égalité d'accès</li> </ul>
<p><b>Communauté française de Belgique</b></p>	<p><b>Problèmes prioritaires de santé</b>                  Le Conseil Supérieur de promotion de la santé a pour mission de proposer au Gouvernement de la Communauté des axes prioritaires et des orientations des actions en matière de promotion de la santé. Ces propositions sont réalisées sur la base d'un consensus obtenu entre les membres du groupe de travail réunissant des experts et des représentants de professionnels de santé. Les critères sont</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes majeures de mortalité et de morbidité</li> <li>• Consensus pour être retenues, les proposition doit être votée à la majorité absolue des suffrages exprimés au sein du Conseil.</li> </ul> <p><b>Stratégies de santé</b>                  Les actions de santé sont définies sur la base de propositions des professionnels et institutions qui inscrivent celles-ci dans les orientations stratégiques définies dans le programme quinquennal en santé.                  Les centres locaux de promotion de la santé sont les organismes en charge de coordonner les actions individuelles.</p> <p><b>Évaluation</b>                  Un bilan annuel doit être établi à partir des données obtenues auprès du Centre de recherche opérationnelle en santé publique et des Centres locaux de promotion de la santé. Nous n'avons pu en trouver trace. Le programme quinquennal spécifie qu'il faut définir des indicateurs plus pertinents en ce qui concerne la promotion de la santé, ce qui implique aussi de construire de nouvelles stratégies d'évaluation (en particulier pour le recueil des données) et de développer des modèles d'évaluation s'inspirant d'autres paradigmes que l'objectivisme et la quantification.                  Le programme de promotion de la santé prévoit la mise en place d'un processus concerté d'explicitation et d'analyse des besoins exprimés par les acteurs de terrain et la population</p>
<p><b>Québec</b></p>	<p><b>Priorités de santé</b>                  Deux critères retenus l'ampleur et la gravité des problèmes de santé et l'efficacité des interventions envisagées.</p> <p><b>Choix des actions</b>                  Le choix des actions a été réalisé sur la base de documents préparés par le réseau de santé publique sous la coordination du ministère québécois de la santé.</p>
<p><b>Danemark</b></p>	<p><b>Objectifs quantitatifs de 1999 établis selon trois critères</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence de la maladie,</li> <li>• Connaissance de ses causes et de ses facteurs de risque, avec un bon niveau de preuve, et</li> <li>• Nécessité de renforcer des actions existantes.</li> </ul> <p>Le programme s'inspire des travaux du Comité sur l'Espérance de vie sur la mortalité, la morbidité et les inégalités de santé.                  Programme établi par des ministres, des fonctionnaires de l'Etat et des représentants des comtés et des municipalités.</p> <p>Stratégies locales                  Chaque municipalité définit un plan selon ses propres méthodes. Les plans sont soumis au conseil national de santé pour commentaire. Il n'existe pas de critères explicites d'appréciation de ces plans.</p> <p><b>Stratégies du programme de 2002</b>                  Les critères de choix ne sont pas explicités</p>

<p><b>Espagne, Catalogne</b></p>	<p><b>Loi de cohésion</b>                  Au sein du département de planification du ministère de la santé, une cellule de 4 personnes a été constituée (un juriste, deux médecins et le directeur général de la planification) pour définir un projet de loi nationale. Le projet de loi a été soumis aux autres ministères, à des experts juridiques et a été approuvé par le conseil des ministres en décembre 2002. Cette loi a été votée par le Parlement en mai 2003.</p> <p><b>Plans intégraux de santé</b>                  La loi de cohésion définit le niveau central comme le niveau optimal de définition de recommandations concernant les stratégies et l'organisation des activités. Deux axes prioritaires ont été définis le plan cardiopathie et le plan cancer. Les groupes de travail ne sont pas encore mis en place en mai 2003.</p> <p><b>Plans régionaux de santé</b>                  Les modalités de définition des plans régionaux de santé varient d'une région à l'autre dans la mesure où les régions ont une forte autonomie. La Navarre, après avoir abandonné une démarche de fixation d'objectifs quantitatifs type OMS, a fixé 5 priorités selon les critères</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact social le plus important en termes de mortalité, de morbidité, de nombre d'années de vie sans incapacité potentiellement gagné et de nombre d'années de vie perdues</li> <li>• Effectivité et faisabilité analysées du point de vue de l'existant et des contraintes techniques et organisationnelles.</li> </ul> <p>Le plan a été réalisé par l'unité d'élaboration des politiques de santé du ministère de la santé de Navarre. Il a été diffusé auprès des responsables de l'administration sanitaire, des professionnels de santé, des associations de patients et des organisations non gouvernementales pour discussion et proposition. Le processus de consultation a duré un mois. Il a été soumis au Parlement pour vote mais en mai 2003, il n'était pas voté pour des raisons budgétaires. 5 responsables ont été désignés pour développer des actions et des programmes en binôme avec un référent extérieur.</p>
<p><b>Finlande</b></p>	<p><b>Objectifs de santé publique</b>                  Choix des objectifs basé sur un rapport décrivant l'état de santé de la population et les développements souhaitables en matière de santé publique, préparé par le Ministère des affaires sociales. Rapport accompagné d'un document retraçant la situation sanitaire du pays et les inégalités observées entre municipalités, rédigé par le KTL. Rapport également accompagné d'une analyse de la protection sociale maladie, publiée par le STAKES</p> <p>Priorités énoncées dans le rapport discutées ensuite par le Comité des affaires sociales et de santé du Parlement</p> <p>Le processus de définition des objectifs quantitatifs n'a pas été largement débattu. Le processus n'a pas impliqué de représentants politiques, ni n'a donné lieu à un dispositif large de consultation.</p>
<p><b>Italie</b></p>	<p><b>Objectifs nationaux</b>                  Les objectifs quantitatifs et stratégies nationales sont élaborés en tenant compte des propositions régionales basées sur l'Etat de santé de la population et l'offre de soins existante. L'institut de recherche scientifique est chargé de conduire les études épidémiologiques. Les critères de choix sont l'incidence et la prévalence des maladies.</p> <p><b>Plans régionaux</b>                  Les régions ont une autonomie très forte et définissent leurs propres objectifs selon leur agenda politique en s'inscrivant en théorie dans les objectifs nationaux. Ceci selon leurs propres critères.</p> <p><b>Évaluation et contrôle</b>                  Le ministère de la santé contrôle la cohérence des objectifs régionaux                  Les régions fournissent un rapport annuel sur le degré d'atteinte des objectifs</p>
<p><b>Luxembourg</b></p>	<p>En cours en juillet 2003.</p>

<p><b>Pays-Bas</b></p>	<p><b>Priorités du système de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les 4 ans, rapport sur l'état de santé de la population, réalisé par l'Institut national de santé publique et de l'environnement <i>RIVM</i> (organisme scientifique, essentiellement composé d'experts)</li> <li>• Rapports du Conseil de Santé des Pays-Bas (le Conseil de santé, multidisciplinaire, est composé de 163 membres)</li> <li>• Création du Fonds d'Investigation en Médecine en 1988 pour financer des recherches d'évaluation des technologies médicales</li> </ul> <p>Les associations d'utilisateurs sont très importantes et leurs interventions pèsent assez fortement sur les choix qui peuvent être arrêtés au niveau national</p> <p><b>Contrat national pour la santé publique et axes prioritaires</b></p> <p>Ce contrat national a été rédigé en concertation entre le ministère de la santé nationale, les autorités sanitaires locales et des représentants de professionnels. À l'heure actuelle, il n'existe aucun dispositif formel de consultation des citoyens.</p> <p>Les critères de choix sont la prévalence et l'incidence de la maladie, les gains potentiels, et le coût social.</p> <p>Les stratégies sont définies sur la base d'études EBM d'évaluation technologique, d'études coûts/efficacité et d'études d'acceptabilité sociale.</p>
<p><b>Portugal</b></p>	<p>Plan préparé par les structures centrales et régionales du Ministère de la santé et des professionnels de santé</p> <p>Processus de consultation, réunions et débats puis analyse de contenu des opinions exprimées</p> <p>Large processus de consultation, à travers un document de travail diffusé à toutes les structures du SNS, les organisations de professionnels de santé, les facultés de médecine et autres institutions d'enseignement en lien avec la santé, des ONG en lien avec la santé</p> <p>Réunions et débats avec des organisations intéressées</p>
<p><b>Royaume-Uni</b></p>	<p><b>Priorités de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les causes majeures de mortalité et de morbidité – données épidémiologiques</li> <li>• Évaluer les actions passées</li> <li>• Déterminer les domaines dans lesquels une amélioration est réalisable compte tenu des moyens disponibles</li> <li>• Fixer des objectifs sur la base d'un système d'information de qualité permettant de faire le suivi.</li> </ul> <p><b>Plans stratégiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les priorités nationales et les objectifs-cibles des trois prochaines années</li> <li>• Déterminer les capacités nécessaires pour répondre à ceux-ci</li> <li>• Déterminer les responsabilités respectives de chaque organisation sanitaire et sociale</li> <li>• Établir des plans robustes qui montrent systématiquement comment les améliorations sont envisagées et quelles sont les implications des professionnels et du public nécessaires</li> <li>• Améliorer la communication locale et l'information au public de manière à rendre compte des progrès réalisés et de la valeur ajoutée chaque année.</li> </ul> <p><b>Evaluation</b></p> <p>Les méthodes d'évaluation utilisées reposent sur 250 entretiens avec des membres des autorités régionales et nationales, des experts et des représentants d'utilisateurs. Sur la base de cette évaluation, les autorités sanitaires attribuent une note qui va d'une étoile à trois étoiles pour les plus performants. Les budgets sont alors accordés en fonction de la notation.</p>
<p><b>Suède</b></p>	<p><b>Objectifs quantitatifs et priorités du système de soins</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer un cadre d'analyse pour amorcer la discussion publique (réalisé par le <i>PrioriteringsCentrum</i>) et publication d'un ensemble de documents à diffuser largement à la population</li> <li>2. Évaluer l'impact des priorités selon quatre dimensions – impact sur l'incidence des morbidités, impact sur les taux de mortalité et de morbidité, impact sur la distribution de ces taux entre catégorie sociale, impact sur le « trade-off » entre efficacité économique et éthique.</li> <li>3. Finaliser les stratégies par le biais des objectifs cibles. Le <i>PrioriteringsCentrum</i> doit définir l'impact financier de chaque action proposée. La version définitive doit définir les équipements, les organisations à mettre en œuvre et les responsabilités respectives des différents acteurs du système pour atteindre les objectifs-cibles.</li> </ol> <p>Le <i>PrioriteringsCentrum</i> est composé de consultants, de chercheurs, d'experts et mène des études auprès des professionnels de santé. Chaque niveau de responsabilité est consulté pour la formulation des priorités</p>

<b>Suisse Canton de Genève</b>	<p>Priorités de santé publique Rapport sur les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé réalisé par l'Institut de médecine sociale et préventive. La détermination des priorités dans ce rapport s'est basée sur une méthode en trois temps</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) Analyse des Années Potentielles de Vie Perdue (APVP)</li><li>(2) Analyse des «Disability Adjusted Life Year (DALY)</li><li>(3) Analyse du point de vue des personnes concernées par les problèmes de santé à Genève</li></ol> <p>Il s'avère que les 3 méthodes utilisées ont été convergentes et ont aboutit à un rapport qui définit initialement 13 zones d'actions prioritaires qui ont été réduites à 4 priorités selon la volonté du Conseiller d'Etat. A partir de ce rapport une loi de planification sanitaire qualitative a été promulguée retenant 5 priorités et ceci selon un processus officieux où le directeur de l'IMSP a modifié une priorité (maladies transmissibles contre maladies cardiovasculaire visiblement pour des conflits d'intérêt) et rajouté une priorité sur le carnet de santé qui n'a jamais donné lieu à des actions concrètes. Un budget de 8,5 millions de Francs Suisse a été défini à la louche «Sur un coin de table» et prélevé directement sur le budget des hôpitaux.</p> <p><b>Stratégies et programmes</b></p> <p>3. Sur la base de cette loi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) Un copil a été désigné avec comme fonction de décider des projets retenus</li><li>(2) Un coordinateur a été désigné pour chaque priorité</li><li>(3) la structure de coordination a sollicité les divers acteurs concernés par les priorités de santé afin que ceux-ci fassent des propositions d'action. Le principe retenu est qualifié de «Planification opportuniste». Ceci signifie que compte tenu de la durée de la PSQ (3,5 ans), les projets déjà démarrés et bien ficelés ont été privilégiés</li></ol> <p>Aujourd'hui, la période initiale de la PSQ est terminée. Un rapport plutôt positif a été réalisé. A priori, les priorités de santé seront à présent dissoutes dans les diverses associations et institutions (il n'y aura plus d'organe spécifique de coordination des priorités).</p>
--	--

Dans l'ensemble des pays étudiés, les pathologies prioritaires sont définies sur la base des études épidémiologiques. Le classement des couples diagnostic/traitement est réalisé sur la base d'évaluations technologiques du type Evidence Based Medicine combinées avec une évaluation économique de type coût/efficacité<sup>17</sup>.

#### 4.1. PATHOLOGIES PRIORITAIRES ET OBJECTIFS QUANTITATIFS DE SANTE

---

Les pathologies, les déterminants de la santé, les groupes de population prioritaires et les objectifs quantitatifs de santé (du type réduction de certains comportements à risque, réduction de l'incidence et de la prévalence de certaines pathologies...) sont définis sur la base d'études épidémiologiques.

L'épidémiologie est « *un raisonnement et une méthode propres au travail objectif en médecine et dans d'autres sciences de la santé, appliqués à la description des phénomènes de santé, à l'explication de leur étiologie et à la recherche des méthodes d'interventions les plus efficaces* »<sup>18</sup>. Les études épidémiologiques ont notamment pour objet de hiérarchiser les besoins de santé de la population. Ces études analysent les caractéristiques de mortalité et de morbidité par région et par catégorie d'individus définies selon l'âge, le sexe, la catégorie sociale, les habitudes de vie.... Elles permettent d'obtenir des informations sur les causes de mortalité et de morbidité, sur leur incidence et leur prévalence. Ces informations sont alors utilisées pour déterminer les besoins relatifs en santé et les prioriser en fonction de leur importance relative au regard de la société. Les études épidémiologiques sont utilisées pour définir les orientations et priorités générales de la politique de santé.

L'épidémiologie a pour fonction de prévoir des tendances et d'identifier des gains potentiels. De nombreuses limites sont évoquées à l'encontre des méthodes épidémiologiques, limites inhérentes au champ de leur étude. Les limites évoquées ont trait au fait que la formalisation du réel qui est donnée par ce type d'étude ne prend en compte que ce qui est directement quantifiable □ « *l'objectivité apparente des chiffres cache le fait que tout ce qui n'est pas directement quantifiable s'exclut du processus d'analyse* » □ « *Comment intégrer dans la théorie du schéma décisionnel les options qui ne se prêtent pas à la mise en équation* » □ *Comment accepter que tout ne soit pas quantifiable* □ *comment à l'inverse traduire la rigueur glacée des chiffres en concepts, en arguments intelligibles par le plus grand nombre et capables de fonder la décision* □ *Une frustration naît de ce que la compréhension du monde est désormais le fruit d'un processus quantitatif, tandis que la décision est un processus qualitatif*<sup>19</sup> □.

Cependant, ces limites sont inhérentes même au processus de représentation d'une réalité qui en simplifie forcément les caractéristiques. Dans les pays étudiés, les limites des études épidémiologiques ne constituent pas un obstacle à la définition des priorités de santé. Généralement, lorsqu'une étude a été menée combinant les résultats épidémiologiques et les avis d'experts, celle-ci montre une convergence dans les conclusions des deux sources.

#### 4.2. EFFICACITE DES INTERVENTIONS

---

Pour chacun des objectifs identifiés, un certain nombre d'interventions distinctes est envisageable. Afin de pouvoir choisir parmi l'ensemble des interventions possibles les plus efficaces, les résultats d'études de type Evidence-Based Medicine sont utilisés. La contribution de l'« **evidence-based-medicine** » (EBM) a trait à l'analyse de l'efficacité relative de certaines modalités de traitements, ceci afin d'évaluer les technologies médicales, mais aussi les thérapies médicamenteuses.

---

<sup>17</sup> Tragakes E □ Vienonen M., *Key issues in rationing and priority setting for health care services*, WHO regional office for Europe, janvier 1998, 47p.

<sup>18</sup> Jenicek M., Cléroux R., *Epidémiologie □ principes, techniques, applications*, Edisem 3è Edition, 1984, 454p.

<sup>19</sup> Prost A., « La place de l'épidémiologie dans le processus de décision », *Cahiers santé*, n°7, 1997, pp. 61-64.

Définition de l'EBM<sup>20</sup> □ processus systématique de recherche, d'évaluation, et d'utilisation des résultats contemporains de la recherche pour prendre des décisions cliniques. L'Evidence Based Medicine (EBM) pose des questions, trouve et évalue les données appropriées, et utilise ces informations pour la pratique clinique quotidienne. L'EBM suit quatre étapes : formuler une question clinique claire du problème posé par un patient ; rechercher dans la littérature les articles cliniques appropriés ; évaluer de façon critique les preuves en ce qui concerne sa validité et son utilité ; mettre en application les résultats utiles dans la pratique clinique. Le terme "*evidence based medicine*" a été inventé à la Faculté de médecine McMaster au Canada dans les années 80 pour nommer cette stratégie d'étude clinique que les gens de cette école avaient développée depuis plus d'une dizaine d'années.

Les recommandations pour la pratique clinique issues de consensus autour des études EBM doivent être systématiquement assorties d'un niveau de preuve scientifique établissant leur bien-fondé. Cependant, tous les scientifiques n'adoptent pas les mêmes critères de preuve. Les niveaux de preuve varient dans leurs exigences d'une institution à l'autre, même dans le même pays.

Cette méthode présente une limite importante. Dans plusieurs domaines de la médecine, les données cliniques et épidémiologiques sont insuffisantes, et il s'avère donc impossible de donner des recommandations fondées sur un niveau de preuve suffisant dans ces zones qui demeurent "grises".

Les résultats de l'EBM sont utilisés par les experts pour nourrir la discussion autour des priorités du système de soins.

### **4.3. EVALUATION ECONOMIQUE DE TYPE COUT/EFFICACITE**

---

**Les études économiques** consistent généralement à définir l'allocation optimale des ressources. Les analyses économiques examinent le problème dans une perspective de coûts engendrés par l'activité et des bénéfices retirés de cette activité. Les études économiques sont orientées vers l'évaluation des différentes stratégies existantes ou à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs généraux. Les méthodes s'inspirent de celles développées il y a quelques années sous le nom de rationalisation de choix budgétaires (RCB).

Les approches sont nombreuses selon la manière de calculer les coûts et de calculer l'efficacité. Là encore les méthodes à retenir font l'objet de nombreux débats dans la communauté scientifique économique, mais n'apportent pas de hiérarchisation univoque des différents programmes et stratégies possibles.

Plusieurs méthodes d'évaluation de l'efficacité existent. Les méthodes de type coûts-utilité relient les coûts d'une action médicale à ses conséquences exprimées en variables qualitatives. Elles font intervenir une nomenclature qui comporte plus d'un critère non monétaire. C'est par exemple le cas lorsqu'on s'intéresse aux coûts liés à des nombres d'années de vie gagnées et à la qualité de vie associée à ces années gagnées.

Les études économiques sont les plus controversées car, d'une part, le calcul des coûts est conventionnel et subjectif (coûts cachés, coûts induits, coûts liés, transferts de coûts). D'autre part, les bénéfices doivent être mesurés en terme de santé et de bien-être qui sont des éléments difficilement appréhendables. Par conséquent, les résultats de ces études sont relativement variables en fonction des conventions de calcul utilisées.

### **4.4. LIMITES ET PERSPECTIVES**

---

Ces trois types de données répondent à la nécessité de définir les causes majeures de mortalité et morbidité, pour lesquelles des interventions sont possibles et où il est possible de définir des

---

<sup>20</sup> <http://www.chu-rouen.fr/ssf/profes/evidencebasedmedicine.html> consulté le 15 juillet 2003.

stratégies claires et de piloter les actions pour les entreprendre. Cependant, de nombreuses études montrent que les outils d'aide à la décision ne sont pas directement utilisés dans la mesure où les décisions prises *in fine* vont parfois dans le sens opposé du résultat de l'étude.

En premier lieu, les acteurs dénoncent un manque d'information épidémiologique et statistique pour prendre les décisions. Ceci traduit d'une part la réalité des systèmes d'information des pays étudiés. Ces systèmes sont généralement éclatés en plusieurs sous-systèmes, pas forcément connectés. Les études sont longues à obtenir et font souvent défaut au moment de la nécessaire décision politique. Cette perception du manque d'information est aussi caractéristique de la difficulté du choix en matière de santé. En effet, des enjeux politiques, économiques et sociaux s'intriquent dans la décision en santé. Pas une étude ne parvient à fournir des préconisations sans équivoque.

Ainsi, la littérature internationale n'a encore pas démontré l'impact réel de l'évaluation de la technologie médicale dans le processus de décision politique, mais seulement les impacts potentiels, que ce soit au Danemark, aux Pays-Bas, voire dans 10 pays européens<sup>21</sup>. Si les connaissances permettant l'évaluation des technologies médicales sont largement accessibles, elles influencent néanmoins peu voire pas du tout le processus de décision politique et les comportements médicaux. Il faut cependant distinguer deux cas de figures □ *les décisions de type «oui/non»*, portant par exemple sur la question de l'inclusion d'un traitement ou d'une technologie dans le panier de biens et de services, et les *décisions relatives aux modalités pratiques de mise en œuvre d'une technologie médicale*, par exemple le dépistage du cancer du sein. Dans le premier cas de figure, l'évaluation de la technologie médicale joue un rôle mineur et est éclipsée par les intérêts politiques, notamment lorsque la technologie en question soulève des questions éthiques. Dans ce cas de figure, la technologie médicale n'est que l'un des facteurs parmi d'autres pouvant influencer la décision finale. La recherche d'une décision réellement applicable implique que celle-ci soit acceptable par tous les acteurs. Par conséquent la décision doit tenir compte non seulement de l'état de la science, mais aussi et surtout de la manière dont la nouvelle technologie peut bouleverser les positions et intérêts acquis des disciplines médicales. Dans le second cas, l'évaluation de la technologie médicale est davantage utilisée, parce que les décisions sont moins politiques mais aussi parce que les intérêts en jeu au niveau des différentes parties prenantes sont plus limités.

En ce qui concerne les études économiques, l'utilisation de celles-ci est encore plus restreinte dans la mesure où les méthodes sont controversées.

Les données sont un outil d'aide à la décision en matière de définition de priorités de santé, cependant, elles n'évident pas la nécessaire prise de position politique en la matière du fait de la multiplicité des résultats qu'elles procurent. La décision *in fine* n'est pas objective au sens strict du terme. Certes, on utilise des indicateurs produits scientifiquement, mais comme ces indicateurs ne sont pas univoques, il reste une part de subjectivité dans la décision. C'est pourquoi, on constate une tendance générale à une implication plus grande des professionnels dans le processus de décision notamment par le développement de méthodes de type DELPHI de consultation des experts.

## 5. LES FREINS A L'EFFECTIVITE

L'effectivité du processus en Allemagne, Espagne et au Luxembourg n'est pas analysable dans la mesure où ces pays entrent dans une nouvelle démarche courant 2003. Nous avons vu que l'Italie, le Danemark, qui s'étaient engagés dans une démarche de définition de *health targets*, s'en étaient écartés en juxtaposant d'autres éléments de définition d'objectifs et de stratégies de santé. Le

21 «Utilisation of medical technology assessment, in headline policy», *Health Policy*, 42, 1997, pp.211-222

Royaume-Uni, la communauté française de Belgique, le Québec et le canton de Genève évoquent un impact positif de la démarche malgré certaines difficultés rencontrées.

Nous avons analysé 3 facteurs freinant l'effectivité □ le manque de cohérence et d'intégration globale des objectifs et stratégies, le manque de définition claire du montant et des critères d'attribution des financements, et l'instabilité politique.

Au regard des données statistiques globales, nous constatons que les dépenses de santé par rapport au PIB ont diminué en Finlande, en Italie et en Suède et ont stagné au Canada, au Danemark et aux Pays-Bas, pays sur la période 1990-1999. Nous ne pouvons, bien entendu, pas en déduire une efficacité des processus dans la mesure où ceux-ci concernent l'ensemble des déterminants de la santé, mais nous pouvons cependant postuler que les procédures ne vont pas à l'encontre des objectifs de réduction des dépenses de santé. Les dépenses de santé ont augmenté au Royaume-Uni et ceci s'explique par le fait que la problématique n'était pas de réduire les dépenses mais au contraire d'engager des dépenses supplémentaires afin de réduire les listes d'attente et d'améliorer la qualité des services. Le Royaume-Uni avait traditionnellement le taux de dépenses de santé le plus faible des pays de l'Union européenne.

### **5.1. MANQUE DE COHESION ET D'INTEGRATION GLOBALE**

---

Les gouvernements qui ont adopté un modèle unique intégrant l'ensemble des objectifs de santé offre une visibilité et une lisibilité plus grande des besoins. Le Québec par son programme intégré et la définition claire des compétences respectives de chacune des parties prenantes, affiche une bonne lisibilité. Les acteurs se sont alors engagés dans la démarche.

En revanche, dans la province espagnole de Navarre, en Italie et en Autriche, la définition de *health targets* n'a pas eu d'impact véritable et ne constitue pas un véritable outil de la politique de santé. Pour le cas de la Navarre, ceci s'explique par le fait que les *health targets* ne correspondaient pas à des actions à mettre en œuvre mais à un catalogue exhaustif d'objectifs. Par conséquent, d'autres programmes d'action ont été mis en place parallèlement. L'Italie et l'Autriche quant à elles sont avant tout dans une logique de rationalisation des dépenses de santé et d'amélioration de la qualité des soins. Par conséquent, les objectifs fixés sont restés de côté dans la mesure où les impacts réciproques des réformes du système de soins et des stratégies des *health targets* ne sont pas mis en valeur.

### **5.2. MANQUE D'INFORMATION SUR LES FINANCEMENTS**

---

**La question des modalités de financement** est une question qui reste en suspend dans de nombreux pays. En effet, chacun des pays s'inscrit dans une logique de restriction budgétaire mis à part le Royaume-Uni. Donc le jeu du financement est un jeu quasi à somme nulle. Or la définition de programmes spécifiques dans le cadre de besoins de santé prioritaires requiert l'allocation de budgets spécifiques et donc la réallocation des financements existants.

- La première difficulté réside alors dans la définition du montant alloué □ problématique du calcul des coûts. Le calcul des coûts présente de nombreuses incertitudes méthodologiques du fait d'une estimation *a priori* sur la base d'évènements similaires.
- La seconde difficulté réside dans l'attribution du budget □ problématique de l'évaluation des différentes propositions des offreurs de soins. L'évaluation conduit à créer des incitations parfois à contresens des objectifs initiaux. La production d'indicateurs conduit les professionnels à transposer leurs objectifs sur les résultats des indicateurs qui les évaluent et à en oublier l'objectif sous-jacent. De plus, l'impact de certaines activités est difficilement évaluable du fait de leur subjectivité.
- La troisième difficulté réside dans l'origine des fonds alloués □ problématique des prélèvements obligatoires pour financer les actions. Ceci oblige à questionner la répartition des budgets entre les

différents partenaires sanitaires et sociaux d'une part, et à envisager d'autres modalités de prélèvements obligatoires et notamment la mise en place de prélèvements régionaux pour financer certains programmes régionaux spécifiques (ceci conduit automatiquement à se poser la question du creusement des disparités régionales).

Face à ces difficultés, il n'existe généralement pas d'orientations claires. Certains pays ont défini une enveloppe globale pour les priorités de santé comme le canton de Genève, le Danemark et le Royaume-Uni. Mais les règles du jeu de l'allocation budgétaire ne sont jamais explicitement définies si ce n'est dans la communauté française de Belgique qui a défini des critères d'appréciation des propositions d'action pour définir les projets financés.

Or, l'autonomisation et la responsabilisation des acteurs nécessitent de définir clairement quelles sont les règles du jeu et quel est l'horizon temporel des financements. Il existe un flou relativement grand sur les méthodes d'allocation budgétaire qui laisse planer un sentiment fort d'iniquité, une perte de confiance vis-à-vis du gouvernement et une démotivation générale.

### **5.3. INSTABILITE POLITIQUE**

---

Nous avons vu que certains pays juxtaposaient un ensemble d'objectifs sans les intégrer. Nous avons vu aussi, que certains processus ne parvenaient pas au bout. Une part importante de ces phénomènes s'explique par les changements de gouvernement. L'instabilité politique est extrêmement forte à l'heure actuelle dans l'ensemble des pays étudiés avec une alternance politique rapide. Chaque fois que la majorité change, les travaux antérieurs sont révisés et généralement soit mis de côté (comme c'est le cas au Danemark) soit modifiés.

L'impact sur l'effectivité est loin d'être négligeable et vient ralentir des mesures déjà difficiles à mettre en place. Les échéances politiques court terme se télescopent avec les exigences sanitaires long terme.

L'alternance politique conduit à rechercher l'adhésion des principaux partis politiques lors de la définition des objectifs et stratégies de manière à assurer une certaine continuité de l'action et à instaurer une relation de confiance entre l'Etat et les intérêts particuliers. Ce consensus a été obtenu notamment au Royaume-Uni et il s'avère que le Royaume-Uni affiche une politique continue depuis le début des années 1990.

## SYNTHESE

**A**u terme de ce travail de recherche, il convient de s'interroger sur le chemin parcouru afin d'en dégager les principaux enseignements, d'en montrer les limites et de dessiner de nouvelles perspectives de recherche. Le point de départ de notre étude consiste en un **questionnement** sur les modalités de définition des priorités de santé dans les pays de l'union européenne et d'Amérique du Nord. L'analyse de ces dispositifs, pour en dégager des enseignements propres à alimenter la réflexion et la décision publique, repose sur un travail préalable de description complète et actualisée de ces dispositifs dans les pays d'investigation.

Cette problématique nous a conduit à construire notre **démarche de recherche** en trois étapes. La première étape a consisté dans la collecte et le traitement de l'ensemble des documents publiés sur le sujet. À partir de ces documents issus des institutions nationales et internationales, d'actes de colloque, de revues scientifiques et d'ouvrages, nous avons réalisé une première description pour chacun des pays. Cette description a été alimentée tout au long de l'étude au fur et à mesure de la publication de documents officiels. C'est à la suite de ce travail documentaire que nous avons choisi d'élargir notre champ de recherche aux modalités de définition des objectifs de santé que ceux-ci soient hiérarchisés ou non. À partir de cette première description, nous avons distingué quatre pays à examiner par le biais d'entretiens auprès de membres de leurs ministères et institutions impliqués dans la définition de priorités de santé. De ce fait, nous avons pu avoir accès à un ensemble de documents internes et non publiés sur les travaux en cours et les réflexions menées, ce qui nous a permis de dégager un ensemble d'informations sur les aspects informels et implicites des dispositifs, et de recueillir le point de vue de ces acteurs. À partir de l'éclairage apporté par les entretiens nous avons délimité notre cadre d'analyse. La troisième phase a alors consisté en la réalisation d'un questionnaire envoyé à des acteurs de l'ensemble des pays afin de mettre à jour, valider et compléter par leurs opinions les descriptions. Il s'avère que cette dernière phase a été beaucoup plus conséquente que prévue initialement du fait que certains pays ont publié leur nouveau programme national de santé au printemps 2003, programmes qui conduisent à un changement dans les logiques non négligeable. Au cours de cette phase, nous avons réalisé nos analyses à partir de notre cadre théorique et procédé à la rédaction finale de notre rapport que nous avons soumis à la lecture critique d'un ensemble d'experts.

Le **premier résultat** de notre étude concerne les modalités de répartition du pouvoir de décision en matière d'objectifs de santé. Chacun des pays observés a une structure administrative et politique distincte. Nous avons en effet travaillé sur des Etats fédéraux, sur des Etats unitaires centralisés et sur des Etats unitaires décentralisés. Au sein même de chaque catégorie, nous avons trouvé des différences importantes. Cependant, malgré ces différences fortes, nous avons vu se dégager une tendance commune en matière de répartition du pouvoir de décision sur les objectifs et stratégies de santé. Cette tendance commune réside dans la problématique émergente commune des pays étudiés. Les réformes engagées dans les pays visent à articuler les problématiques de l'individuel et du collectif, les problématiques du central et du local, les problématiques *du bottom-up* et du *top down* et à sortir la décision politique de l'impasse dans laquelle elle se trouve, prise en étau par les conflits d'intérêts particuliers qu'elles génèrent. Les réponses nationales affichent une certaine convergence vers une décentralisation que nous qualifions de coordonnée, couplée à des formes de gouvernance convergentes. La décentralisation coordonnée est caractérisée par une nouvelle répartition des composantes du processus de décision (expertise, choix, autorisation et exécution). Peu à peu, les gouvernements des pays traditionnellement centralisés délèguent les étapes de choix et d'exécution aux acteurs locaux, en contrepartie renforcent la capacité d'expertise et de conseil de l'Etat et mettent en place un système de contrôle. Les gouvernements des pays traditionnellement décentralisés, quant à eux se ressaisissent de la composante expertise de la décision et tentent de mettre en place des mécanismes incitatifs pour orienter les choix. Le gouvernement central repositionne alors les régions sous l'autorité de la constitution nationale et des lois nationales qui édictent un certain nombre de principes à respecter.

Les formes de gouvernance générées reposent sur l'élargissement des parties prenantes à la décision, l'explicitation d'un sens commun aux actions individuelles, la mise à disposition et le traitement de toute l'information scientifique et professionnelle pertinente, le développement d'outils d'une mise en concurrence et d'une privatisation coordonnées et l'élaboration d'un système d'évaluation, d'incitations et de contrôle.

Cette rencontre du global et du local, de l'individuel et du collectif, par une modification dans la répartition des composantes de la décision, permet alors de combiner l'éclairage que le local apporte au global et le recul que le global apporte au local. Le local en effet connaît la réalité sur laquelle il travaille de manière beaucoup plus précise que le global, mais il a le «*nez dans le guidon*». Le global injecte de la distance au global, lui permet de prendre du recul et de garder le sens global de ses actions. Dans ce dispositif émergent, l'Etat se positionne comme un Etat coordinateur et de support à la décision.

Le **deuxième résultat** de l'étude concerne les logiques sous-jacentes aux processus de définition des objectifs de santé. Tout d'abord, il faut souligner qu'il existe une forte ambiguïté à l'heure actuelle entre les objectifs de santé publique et les objectifs du système de soins. Cette ambiguïté se double d'une ambiguïté concernant l'utilisation du mot «*priorité*». Les travaux émanant des organismes internationaux et européens sur les modalités de définition des objectifs de santé engendrent souvent une sorte de «*bruit de fond*» dans chacun des pays conduisant parfois à une superposition de logiques strictement nationales et de logiques internationales. Nous avons pu observer, dans certains cas, une déconnection assez forte entre les conséquences pratiques de ces deux logiques dans un même pays, la recrudescence de colloques internationaux venant renforcer ce phénomène en accentuant la rupture entre la réflexion internationale et la réflexion nationale. Nous avons pu observer parfois que les représentants de chaque pays dans les manifestations internationales ne sont pas forcément en relation de proximité avec les décideurs politiques de ces mêmes pays. Ce phénomène a, au départ, relativement brouillé les pistes et il nous a fallu démêler les différentes logiques.

Nous avons dégagé de ce premier travail d'analyse trois logiques majeures influençant les dispositifs. La logique des *health targets* influencée par l'OMS, la logique de soins influencée par le besoin de rationalisation de l'offre de soins et la logique matricielle qui intègre un ensemble d'influences et les combine. La logique *health target* est considérée par les acteurs rencontrés comme non-opérationnelle car trop exhaustive et peu réaliste. La logique soins est considérée comme trop restrictive et beaucoup trop axée sur les considérations économiques. La logique matricielle, qui combine des priorités verticales, horizontales et transversales, apparaît comme vecteur de cohérence et de lisibilité pour les acteurs. Les deux premières logiques ont plutôt tendance à s'inscrire dans une dynamique de rupture et de juxtaposition plutôt que dans une dynamique d'infléchissement, rupture et juxtaposition qui excluent certains acteurs et en submerge d'autres. De plus, ces logiques s'inscrivent dans un raisonnement «*toutes choses égales par ailleurs*».

De notre point de vue, la logique matricielle est intéressante car elle propose une réflexion globale intégrant l'ensemble des problématiques de santé dans un schéma unique. Chaque partie prenante peut se positionner dans son activité et dans ses interrelations avec les autres activités. Cette logique s'appuie non pas sur une rupture mais sur un repositionnement de l'existant au regard des problématiques. Elle consiste non pas en un bouleversement des actions mais dans une réinscription de celles-ci dans un cadre finalisé différemment. Cette logique dynamise les acteurs car pour chaque ligne de la matrice, un chef de projet est nommé et pour chaque intersection des lignes une cellule de coordination est mise en place. Les limites résident alors justement dans cette vision pluridimensionnelle qui oblige à raisonner sur l'ensemble et à travailler de concert. Ceci bouleverse les lignes hiérarchiques et oblige à de nouvelles formes de régulation des actions individuelles basées sur la coordination et l'autorité rationnelle légale telle que définie par M. Weber.

Un **troisième résultat** de notre étude réside dans l'utilisation des méthodes scientifiques de définition des priorités de santé. La littérature scientifique sur les méthodes est très abondante et donne lieu à de nombreux débats sur la qualité des résultats que celles-ci fournissent au regard des enjeux politiques et sociaux des décisions prises sur cette base. Il semble que les études scientifiques menées pour définir les priorités de santé publique et les stratégies à mettre en œuvre sont utilisées pour donner des ordres de grandeurs sur les principales tendances. Nous avons pu observer que certains pays définissaient leurs

priorités de santé de manière différente à l'ordonnement préconisé par les rapports scientifiques et ceci parce que d'autres enjeux viennent interférer dans la décision. Les études scientifiques sont alors mobilisées *a posteriori* pour légitimer et rationaliser les décisions. Ainsi, les études économiques font l'objet de nombreuses critiques et sont considérées comme outils de légitimation *a posteriori* dans la mesure où le changement des conventions de calcul permet de changer les résultats. «*Les travaux récents ont convergé pour relativiser cette capacité de la science économique à informer -dans tous les sens du terme- l'action publique*»<sup>22</sup>. «*Très souvent, les outils de la science économique ont été plus utilisés comme argumentaires et légitimation de décisions qui étaient déjà prises en fonction d'une perspective macro-politique, plus que comme un outil d'aide à la décision*»<sup>23</sup>. Les autres enjeux interférant dans la décision génèrent des critères implicites de décision que sont les critères du résultat à court terme, les critères de la non reconversion économique et du non-changement, les critères psychosociologiques et relationnels et le critère de la demande ayant le plus de poids économique. Ces critères implicites de la décision ont un impact très fort car très insidieux. Le travail d'explicitation des critères de choix qui est réalisé à l'heure actuelle achoppe sur l'ensemble de ces critères dont l'impact est difficilement mesurable ni contrôlable.

En clair, les méthodes donnent des ordres de grandeur et permettent de souligner des besoins et des tendances, mais en matière de décision publique sur la définition d'objectifs et de stratégies de santé, ces méthodes sont noyées dans un ensemble de critères de décision résultant des aspects organisationnels, économiques et psychosociaux non maîtrisés. L'effort de transparence en la matière passe alors par l'explicitation de ces critères.

Les freins à l'**effectivité** des processus résident dans le manque de cohésion et d'intégration globale de la politique de santé, le manque de lisibilité et d'anticipation sur les modalités de financement et l'alternance politique qui accentue le manque de continuité dans la politique. La **cohésion**, la **transparence** et la **continuité** constituent les trois conditions nécessaires à une combinaison performante du global et du local permettant de passer d'un Etat directif dont l'autorité repose sur la hiérarchie à un Etat coordinateur dont l'autorité repose sur la légitimité. En effet, l'Etat doit avoir une autorité très forte de manière à pouvoir prendre du recul par rapport aux logiques locales et limiter les dérives possibles de la décentralisation qui conduisent à privilégier uniquement les intérêts individuels empêtrés dans des enjeux politiques locaux. L'effectivité est de ce fait conditionnée par la capacité de l'Etat à se positionner en régulateur et coordinateur. L'obtention de cette légitimité repose sur quatre paramètres de l'organisation que sont l'**information**, l'**évaluation**, la **formation** et la **guidance**.

Pour que l'Etat apporte le recul nécessaire au local, celui-ci doit collecter, traiter et mettre à disposition toute l'**information** pertinente au regard des problématiques en présence. Pour cela, il faut des systèmes locaux d'information chargés de collecter l'information locale et de la retraiter pour le local, et un système national chargé de collecter et traiter l'ensemble des informations. Pour éviter les dérives du «*tribut local*», l'Etat doit travailler à l'élaboration d'un **système d'évaluation** orienté selon les finalités globales et locales. Cette évaluation doit être verticale, horizontale et transversale, afin de pouvoir valoriser les actions de chacun. L'évaluation doit reposer sur deux principes : ne jamais commencer une action sans avoir évalué la précédente et toujours définir des indicateurs d'évaluation *a priori*. Cette évaluation doit être une évaluation fondée sur des critères *ad hoc* prenant en compte l'ensemble du processus d'élaboration et les modalités de coordination des intérêts particuliers. «*Évaluer les politiques publiques selon les critères et les règles de la science n'a guère de sens car ce qui est en jeu dans la construction d'un référentiel, c'est la recherche d'un mode de définition de la réalité sociale qui rend possible l'obtention d'un compromis entre les différentes parties prenantes sur la politique publique à mettre en oeuvre (Fouilleux 2000)*». Et comme le souligne Stone, «*Il faut rompre avec la vision rationnelle et linéaire de l'action publique, qui n'est pas réaliste, au profit de grilles d'analyse qui fassent davantage leur place à l'incertitude et à la polysémie (Stone 1997)*»<sup>23</sup>.

La mise en place d'un système d'information et la définition des modalités d'évaluation doivent s'accompagner d'une réflexion sur la **formation** des parties prenantes à la définition et à la mise en œuvre

<sup>22</sup> Jobert B. 1993 cité in Mossé P. et Pierru F., «*Entre savoirs économiques et décisions politiques*» les restructurations hospitalières, chap. 2 de l'ouvrage Politiques de santé..

<sup>23</sup> Cité in Mossé P. et Pierru F., «*Entre savoirs économiques et décisions politiques*» les restructurations hospitalières, chapitre 8 de l'ouvrage coordonné par Béjean S. et Peyron C., *Santé, règles et rationalités*, Economica, 2002, 363p.

des objectifs et stratégies. L'organisation de la décision selon une logique matricielle conduit à définir des chefs de projets qui coordonnent au sein de leur axe et se coordonnent avec les autres axes. Cette fonction de coordination repose sur des compétences particulières. Ces compétences particulières doivent être formalisées et intégrées dans un dispositif de formation. La **guidance** enfin correspond à la mise à disposition par l'Etat de guides facultatifs d'élaboration de programmes, d'évaluation des propositions et de contractualisation. En effet, nous avons pu constater la difficulté des régions à définir leur programme car cet exercice est très consommateur de ressources humaines et matérielles. Le temps consacré à la réflexion sur les items à faire figurer dans le programme empiète trop souvent sur le temps consacré à la réflexion et à la négociation des objectifs. La substance des programmes est souvent occultée par la difficulté formelle de l'exercice.

Les **limites** de notre travail de recherche résident, d'une part, dans le champ de la problématique et, d'autre part, dans les contraintes temporelles. Nous avons travaillé à partir d'une large problématique car la santé entendue au sens de l'OMS conduit à étendre son champ à l'ensemble des sphères de la vie économique et sociale et non plus au seul système de soins. De plus, nous avons travaillé sur l'ensemble des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord. Ce champ très large de travail nous a conduit à adopter une démarche globale et à nous situer du point de vue du global. Par conséquent, le réel observé a été caractérisé par des grandes tendances et des grandes logiques. Cela ne signifie pas que ces tendances et logiques irradient totalement le local. Une étude des logiques locales dévoilerait que chacune des logiques existe dans chacun des pays.

Une deuxième limite réside dans le traitement des compagnies privées internationales qui interviennent dans le champ de la santé. En effet, les leviers d'action dont disposent les Etats sont inversement proportionnels au pouvoir de décision des compagnies d'assurance privées, de l'industrie pharmaceutique en matière d'offre de soins mais aussi de l'ensemble des secteurs économiques en matière de santé publique. Or, ces organisations de plus en plus importantes et internationales transcendent les politiques territoriales. Un des enjeux de la construction européenne réside dans la constitution d'un pouvoir fédéral suffisant pour intégrer l'ensemble de ces secteurs dans une problématique commune.

Les contraintes temporelles, quant à elles, ont pesé lourdement lorsque l'Allemagne, le Luxembourg, le Portugal et l'Autriche ont publié leur nouveau programme de santé en mai 2003 et lorsque, à peu près à la même période, le Parlement espagnol a voté sa loi de cohésion et de qualité en santé, la Suède a pris du retard sur son planning initial de définition des objectifs-cibles et la Finlande a légiféré sur les principes et valeurs. Contrairement à certaines idées répandues dans la littérature analysant un certain immobilisme en matière de santé et dénonçant des changements lents ne modifiant pas les logiques et principes d'organisation originels, nous avons pu constater, dans notre champ d'investigation, que les évolutions étaient fortes et rapides et les remises en cause importantes. C'est pourquoi, au jour où nous rédigeons ce rapport, de nombreux éléments des dispositifs observés ont déjà certainement évolué. La limite principale de ce rapport réside dans sa date de péremption relativement courte au regard de la description des dispositifs.

Ce travail constitue un premier travail de description et de compréhension des phénomènes. L'ensemble des limites évoquées constituent autant de perspectives de recherche à examiner. Cependant, en toile de fond de cette étude se pose à chaque étape du dispositif la question de l'engagement des acteurs □ engagement des gouvernements à mettre les ressources nécessaires derrière les objectifs et à soutenir les choix réalisés, engagement des experts et institutions à fournir l'information la plus fidèle et la plus sincère possible, engagement des professionnels à ne pas détourner les règles de fonctionnement et à toujours agir dans le sens des choix collectifs. Sans engagement de l'ensemble des acteurs, l'effectivité des objectifs de santé est impossible à atteindre. Or, cet engagement repose sur une adhésion des acteurs aux objectifs définis et sur la crédibilité accordée au dispositif. A l'heure actuelle le débat démocratique apparaît comme la seule réponse au manque d'adhésion des acteurs et au manque de crédibilité observés au cours de cette étude. Les formes du débat démocratique en santé sont à définir car les expérimentations menées dans un certain nombre de pays montrent d'une part qu'il est difficile de recueillir un avis relativement éclairé et représentatif de l'ensemble de la population et d'autre part qu'il est difficile d'intégrer ces avis à la décision publique dans une combinaison du global et du local, de l'individuel et du collectif.

# BIBLIOGRAPHIE

## ARTICLES DE REVUES

**Setting global health research priorities.**

British Medical Journal 2003, Vol.326 pp.722-3

**Une loi quinquennale de programmation en santé publique.**

Cahiers Hospitaliers 02/2003, n°187 : pp.23-7

**La démocratie sanitaire.**

Revue Française des Affaires Sociales 2000, Vol.54, n° 2 pp.5-126

**Priority setting for health research: lessons from developing countries.**

Health Policy Plan 2000, Vol.15, n°2 : pp.130-6

AFFUZZI (P.)

**Pour une théorie politique de la non-décision**

Gérer et Comprendre mars 2001 pp.43-51

ANELL (A.), WILLIS (M.)

**International comparison of health care systems using resource profiles**

Bulletin World Health Organization 2000, Vol.78, n°6 : pp.770-8

ASTHON (T.), CUMMING (J.), DEVLIN (N.)

**Priority-setting in New Zealand: translating principles into practice**

Journal Health Services Research Policy 2000, Vol.5, n°3 : pp. 170-5

ASTLEY (J.), WAKE-DYSTER (W.)

**Evidence-based priority setting.**

Australian Health Review 2001, Vol.24, n°2 pp.32-9

BAILLY (J.P.)

**Prospective, débat, décision publique. Avis du Conseil économique et social**

Futuribles octobre 1998 : pp.27-51

BALTUSSEN (R.), SCHMIDT (C.), SAUERBORN (R.)

**Methods for the economic evaluation of community-based interventions.**

Health System and Science 1999, Vol.3 pp.10P

BANTA (D.)

**The development of health technology assessment**

Health Policy 2003, Vol.63 : pp.121-32

BENELLI (E.)

**The role of the media in steering public opinion on healthcare issues**

Health Policy 2003, Vol. 63 : pp.179-86

BERG (M.), GRINTEN (T.) VAN DER

**Priority setting in Dutch health care.**

In *Priority setting in health care*. UNIVERSITY PRESS sous presse : 25 P.

BLONDIAUX (L.)

**Décider en politique**

Projet 01/2002, n° 268 pp.37-90

BRUCKER (G.)

**Les Etats généraux de la santé**

Actualité Dossier Santé Publique 2000, n°27 : pp.6-10

BRUNELLE (Y.)

**Financement et réformes des systèmes de santé**

Revue Médicale Assurance Maladie 2001, Vol.32, n°4 : pp.347-54.

BUSSE (R.)

**Priority-setting and rationing in German health care.**

Health Policy 1999, Vol.50, n°1-2 : pp.71-90

CALLTORP (J.)

**Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway.**

Health Policy 1999, Vol.50, n° 1-2 : pp.1-22

CANNAC (Y.), GODET (M.)

**La «Bonne gouvernance». L'expérience des entreprises, son utilité pour la sphère publique.**

Futuribles juin 2001, n°265 pp.41-50

CARSON (N.), ANSARI (Z.), HART (W.)

**Priority setting in public health and health services research**

Australian Health Review 2000, Vol.23, n°3 : pp.46-57

CASALINO (L.), GILLIES (R. R.), SHORTELL (S. M.), SCHMITTDIEL (J. A.)

**External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases**

Journal of the American Medical Association 2003, Vol.289, n° 4 : pp.434-41

CASTIEL (D.)

**Quatre pays en quête de régulation**

Le Concours Médical 2002 , Vol.124 , n°7: pp.472-5

DOLOWITZ (D.), MARSH (D.)

**Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making**

Governance : International Journal of Policy and Administration 2001, Vol.13, n° 1 : pp.5-24

ECKERLUND (I.), EKLOF (A. J.), NATHORST-BOOS (J.)

**Patient satisfaction and priority setting in ambulatory health care**

Total Quality Management 2000, Vol.11, n°7: pp.967-78

FOLCHER (V.)

**Politiques de santé. L'expérience des Health Targets**

Pharmaceutiques 01/2000, n° 73 : pp. 54-7

FOX-RUSHBY (J.), MILLS (A.), WALKER (D.)

**Setting health priorities—the development of cost-effectiveness league tables.**

Bulletin World Health Organization 2001, Vol.79, n°7 pp.679-84

FULOP (N.), ALLEN (P.), CLARKE (A.), BLACK (N.)

**From health technology assessment to research on the organisation and delivery of health services: addressing the balance**

Health Policy 2003, Vol.63 : pp.155-65

GAMINDE (I.)

**Priorities in healthcare: a perspective from Spain.**

Health Policy 1999, Vol.50, n°1-2 : pp.55-70

HAAS (P. M.)

**Introduction: epistemic communities and international policy coordination**

International Organization 1992, Vol. 46, n°1 : pp.1-35

HADORM (D. C.)

**The role of public values in setting health care priorities**

Social Science and Medicine 1991, Vol.32, n°7 : pp. 773-81

HADORN (D.)

**The Oregon priority-setting exercise: quality of life and public policy**

Hastings Cent Rep 1991, Vol.21 : pp.511-6

HANNEY (S.R.), GONZALEZ-BLOCK (M.A.), BUXTON (M.J.), KOGAN (M.)

**The utilization of health research in policy-making□concepts, examples and methods of assessment.**

Health Research Policy Systems 2003, Vol.1, n°2□pp.1-28

HASSENTEUFEL (P.), DELAYE (S.), PIERRU (F.), ROBELET (M.), SERRE (M.)

**La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales.**

Politique Européenne 09/2000 : pp.29-48

JACK (W.)

**Public spending on health care: how are different criteria related? A second opinion.**

Health Policy 1999, Vol.47, n°3□pp.207-23.

JACKSON-MEP (C.)

**Giving health the priority it deserves**

Eurohealth 1999, Vol.5 , n°3 : pp. 1-15

JACOBS (L.), MARMOR (T.), OBERLANDER (J.)

**The Oregon Health Plan and the political paradox of rationing: what advocates and critics have claimed and what Oregon did**

Journal of health Politics Policy and Law 1999, Vol.24 , n°1 : pp.160-80

JAN (S.)

**Institutional considerations in priority setting: transactions cost perspective on PBMA.**

Health Economics 2000, Vol.9, n°7□pp.631-41

KERVASDOUE (J.) de

**Lieux communs et idées fausses en politique de santé (ou quelques raisons d'échecs répétés de velléités de transformation de notre système de santé)**

Politiques et Management Public 2001, Vol.19, n° 2 : pp. 129-45

KOIVUSALO (M.)

**Les organisations internationales et les politiques de santé**

Revue Française des Affaires Sociales 1999, n° 3-4 : pp. 57-75

LASCOUMES (P.)

**Les usagers, acteurs du système de santé□**

Informations Sociales 2001, n° 90/91□pp.86-95

LAUNOIS (R.), LHOSTE (F.)

**Quelle place pour l'évaluation économique en matière de santé□**

Journal d'Economie Médicale 2002, Vol.20, n°2□pp.128-35.

LEQUET-SLAMA (D.)

**Le choix des priorités de santé publique en Europe**

Actualité et Dossier en Santé Publique 2000, n° 31 : pp.70-3

LESTER (C.), GRIFFITHS (S.), SMITH (K.), LOWE (G.).

**Priority setting with health inequality impact assessment.**

Public Health 2001, Vol.115, n°4 pp. 272-6

MACIOSEK (M. V.), COFFIELD (A. B.), MacGINNIS (J. M.), HARRIS (J. R.), CALDWELL (M. B.), TEUTSCH (S. M.), ATKINS (D.), RICHLAND (J. H.), HADDIX (A.)

**Methods for priority setting among clinical preventive services**

American Journal of Public Health 2001, Vol.21 , n°1 : pp. 10-9

McDAID (D.), COOKSON (R.), MAYNARD (A.), SASSI (F.)

**Evaluating health interventions in the 21st century : old and new challenges**

Health Policy 2003, Vol.63 , n°2 : pp.115-226

McDAID (D.), COOKSON (R.), ASTEC group

**Evaluating health care interventions in the European Union**

Health Policy 2003, Vol.63, n°2 : pp.133-9

MITTON (G.), DONALDSON (C.)

**Setting priorities in Canadian regional health authorities: a survey of key decision makers**

Health Policy 2002, Vol.60 : pp. 39-58

MITTON (G.), DONALDSON (C.), DEAN (S.), WEST (B.)

**Program budgeting and marginal analysis: a priority-setting framework for Canadian Regional Health Authorities**

Healthcare Management Forum 2000 : pp. 24-31

MOSSIALOS (E.), MAYNARD (A.)

**Rationing in health care (Part I). Spécial issue**

Health Policy 1999, Vol.49 , n°1-2 : pp.1-135

MOSSIALOS (E.), MAYNARD (A.)

**Rationing in Health Care (Part II). Spécial issue**

Health Policy 1999, Vol.50, n° 1-2 : pp.1-154

MOSSIALOS (E.), KING (D.)

**Citizens and rationing: analysis of a European survey.**

Health Policy 1999, Vol.49 n° 1-2 : pp.75-135

MOUMJID-FERDJAOUI (N.), CARRERE (M. O.)

**La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale**

Revue Française des Affaires Sociales 2000, n°2 : pp. 73-88

MUSGROVE (P.)

**Public spending on health care: how are different criteria related?**

Health Policy 1999, Vol47, n°3 : pp. 207-23

NILSTUN (T.)

**Priority setting, justice, and health care: conceptual analysis**

Croatian Medical Journal 2000 , Vol.41 : pp.375-7

OORTWIJN (W.), BANTA (D.), VONDELING (H.), BOUTER (L.)

**Identification and priority setting for health technology assessment in The Netherlands: actors and activities**

Health Policy 1999 , Vol.47 : pp.241-53

PEIRO (R.), ALVAREZ-DARDET (C.), PLASENCIA (A.), BORRELL (C.), COLOMER (C.), MOYA (C.), PASARIN (I.), ZAFRA (E.)

**Rapid appraisal methodology for «Health for all» policy formulation analysis**

Health Policy 2002, Vol. 62 pp.309-28

POZEN (R.C.)

**Arm yourself for the coming battle over social security**

Harvard Business Review 11/2002, n° 11 : pp.52-62

RISSANEN (P.), HAKKINEN (U.)

**Priority-setting in Finnish healthcare.**

Health Policy 1999, Vol.50, N°1-2 : pp. 143-53

ROBINSON (R.)

**Limits to rationality: economics, economists and priority setting.**

Health Policy 1999, Vol.49, n 1-2 : pp.13-26

ROSARIO-GIRALDES (M.)

**Allocative efficiency in the use of health resources in Portugal.**

Journal of Public Health Medicine 1999, Vol.21 , n°1 : pp. 55-9

RUTTEN (F.)

**Economic evaluation and health care decision – making.**

Health Policy 1996, Vol.36□pp.215-29

RYYNÄNEN (O. P.), MYLLYKANGAS (M.), KINNUNEN (J.), TAKALA (J.)

**Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors , politicians and the general public**

Social Science and Medicine 1999, Vol.49, n°11 : pp. 1529-39

SAILLY (JC)

**Nécessité et difficultés de la détermination des priorités en matière de santé publique. L'expérience française**

Journal d'Economie médicale 1999, Vol.17 , n°6 : 405-21

SCHOPPER (D.), TORRES (A.M.), PEREIRA (J.), AMMON (C.), CUENDE (N.), ALONSO (M.), et al.

**Setting health priorities in a Swiss canton□what do different methods tell us□**

Journal Epidemiol Community Health 2000, Vol.54□388-93

SCHOPPER (D.), PEREIRA (J.), TORRES (A.M.), CUENDE (N.), ALONSO (M.), BAYLIN (A.) et al.

**Estimating the burden of disease in one Swiss canton□what do disability adjusted life years (DALY) tell us□**

International Journal Epidemiology 2000, Vol.29: 871-7

SCHOPPER (D.), AMMON (C.), ROCHI (A.), ROUGEMONT (A.)

**When providers and community leaders define health priorities□the results of a Delphi survey in the canton of Geneva**

Social Science Medicine 2000, Vol.51□pp.335-42

SCOTT (S.) N., LEES (A.)

**Developing a prioritisation framework : experiences from a Scottish Health Authority**

Health Expectations 2001, n° 4 : pp.10-7

STEPAN (A.), SOMMERSGUTER-REICHMANN (M.)

**Priority setting in Austria.**

Health Policy 1999, Vol50, n°1-2□pp. 91-104

SUREL (Y.)

**L'intégration européenne vue par l'approche cognitive et normative des politiques publiques**

Revue Française de Science Politique 2000, Vol.50, n°2 : pp. 235-54

TENBENSEL (T.)

**Interpreting public input into priority – setting□the role of mediating institutions.**

Health Policy 2002, Vol. 62□pp. 173-94

TOUNTAS (Y.), KARNAKIS (P.), PAVI (E.)

**Reforming the reform: the Greek national health system in transition**

Health Policy 2002, Vol.62 : pp. 65-69

VAN DER GRINTEN (T.E.), KASDORP (J.P.)

**Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities.**

Health Policy 1999, Vol.50, n°1-2 : pp. 105-22

WAITZKIN (H.)

**The Strange career of managed competition : from military failure to medical success?**

American Journal of Public Health 1994, Vol.84 , n°3 : pp. 482-93

WILD (C.), GIBIS (B.)

**Evaluations of health interventions in social insurance - based countries : Germany, the Netherlands, and Austria**

Health Policy 2003, Vol. 63 : pp.187-96

YAMEY (G.)

**Have the latest reforms reversed WHO's decline ?**

British Medical Journal 2002, Vol.235 : pp.1107-12

## COLLOQUES / CONGRÈS

**4th International Conference of priorities in health care.**

Oslo □ International Society on Priorities in Health Care, 18-20 september 2002. Abstracts book □ 60P.

**Report on WHO meeting of experts on the stewardship function in health systems. Meeting on the stewardship function in health systems**

World Health Organization 2001 : pp. 1-7

**Health determinants in the EU.**

Lisboa □ Evora conference proceedings Ministerio da saude, 2000 : 500p

BASLE (M.), GUIGNARD-HAMON (C.)

**Evaluation et gouvernance. Actes du colloque de Rennes des 15 et 16 juin 2000**

Société Française de l'Evaluation 2002 : 617 P.

FREEMAN (R.)

**Policy transfer in the health sector. Conference «Beyond the health care state : institutional innovations and new priorities in access, coverage and provision of health services».**

European University, Institute European Forum 1999 : 19 P.

PALIER (B.)

**Mondialisation et réformes des politiques sociales : le rôle des organisations internationales.**

Conférence Chaire de recherche du Canada en citoyenneté et en gouvernance, Université de Montréal, 12/02/2003 : 10P

PARIS (V.)

**Les outils de régulation dans les systèmes étrangers**

Paris □ CREDES, Rencontres thématiques 2001: 13 P.

## OUVRAGES

**Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique.**

PUF Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie 2000 : 326 P.

ARROW (K. J.), INTRILIGATOR (M. D.)

**Handbook of social choice and welfare**

North-Holland 2002, Vol. 1 : 650 P.

BARBIER (P.), BONFILS (S.)

**Diversité des systèmes de santé occidentaux et l'harmonisation impossible**

John Libbey Eurotext, 2001 : 149P

BEJEAN (S.), PEYRON (C.)

**Santé, règles et rationalités.**

Economica 2002 : 363 P

CHAMORAND

**Le système de santé américain : poids du passé et perspectives**

Paris : La Documentation Française 1996 : 141p

DOLOWITZ (D.P.), HULME (R.), NELLIS (M.), O'NEAL (F.)

**Policy transfer and british social policy. Learning from the USA**

Marston Book, 2000 : 160P

DURAND-ZALESKI (I.)

**Politiques de santé en France : quelle légitimité pour quels décideurs**

Paris : IEPS, Flammarion Médecine Sciences, 1997 : 69P.

DRUMMOND (M. F.)

**Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé**

Paris : Economica 1998 : 330 P.

ESPING-ANDERSEN (G.)

**Welfare states in transition. National adaptations in global economies**

SAGE Publications, United Nations Research Institute for Social Development 1996 : 268 P.

GUILLAUME (H.), DUREAU (G.), SILVENT (F.)

**Gestion publique. L'Etat et la performance.**

Presses de Sciences Po, Dalloz 2002 : 272 P.

HENRARD (J.C.), ANKRI (J.)

**Systèmes et politiques de santé**

Rennes : Ecole Nationale de Santé Publique 1996 : 214p

LAMBERT (D.C.)

**Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels.**

Paris : SEUIL 2000 : 523 P.

MARINKER (M.)

**Health targets in Europe. Policy, progress and promise**

London : BMJ Editions, 2002 : 240 P.

MOUGEOT (M.), Conseil d'Analyse Economique

**Régulation du système de santé.**

La Documentation Française, 1999 : 203 P

STEFFEN (G.)

**Droit aux soins et rationnement. Approche d'une définition des soins nécessaires**

Neuchâtel : Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, 2002 : 347 P.

WEISSERT (C. S.), WEISSERT (W.)

**Governing health. The politics of health policy**

Johns Hopkins University Press 2002 : 369 P.

## RAPPORTS

### **Swedish health care in the 1990s. Trends 1992-2000**

Landstings-Förbundet (Sweden) 2002 : 48P.

### **Focusing on health**

Landstings-Förbundet (Sweden) 2002 : 16P.

Association Internationale de la Mutualité

### **Priorités et choix en matière de soins de santé. Expériences et études menées dans quelques pays.**

#### **Commission des systèmes d'assurance maladie**

AIM 10/1999: 56 P

Centre for Health Economics, GRAVELLE (H.), JACOBS (R.), JONES (A. M.), STREET (A.)

### **Comparing the efficiency of national health systems : a sensitivity analysis of the WHO approach**

Centre for Health Economics, University of York 2002 : 19 P.

Centre for Health Economics, WEATHERLY (H.), DRUMMOND (M.), SMITH (D.)

### **Use of economic evidence in the design of Health Improvement Programmes (HImPS)**

Centre for Health Economics, University of York, 2002 : 55 P.

Centre for Health Economics, SMITH (D.), GRAVELLE (H.)

### **The practice of discounting economic evaluation of health care interventions**

Centre for Health Economics, University of York 2000 : 32 P.

Centre for Health Program Evaluation, SEGAL (L.), CHEN (Y.)

### **Priority setting for health. A critique of alternative models. Report to the population health division department of health and aged care**

Centre for Health Program Evaluation 07/2001: 123 P.

Commission des Communautés Européennes

### **Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur la stratégie de la Communauté Européenne en matière de santé. Proposition du Parlement européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001 à 2006)**

Commission des communautés européennes 2000 : 54 P.

Commission des Communautés Européennes

### **Programme d'action communautaire dans le domaine de la Santé publique (2003/2008)**

Parlement Européen, mars 2003 13P

Conseil de l'Europe

### **Le développement de structures permettant la participation des citoyens et des patients au processus décisionnel concernant les soins de santé. Recommandation REC(2000)5 adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 24 février 2000 et exposé des motifs**

Luxembourg 05/2001 : 66 p.

Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement, LANSANG (M. A.), ARCA (R.J.), FIGUEROA (P.), FREIJ (L.)

### **La recherche nationale essentielle en santé et la définition des priorités: les leçons de l'expérience**

Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement (COHRED) 09/1998 : 66 P.

Department of Health and Children (Ireland)

### **National health strategy research**

Dublin 01/2001 : 42P.

Department of Health and Children (Ireland)

### **Quality and Fairness. A health system for you. Health strategy**

Dublin 01/2001 : 208 P

Department of Health and Children (Ireland)

**Access to information held by the Department of health and children. A manual prepared in accordance with section 15 of the freedom of information act, 1997**

Department of Health and Children An Roinn Slainte Agus Leanai 1998 : 76 P.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, LEQUET-SALMA (D.)

**Prévention et choix des priorités de santé publique dans quelques pays européens**

DREES collection Etudes 09/2000 : 35 P.

European Centre for Health Policy, BREEZE (C.), HALL (R.)

**Health impact assessment in government policy-making: developments in Wales. A case study**

European Centre for Health Policy, Policy Learning Curve Series, n° 6, 2002 : 20P.

European Centre for Health Policy, KAMPER-JORGENSEN (F.)

**The Danish government programme on public health and health promotion 1999-2008**

European Centre for Health Policy, WHO Europe 09/2001 : 36 P.

European Centre for Health Policy, OSTLIN (P.), DIDERICHSEN (F.)

**Equity-oriented national strategy for public health in Sweden**

Geneva□European Centre for Health Policy, WHO Europe 2001 : 37 P.

European Centre for Health Policy, VALERA-PUT (G.), BROEDER (L.) DEN, PENRIS (M.), ROSCAM-ABBING (E. W.)

**Experience with HIA at national policy level in the Netherlands**

Geneva□European Centre for Health Policy, WHO Europe 09/2001 : 21 P.

Department of Health and Children (Ireland)

**The national health promotion strategy 2000-2005**

Dublin□Department of Health and Children 2000 : 79P.

European Observatory on Health Care Systems, DIXON (A.), MOSSIALOS (E.), BUSSE (R.), HEALY (J.), KRASNIK (A.), LEON (S.)

**Health care systems in eight countries : trends and challenges**

European Observatory on Health Care Systems 04/2002 : 122P

European Observatory on Health Care Systems, DONATINI (A.), RICO (A.), CETANI (T.)

**Health care systems in transition. Italy**

European Observatory on Health Care Systems 2001 : 132P.

European Observatory on Health Care Systems

**Health care systems in transition. Belgium**

European Observatory on Health Care Systems 2000 : 85 P.

European Observatory on Health Care Systems

**Health care systems in transition. Spain**

European Observatory on Health Care Systems 2000 : 135 P.

European Observatory on Health Care Systems

**Health care systems in transition. Germany**

European Observatory on Health Care Systems 2000□128 P.

European Observatory on Health Care Systems

**Health care systems in transition. United Kingdom**

European Observatory on Health Care Systems 1999□117P.

European Observatory on Health Care Systems

**Health Care Systems in transition. Portugal**

European Observatory on Health Care Systems 1999 : 92P.

European Observatory on Health Care Systems

**Health care systems in transition. Luxembourg**

European Observatory on Health Care Systems 1999 : 68P.

European Observatory on Health Care Systems

**Health care systems in transition. Greece**

European Observatory on Health Care Systems 1996 : 67P.

European Observatory on Health Care Systems, JARVELIN (J.), RICO (A.), CETANI (T.)

**Health care systems in transition. Finland**

European Observatory on Health Care Systems 2002 : 92 P.

European Observatory on Health Care Systems, HJORTSBERG (C.), GHATNEKAR (O.)

**Health care systems in transition. Sweden**

European Observatory on Health Care Systems 2001 : 96 P.

European Observatory on Health Care Systems, HOFMARCHER (M.), RACK (H.), DIXON (A.)

**Health care systems in transition. Austria**

European Observatory on Health Care Systems 2001 : 120 P.

European Observatory on Health Care Systems VALLGARDA (S.), KRASNIK (A.), VRANGBAEK (A.), THOMSON (S.), MOSSIALOS (E.)

**Health care systems in transition. Denmark**

European Observatory on Health Care Systems 2001 : 92 P.

Institute of Health Economics (Sweden)

**Treatment guarantees in health care. What do they mean in practice?**

Institute of Health Economics Information 1999, n°2 : 10 P.

Institut Suédois

**L'assurance sociale en Suède.**

Feuillet de documentation sur la Suède de l'Institut suédois 04/2002 : 4 P.

Institut Suédois

**Pour une santé publique équitable.**

Feuillet de documentation, Ministère de la santé et des affaires sociales (Suède) 03/2001, n° 3 : 4P

Institut Suédois

**Les services de santé en Suède.**

Feuillet de documentation sur la Suède de l'Institut suédois 01/2000 : 4 P.

London School of Economics, COOKSON (R.)

**ASTEAC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Scotland**

London School of Economics Health 05/2000 : 20 P

London School of Economics, COOKSON (R.)

**ASTEAC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Wales**

London School of Economics Health 08/2000 : 13P.

London School of Economics, ESCARIA (S.), XAVIER (A.)

**ASTEAC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) . Portugal Report**

University of York Ministerio Planeamento e Admin. Territoria 2000 : 24 P.

London School of Economics, GRANADOS (A.)

**ASTEAC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Spain**

Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research Institut Catala de la salut 2000 : 30 P.

London School of Economics, KARLSSON (G.), JONNISON (B.)

**ASTEAC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) report on Sweden**

Stockholm School of Economics 07/2000 : 20 P.

London School of Economics, KLEIJNEM (J.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Belgium**  
NHS Centre for Reviews & Dissemination University York 07/2000 : 17 P.

London School of Economics, KLEIJNEN (J.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on The Netherlands**  
NHS Centre for Reviews & Dissemination University York 07/2000 : 31 P.

London School of Economics, HAUGH (M. C.), BOISSEL (J. P.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) report on France**  
Centre Cochrane Français 07/2000 : 34 P.

London School of Economics, LIAROPOULOS (L.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Greece**  
University of Athens 07/2000 : 33 P.

London School of Economics, LIBERATI (A.), BRUNETTI (M.), RICCIARDI (G.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Italy**  
Mario Negri Institute Agenzia per i servizi sanitari Regionali 07/2000 : 42 P.

London School of Economics, McCULLOCH (D.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on the Republic of Ireland**  
School of Policy Economics and Law University of Ulster 07/2000 : 23 P.

London School of Economics, McCULLOCH (D.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Northern Ireland**  
School of Policy Economics and Law University of Ulster 07/2000 : 21 P.

London School of Economics, McDAID (D.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Luxembourg**  
LSE Health The London School of Economics and Political Science 07/2000 : 8 P.

London School of Economics, McDAID (D.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on England**  
LSE Health The London School of Economics and Political Science 07/2000 : 75 P.

London School of Economics, PERLETH (M.), ANTES (G.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Germany**  
Hannover Medical School Centre Cochrane Français 07/2000 : 55 P.

London School of Economics, SINTONEN (H.), KIVIAHO (K.), SEMBERG (V.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Finland**  
University of Helsinki University of Kuopio Finnish Office for Health Care Technology Assessment FinOHTA 07/2000 : 42 P.

London School of Economics, VESTERGAARD (M.), NIELSEN (C.P.), KRISTENSEN (F. B.)  
**ASTEC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Denmark**  
Danish Institute for Health Technology Assessment 07/2000

London School of Economics, WILD (C.)

**ASTEAC (Analysis of Scientific and Technical Evaluation of Health Interventions in the European Union) Report on Austria)**

Institute of Technology Assessment 07/2000: 32 P.

Ministère de la santé du Luxembourg

**Ministère de la Santé. Grand Duché de Luxembourg. Rapport d'activité 2001**

Ministère de la santé du Luxembourg 03/2002 : 184 P.

Ministère de la Santé. Gouvernement du Québec (Canada)

MASSE (R.), GILBERT (L.)

**Programme national de santé publique 2003-2012**

Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 2003 : 133 P.

Ministère de la Santé. Gouvernement du Québec (Canada), PATRY (P.)

**Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 4e bilan**

Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 2002 : 17 P.

Ministère de la Santé. Gouvernement du Québec (Canada)

**Institut National de Santé Publique. Rapport annuel 2000-2001**

Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 2001 : 39 P.

Ministère de la santé. Gouvernement du Québec (Canada)

**Programme national de santé publique 2003-2012**

Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 2003 : 259 P

Ministère de la santé. Gouvernement du Québec (Canada)

**Priorités nationales de santé publique, vers l'atteinte des résultats attendus, 5è bilan**

Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 2002 : 133 P

Ministère de la Santé. Gouvernement du Québec (Canada), VALENTINI (H.)

**Priorités nationales de santé publique. 1997-2002**

Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 1998 : 103 P.

Ministerie van Volksgezondheit Welzijn en Sport (Pays Bas), OKMA (K.G.H.)

**Health care, health policies and reforms in the Netherlands**

Ministerie van Volksgezondheit Welzijn en Sport 05/2003 : 52 P.

Ministerio da Saude, Direcção-Geral da Saude (Portugal)

**Ganhos de saude em portugal. Ponto de Situação**

Lisboa □ Ministerio da Saude, Direcção-Geral da Saude 03/2002 : 209 P

Ministerio da Saude (Portugal)

**Saude um Compromisso. A Estratégia de Saude para o virar do Século (1998-2002)**

Ministerio da Saude 1999 : 103 P.

Ministry of the Interior and Health (Denmark)

**Health care in Denmark**

Ministry of the Interior and Health 2002 : 63 P.

Ministry of Health and Social Affairs (Sweden)

**Challenges to the health care of the future. Summary of the national action plan for the development of health care**

Ministry of Health and Social Affairs 2001 : 20 P.

Ministry of Health and Social Affairs (Sweden)

**Government resolution on the health 2015 public health programme. Helsinki (Suède)**

Ministry of Health and Social Affairs 2001 : 35 P.

Ministry of Health and Social Affairs (Sweden), EINHORN (J.), ANDERSSON (I.), HALLERBY (N.), LINDQVIST (B.), CARLSON (L.), KROOK (C.), OSTH (R.)

**Priorities in health care. Ethics, economy, Implementation**

Swedish Government Official Reports The Ministry of Health and Social Affairs 1995 : 180 p.

MORER-FUNK (A.)

**Le système sanitaire en République fédérale d'Allemagne. Faits, problèmes et propositions de réformes**

Goethe Institut Internationales 02/2002 : 17 P.

National Institute of Public Health (Sweden)

**Sweden's new public-health policy**

NIPH 10/2002 : 7 P.

National Institute of Public Health (Sweden)

**The reoriented National Institute of Public Health in Sweden**

NIPH 2002 : 2 P.

National Institute of Public Health (Sweden)

**Green paper on health objectives for Sweden**

National Committee for Public Health National Institute of Public Health 2001 : 4 P.

NHS R&D, HTA Program RYAN (M.), SCOTT (D. A. ), REEVES (C.), BATE (A.), TEIJLINGEN (E. R.) van, RUSSELL (E. M.), NAPPER (M.), ROBB (C. M.)

**Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques**

Health Technology Assessment NHS R&D HTA Program 2001 , Vol. 5 : 186 P.

NHS Health Development Agency

**Health Improvement Programs (HImPs) 1999-2000. Conclusions and recommendations of the Health Development Agency's national review**

NHS Health Development Agency 2000 : 28 P.

NHS Health Development Agency, TAYLOR (L.), BLAIR-STEVENS (C.)

**Introducing health impact assessment (HIA) : informing the decision-making process**

NHS Health Development Agency 2002 : 19P.

Office of Oregon Health Plan Policy and Research

**Assessment of the Oregon Health Plan Medicaid demonstration**

Office of Oregon Health Plan Policy and Research 02/1999 : 100P

Oregon Health Service Commission, GARLAND (M.) J., ANDERSON (B.) F.M, Mc.NEIL (P.)

**Common purpose in health policy. Report of Focus group meetings by Oregon Health Decisions**

Oregon Health Service Commission 1994 : 20 P.

Organisation de Coopération et de Développement Economiques, JEE (M.), OR (Z.)

**Health outcomes in OECD countries : a framework of health indicators for outcome-oriented policymaking**

OCDE 1998 , Vol. 36 : 85 P.

Poste d'expansion Economique de Barcelone, PULUHEN (N.)

**Le système de santé en Espagne**

Poste d'expansion Economique de Barcelone 06/2001 : 4 P.

République et Canton de Genève

**Les inégalités sociales de santé du constat à l'action**

Genève République et Canton de Genève, Direction Générale de la Santé, 2002 59 P

République et Canton de Genève

**Planification sanitaire qualitative. Rapport intermédiaire 2001**

Genève République et Canton de Genève, Direction Générale de la Santé, 2002 100P

République et Canton de Genève

**Planification sanitaire qualitative. Rapport intermédiaire 1999 – 2000**

Genève R République et Canton de Genève, Direction Générale de la Santé, 2001 R 92 P

République et Canton de Genève

**Planification qualitative du système de santé Genevois. Rapport 2 R la santé des Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS**

Genève R République et Canton de Genève, Direction Générale de la Santé, 1998 R 356 P

République et Canton de Genève

**Planification qualitative du système de santé Genevois. Rapport 1 R les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé**

Genève R République et Canton de Genève, Direction Générale de la Santé, 1998 R 25 P

SCHOPPER (D.)

**Pour une politique de santé dans le canton de Genève. Les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé.**

Université de Genève. Faculté de Médecine, Institut de médecine sociale et préventive 1997 R 141 P

SCHOPPER (D.), RONCHI (A.), AMMON (C.).

**Priorités de santé dans le canton de Genève. Rapport d'une enquête Delphi**

Université de Genève. Faculté de Médecine, Institut de médecine sociale et préventive 1997 R 40 P

Société Française de santé publique, GREMY (F.), AURENGO (A.), BERARD (A.), BRIXI (O.), COLVEZ (A.), DAIGNE (M.), DELOUR (M.), DURAND-ZALESKI (I.), VINAS (J.)

**Questionnement et propositions sur la politique de santé en France**

Société Française de santé publique 2002 : 54 P.

Société Française de santé publique

OBERLE (D.), CHAMBAUD (L.), BRODIN (M.)

**Synthèse des 26 consultations régionales dans le cadre de la préparation de la loi d'orientation en santé publique**

Société Française de santé publique 02/2003 : 32 P.

TNO Prevention and Health, VAN HERTEN (L.)

**Health targets. Navigating in health policy**

TNO Prevention and Health 2000 : 146 P

World Health organization

**Rapport mondial sur la santé. Evaluation de la performance des systèmes de santé.**

Geneve R OMS, 2000.

World Health Organization

**Evaluation of WHO's strategic budgeting and planning process**

Geneva R WHO 2001 : 7P.

World Health Organization, KAHSSAY (H. M.), OAKLEY (P.)

**Community involvement in health development: a review of the concept and practice**

Geneva R WHO 1999 : 160 P.

World Health Organization

**Programme budgeting and priority-setting. Analytical framework for setting WHO priorities .**

Geneva R WHO 1997 : 13 P.

World Health Organization, JANOVSKY (K.)

**Health policy and systems development. An agenda for research**

Geneva R WHO 1996 : 245 P.

World Health Organization

**Priority setting and the integrated delivery of health care. Report of an informal meeting on health intervention packages**

Geneva R WHO District Health Systems Division of strengthening of Health Services 08/1994 : 20 P

World Health Organization, MURRAY (C. JL.), FRENK (J.)

**A WHO framework for health system performance assessment**

World Health Organization : 27 P

World Health Organization

**Etude sur les critères utilisés pour définir les priorités. Rapport du groupe de travail du Comité du programme du conseil exécutif**

Geneva WHO 07/11/1990 : 23P.

World Health Organization Europe.

**The European health report 2002**

Geneva WHO Europe 2002 : 156 P.

World Health Organization Europe

**European regional consultation on health systems performance assessment**

Geneva WHO Regional Office for Europe 2001 : 2P.

World Health Organization Europe.

**Exploring health policy development in Europe**

Geneva WHO Europe 2000 : 537 P.

World Health Organization Europe

**Health 21- Health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European Region**

Geneva WHO Europe 1999 : 224 P

World Health Organization Europe, TRAGAKES (E.),

VIENONEN (M.)

**Key issues in rationing and priority setting for health care services**

Geneva WHO Regional Office for Europe 01/1998 : 47 P.

World Health Organization Europe, RITSATAKIS (A.)

**Framework for the analysis of country (HFA) Policies**

Geneva WHO Regional Office for Europe 12/1987 : 30 P.

## DOCUMENTS JURIDIQUES

**Schema di Piano sanitario nazionale. 2002-2004**

Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria (Italia), 03/2002 : 41 P.

**Interventi nel settore sanitario. Senato della repubblica. 21 Dicembre 2002. Legge Finanziaria 2003**

Legge finanziaria 30/12/2002 : 8 P.

**Recueil de legislation. Règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier national**

MEMORIAL- Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg 27/04/2001 , n° 49 : pp.1033-1040

**Recueil de legislation. Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

MEMORIAL- Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg 1998 , n° 78 : pp. 1564-1572

**The Health and Medical Services Act (1982:763)**

Ministry of Social Affairs and Health 1996 : 14 P.

## SITES INTERNET

Allemagne☐Forum sur les health targets	<a href="http://www.health-targets.de/">http://www.health-targets.de/</a>
Allemagne☐Institut de santé publique	<a href="http://www.erziehung.uni-giessen.de/">http://www.erziehung.uni-giessen.de/</a>
Allemagne☐Ministère de la santé	<a href="http://www.bmg.esundheit.de/">http://www.bmg.esundheit.de/</a>
Autriche☐ministère de la santé	<a href="http://www.bmsg.gv.at/">http://www.bmsg.gv.at/</a>
Autriche☐Institut de santé publique	<a href="http://oebig.artware.at">http://oebig.artware.at</a>
Belgique☐Centre liégeois de promotion de la santé	<a href="http://www.clps.be/">http://www.clps.be/</a>
Belgique☐Communauté française	<a href="http://www.cfwb.be/sante/">http://www.cfwb.be/sante/</a>
Belgique☐Direction générale de l'organisation des soins	<a href="http://www.health.fgov.be/">http://www.health.fgov.be/</a>
Belgique☐Institut scientifique de santé publique	<a href="http://www.iph.fgov.be/">http://www.iph.fgov.be/</a>
Belgique☐Ministère de la santé fédéral	<a href="http://www.belgium.fgov.be/">http://www.belgium.fgov.be/</a>
Canada☐Centre d'analyse de la régionalisation en santé	<a href="http://www.regionalization.org/">http://www.regionalization.org/</a>
Canada☐Ministère de la santé et des services sociaux du Québec	<a href="http://www.msss.gouv.qc.ca/f/index.htm">http://www.msss.gouv.qc.ca/f/index.htm</a>
Canada☐Parlement	<a href="http://www.parl.gc.ca/">http://www.parl.gc.ca/</a>
Canada☐Régie régionale de la santé et des services sociaux	<a href="http://www.rrsss02.qc.ca/">http://www.rrsss02.qc.ca/</a>
Danemark☐Institut de santé publique	<a href="http://www.si-folkesundhed.dk/english/">http://www.si-folkesundhed.dk/english/</a>
Danemark☐Ministère de la santé	<a href="http://www.im.dk/">http://www.im.dk/</a>
Danemark☐Bureau national de la santé	<a href="http://www.sst.dk/">http://www.sst.dk/</a>
Espagne☐Ministère de la santé	<a href="http://www.msc.es/">http://www.msc.es/</a>
Espagne☐Département de la santé de Navarre	<a href="http://www.cfnavarra.es/Salud/">http://www.cfnavarra.es/Salud/</a>
Espagne☐Institut de santé publique Carlos III	<a href="http://www.isciii.es/">http://www.isciii.es/</a>
Etats-Unis☐Département fédéral de la santé et des services sociaux	<a href="http://www.hhs.gov/">http://www.hhs.gov/</a>
Etats-Unis☐Département des services sanitaires et sociaux d'Orégon	<a href="http://www.dhs.state.or.us/">http://www.dhs.state.or.us/</a>
Etats-Unis☐Office de recherche en santé publique de l'Orégon	<a href="http://www.ohppr.state.or.us/">http://www.ohppr.state.or.us/</a>
Europe☐L'union européenne en ligne	<a href="http://europa.eu.int/">http://europa.eu.int/</a>
Europe☐Office européen de l'OMS	<a href="http://www.who.dk/">http://www.who.dk/</a>
Finlande☐Ministère de la santé et des affaires sociales	<a href="http://www.stm.fi/">http://www.stm.fi/</a>
Finlande☐Institut national de santé publique	<a href="http://www.ktl.fi/">http://www.ktl.fi/</a>
Finlande☐Centre national de recherche en santé et bien-être	<a href="http://www.stakes.fi/">http://www.stakes.fi/</a>
France☐Ministère de la santé, la famille et des personnes handicapées	<a href="http://www.sante.gouv.fr/">http://www.sante.gouv.fr/</a>
France☐Société française de santé publique	<a href="http://www.sfsp-publichealth.org/">http://www.sfsp-publichealth.org/</a>
Grèce☐Ministère de la santé	<a href="http://www.mfa.gr">http://www.mfa.gr</a>
International☐colloque sur les priorités de santé	<a href="http://www.healthpriorities.org/">http://www.healthpriorities.org/</a>
International☐Organisation Mondiale de la Santé	<a href="http://www.who.int/">http://www.who.int/</a>
Irlande☐Département de la santé et des enfants	<a href="http://www.doh.ie/">http://www.doh.ie/</a>
Irlande☐Bureau de recherche en santé	<a href="http://www.hrb.ie">http://www.hrb.ie</a>
Italie☐Ministère de la santé	<a href="http://www.ministerosalute.it/">http://www.ministerosalute.it/</a>
Luxembourg☐Ministère de la santé	<a href="http://www.gouvernement.lu">http://www.gouvernement.lu</a>

Pays-Bas	Conseil national de la santé et du handicap	<a href="http://www.nhc.govt.nz/">http://www.nhc.govt.nz/</a>
Pays-Bas	Ministère de la santé	<a href="http://www.minvws.nl">http://www.minvws.nl</a>
Pays-Bas	Institut de santé publique	<a href="http://www.trimbos.nl">http://www.trimbos.nl</a>
Portugal	Ministère de la santé	<a href="http://www.min-saude.pt">http://www.min-saude.pt</a>
Royaume-Uni	Département d'évaluation des technologies de santé	<a href="http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/">http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/</a>
Royaume-Uni	Département de la santé	<a href="http://www.doh.gov.uk/">http://www.doh.gov.uk/</a>
Royaume-Uni	London school of economics and political science	<a href="http://www.lse.ac.uk/">http://www.lse.ac.uk/</a>
Suède	Centre de conseil et de recherche sur les priorités de santé	<a href="http://e.lio.se/prioriteringscentrum/">http://e.lio.se/prioriteringscentrum/</a>
Suède	Ministère de la santé	<a href="http://www.sos.se/">http://www.sos.se/</a>
Suède	Institut national de santé publique	<a href="http://www.fhi.se/">http://www.fhi.se/</a>



## TABLE DES ILLUSTRATIONS TOME I

FIGURE 1: FORMES INTERMÉDIAIRES DE DÉCENTRALISATION SELON LE NIVEAU DE RÉALISATION DE CHAQUE ÉTAPE DU PROCESSUS DE DÉCISION .....	21
FIGURE 2 LES COMPOSANTES DU PROCESSUS DE DÉFINITION DES OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE SANTÉ.....	26
FIGURE 3: LES ÉTAPES DE LA LOGIQUE <i>HEALTH TARGETS</i> .....	50
FIGURE 4: LES ÉTAPES DE LA LOGIQUE <i>SOINS</i> .....	53
FIGURE 5 EXEMPLE DE REPRÉSENTATION DE LA LOGIQUE MATRICIELLE .....	55
TABLEAU 1: DESCRIPTION DU DEUXIÈME TABLEAU SYNOPTIQUE .....	14
TABLEAU 2: DESCRIPTION DU TROISIÈME TABLEAU SYNOPTIQUE .....	14
TABLEAU 3: CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF DES POLITIQUES DE SANTÉ.....	28
TABLEAU 4: LES PAYS EN CHIFFRES .....	40
TABLEAU 5: LES OBJECTIFS ET STRATÉGIES EN SYNTHÉTIQUE .....	43
TABLEAU 6: MÉTHODES ET CRITÈRES DE CHOIX .....	58



# TABLE DES MATIERES TOME I

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODE.....</b>	<b>5</b>
<b>1. PROJET D'ÉTUDE.....</b>	<b>5</b>
<b>2. PROCESSUS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>6</b>
2.1. PREMIÈRE PHASE : ANALYSE DOCUMENTAIRE.....	6
2.1.1. <i>Stratégie de recherche documentaire</i> .....	6
2.1.1.1. Organisations institutionnelles ou associatives européennes et internationales contactées.....	6
2.1.1.2. Organisations institutionnelles nationales contactées.....	7
2.1.1.3. Recherche sur la méthodologie de définition des priorités de santé.....	8
2.1.2. <i>Analyse documentaire</i> .....	9
2.1.2.1. Constats issus de l'analyse de la littérature.....	9
2.1.2.2. Premières analyses.....	10
2.2. DEUXIÈME PHASE : ENTRETIENS.....	11
2.3. TROISIÈME PHASE: QUESTIONNAIRES ET VALIDATION FINALE.....	13
2.4. GUIDE DE LECTURE DES RÉSULTATS.....	13
<b>DEUXIÈME PARTIE LES LOGIQUES EN ACTIONS.....</b>	<b>17</b>
<b>1. CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>18</b>
1.1. ACTEURS ET POUVOIR DE DÉCISION.....	18
1.1.1. <i>Catégories d'acteurs associés à la décision</i> .....	18
1.1.2. <i>Interventions des acteurs dans la décision</i> .....	19
1.2. COMPOSANTES DU DISPOSITIF DE DÉFINITION DES OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE SANTÉ.....	21
1.2.1. <i>Définitions</i> .....	22
1.2.2. <i>L'empreinte de l'OMS</i> .....	23
1.2.3. <i>Processus théorique de définition des objectifs et stratégies de santé</i> .....	25
<b>2. LA DÉCISION ENTRE LE GLOBAL ET LE LOCAL OU LA RECHERCHE D'UNE DÉCENTRALISATION OPTIMALE.....</b>	<b>27</b>
2.1. LES CATÉGORIES D'ACTEURS DANS LA DÉCISION.....	33
2.2. LES NIVEAUX DE DÉCENTRALISATION.....	33
2.2.1. <i>Décentralisation encadrée</i> .....	34
2.2.2. <i>Décentralisation coordonnée</i> .....	34
2.3. LA CONVERGENCE DES FORMES DE GOUVERNANCE.....	35
2.3.1. <i>Intégration des usagers et citoyens à la décision</i> .....	36
2.3.2. <i>Explicitation d'un sens commun aux actions individuelles</i> .....	36
2.3.3. <i>Mise à disposition de toute l'information scientifique pertinente ainsi qu'un ensemble de recommandations de pratiques</i> .....	37
2.3.4. <i>«Marchés», coordination et contractualisation des intérêts particuliers</i> .....	37
2.3.5. <i>Représentation de la réalité, Évaluation, contrôle et sanction</i> .....	38
<b>3. DE LA NATURE AUX LOGIQUES DES OBJECTIFS ET STRATÉGIES.....</b>	<b>39</b>
3.1. CONTEXTES.....	39
3.2. LOGIQUES DES OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE SANTÉ.....	42
3.2.1. <i>Logique «Health targets»</i> .....	49

3.2.2.	<i>Logique soins</i> .....	52
3.2.3.	<i>Logique matricielle</i> .....	55
<b>4.</b>	<b>UNE RELATIVE UNIFORMITÉ DANS LES INFORMATIONS UTILISÉES</b> .....	<b>57</b>
4.1.	PATHOLOGIES PRIORITAIRES ET OBJECTIFS QUANTITATIFS DE SANTÉ .....	62
4.2.	EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS .....	62
4.3.	EVALUATION ÉCONOMIQUE DE TYPE COÛT/EFFICACITÉ .....	63
4.4.	LIMITES ET PERSPECTIVES .....	63
<b>5.</b>	<b>LES FREINS À L’EFFECTIVITÉ</b> .....	<b>64</b>
5.1.	MANQUE DE COHÉSION ET D’INTÉGRATION GLOBALE .....	65
5.2.	MANQUE D’INFORMATION SUR LES FINANCEMENTS .....	65
5.3.	INSTABILITÉ POLITIQUE .....	66
	<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>67</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>71</b>
	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS TOME I</b> .....	<b>89</b>
	<b>TABLE DES MATIÈRES TOME I</b> .....	<b>91</b>