



HAL
open science

Les modalités de définition des objectifs et stratégies de santé

Alice Teil, Jean-Pierre Claveranne

► **To cite this version:**

Alice Teil, Jean-Pierre Claveranne. Les modalités de définition des objectifs et stratégies de santé : Tome 2: Descriptions verticales. 2003. hal-00600626

HAL Id: hal-00600626

<https://hal.science/hal-00600626>

Submitted on 15 Jun 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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 II DESCRIPTIONS VERTICALES

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
<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 3^e 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
Richmond VA*
Magali Robelet – *docteur en sociologie*
Jamia Thomas - *MHA Department of health administration
Richmond VA*
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, Challenger 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

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.....	129

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'efficience par l'introduction de mécanismes s'apparentant à ceux du marché¹. 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 désolidarisationl'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 alorsl'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.

¹ Hassenteufel P., Delaye S., Pierru F., Robelet M., Serre M., «l'La libéralisation des systèmes de protection maladies européensl'convergences, européenisation 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. Les documents utilisés et les sites Internet consultés figurent dans la bibliographie en fin de document.

ALLEMAGNE

1 CONTEXTE

L'Allemagne est le pays le plus peuplé des pays de l'union européenne. Son Produit Intérieur Brut est légèrement au-dessus de la moyenne européenne. Le nombre de lits hospitaliers par habitant est relativement élevé tandis que le nombre de médecins par habitant est égal à la moyenne européenne.

L'Etat Fédéral d'Allemagne est constitué de 16 *Länders* et le principe de subsidiarité régit la répartition des pouvoirs législatifs entre les *Länders* et l'Etat fédéral.

Le système de santé allemand s'est construit sur la base d'une assurance sociale professionnelle avec la création de caisses d'assurance maladie à l'initiative des corps professionnels. Ce modèle de couverture sociale est appelé modèle Bismarckien. Les Caisses-Maladie des différents *Länders* ont un rôle important dans la mesure où celles-ci fixent des enveloppes de dépenses pour la médecine de ville (exclusivement libérale) avec réduction des tarifs l'année suivante si dépassement de l'enveloppe. Les hôpitaux sont soumis à la règle du budget global défini par les autorités régionales.

L'objet de cette section est de présenter le contexte de la politique de santé allemande. Nous décrivons tout d'abord la structure administrative du pays puis les principes clefs du système de santé.

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ETAT

L'Allemagne est une république fédérale composée de 16 *Länders* (Régions). Chaque région a sa propre constitution qui doit respecter les principes républicains, démocratiques et sociaux définis par la constitution fédérale (*Grundgesetz*). Les fonctions législatives primaires relèvent de la chambre haute, (assemblée fédérale-*Bundestag*), et de la chambre basse (conseil fédéral-*Bundesrat*) du Parlement Fédéral. Chaque *Länder* possède son propre Parlement monocaméral excepté pour la Bavière qui fonctionne en système bicaméral.

Le *Bundestag* est composé de 672 membres élus pour 4 ans. Depuis 1998, les sociaux-démocrates (SPD) et les Verts détiennent la majorité parlementaire et forment le gouvernement. Le *Bundestag* a comme fonction principale de voter les lois, d'élire le chancelier et de «diriger» le gouvernement.

Le *Bundesrat* représente les 16 *Länders* fédéraux et est composé de 3 à 6 membres (selon la taille du *Länder*) de chacun des gouvernements régionaux. La fonction principale du *Bundesrat* est l'approbation des lois votée par le *Bundestag*.

Il est souvent très difficile de parvenir à faire voter des lois par les deux chambres étant donné qu'elles sont souvent radicalement opposées en matière de majorité politique. C'est pourquoi un compromis est généralement recherché et formulé préalablement au vote par les deux chambres, ceci par le biais des 32 membres du comité d'arbitrage (16 membres du *Bundestag* et un représentant de chaque *Länder*).

Le Président est élu pour 5 ans par une assemblée constituée des membres du Parlement et un nombre équivalent de représentants des *Länders*. La fonction principale du Président est d'approuver les nouvelles lois, de nommer formellement le chancelier et les ministres fédéraux et de remplir une fonction de représentation interne et externe.

Les zones de responsabilité du niveau fédéral sont les affaires étrangères, la défense, le cours monétaire, les transports aériens et certaines taxes. En ce qui concerne la législation sur la concurrence, les états peuvent uniquement voter des lois sur des problématiques non couvertes par les

lois fédérales. La Fédération légifère uniquement lorsqu'il est nécessaire d'avoir une loi uniforme pour l'ensemble des Etats. Les Etats ont donc une latitude législative importante.

1.2 POINTS CLEFS DU SYSTEME DE SANTE

L'Allemagne fut le premier pays à instituer dès 1883, à l'initiative de Bismarck, un système de protection sociale pour les travailleurs. Ce système s'est développé et est de nos jours placé sous la responsabilité des ministères fédéraux de la santé, du travail et des affaires sociales. Ces ministères définissent les règles de fonctionnement, mais délèguent le pouvoir exécutif au niveau des Etats, tout particulièrement en ce qui concerne la planification hospitalière. Le financement des soins de santé est assuré par un réseau d'environ 1200 caisses-maladie publiques et par des assurances privées.

En 1999, environ 90% de la population était couverte par les caisses-maladie publiques tandis que 8% de la population était à la fois couverte par l'une de ces caisses et une assurance privée complémentaire. L'affiliation à une caisse-maladie publique est obligatoire pour les personnes ayant un revenu inférieur à un seuil défini par l'Etat. Les autres personnes sont libres ou non d'adhérer à ces caisses. Les caisses publiques tirent leurs ressources des cotisations de leurs adhérents. Les cotisations sont fonction du niveau de revenu, les taux différant d'une caisse à l'autre. Les entreprises financent la moitié des cotisations de leurs employés.

Au niveau de chaque région, les caisses négocient avec les offreurs de soins le tarif des prestations offertes à leurs membres sur la base d'une nomenclature établie au plan national. Les adhérents d'une caisse participent directement à une partie des frais pharmaceutiques, d'hospitalisation et des soins dentaires. L'une des particularités de ce système de santé est la très nette séparation entre le système hospitalier et le secteur ambulatoire.

Le système hospitalier est composé d'hôpitaux publics (50% des lits environ), d'hôpitaux locaux privés à but non-lucratif (environ 35% des lits) et d'hôpitaux privés à but lucratif (13% des lits). Les hôpitaux sont soumis à la règle du budget global et les médecins qui travaillent dans ce secteur sont en très grande majorité salariés. Le secteur ambulatoire est par contre entièrement privé. Les médecins sont regroupés en associations légales de médecins qui négocient avec les caisses-maladie une enveloppe globale et le montant des honoraires pour chaque acte. Ce sont ces associations qui paient les médecins en fonction de leur activité. Cependant, cette activité est particulièrement surveillée par les associations légales de médecins. En effet, l'enveloppe globale ayant été négociée, tout dérapage sur ce volume ou sur la qualité des prescriptions d'une partie des médecins de l'association conduit à une baisse des rémunérations de l'ensemble. Environ 30% des médecins exercent leur activité en groupe, la possibilité d'effectuer eux-mêmes un certain nombre d'analyses biologiques incite à de tels regroupements.

Pendant toute la décennie de transition après la réunification de l'Allemagne, la puissance des assurances sociales s'est renforcée, notamment par rapport aux *Länders* (responsables des hôpitaux et leurs investissements) du fait de la multiplication du principe des «enveloppes» plus ou moins globales dans tous les secteurs. Cette multiplication correspond à un véritable pacte national de financement à moyen terme, rivé sur la stabilisation du niveau des cotisations. Dans le même temps, cela a engendré une dynamique de centralisation des moyens financiers des *Länders*, évoluant vers des fermetures de lits tant à l'Ouest qu'à l'Est et réduisant l'impact des législations hospitalières régionales. Celles-ci évoluent rapidement vers l'Accréditation des établissements et des personnels. Les relations entre assurance sociale et *Landers* se définissent au *Bundesrat* où les représentants des *Landers* ont largement disposé jusqu'à présent de leur droit de veto.

La concurrence des assurances maladies a conduit à une diminution du nombre des caisses et au développement de règles de surveillance des modalités déloyales de concurrence. À ce titre, l'Allemagne est le premier pays européen à avoir adopté une législation interdisant l'accès aux assureurs des résultats des tests génétiques.

De nombreux assurés du privé passent par le public lorsque les dépenses de soins deviennent trop importantes. Le gouvernement tente d'empêcher ce type de concurrence déloyale de la part de

l'assurance privée par une plus grande standardisation des tarifs. Le choix du médecin s'est considérablement élargi avec l'instauration de la carte magnétique et la procédure de contingentement des feuilles de soins. Ceci explique la volonté d'autoriser la consultation externe publique (la consultation privée est déjà autorisée) à l'hôpital public pour concurrencer la médecine ambulatoire. La libre installation du médecin demeure et le flux de médecins formés continue de croître, ce qui ouvre la voie à une accréditation des médecins conventionnés par les caisses. Les hôpitaux disposent d'un budget global, calculé sur la base d'un prix de journée moyen et de prix de journées différenciés.

Un des aspects fondamentaux du système politique allemand, et du système de santé en particulier, est le partage des décisions entre le niveau fédéral et le niveau des états. Les schémas réglementaires de couverture sociale étant quant à eux délégués aux corporations non gouvernementales. Le corporatisme a plusieurs aspects importants□ les corporations détiennent certains droits□ elles ont le droit de prélever leurs propres ressources sous le contrôle de l'état. Elles ont le droit et l'obligation de négocier et de signer des contrats avec les autres corporations et de financer les services à leurs membres.

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION FEDERALE

Le **Ministère Fédéral de la Santé** et le Parlement sont les acteurs clefs de la politique fédérale de santé. Le Ministère est composé de 5 divisions subdivisées chacune en 2 divisions□ administration et relations internationales□ produits pharmaceutiques et médicaux□ soins de longue durée, offre de soins et assurance maladie□ protection de la santé et lutte contre les maladies□ protection du consommateur et médecine vétérinaire.

Le Ministère Fédéral de la Santé est assisté d'autorités subordonnées□ l'institut Fédéral d'équipement pharmaceutiques et médicaux (*BfArM*) qui accorde les licences d'exploitation et contrôle la sécurité des équipements pharmaceutiques et médicaux□ l'institut Allemand de documentation et d'information médicales (*DIMDI*) dont la fonction est d'informer le public et les professionnels dans les domaines des sciences de la vie□ l'institut Fédéral des maladies transmissibles et non transmissibles (*Robert-Koch-Institute*) qui comme fonction de surveiller, de détecter, de prévenir et de réguler les maladies□ l'institut Fédéral de vaccination (*Paul-Ehrlich-Institute*) qui accorde les licences□ le Centre Fédéral d'Education à la Santé (*BzgA*) qui a pour fonction de maintenir et de promouvoir la santé□ l'institut Fédéral de protection de la santé des consommateurs et de médecine vétérinaire (*BgVV*) en charge de l'amélioration de la protection du consommateur en matière d'alimentation, de cosmétiques, de maladies vétérinaires.

En 1977, fut créée l'**Action Concertée en Santé** comme organe de conseil du gouvernement. Son rôle est de collecter et de présenter les données sur la situation médicale et économique du système de santé avec comme objectif de conseiller le gouvernement et les corporations professionnelles. De plus, cette institution fait des recommandations sur les modalités d'amélioration du système de rémunérations, l'offre de soins et la structure du système de santé. Ce comité est composé de 65 membres issus de différentes institutions sanitaires et d'experts du Ministère Fédéral de la Santé.

Depuis 1985, le comité a été doublé par un **Conseil Consultatif**, qui produit un rapport annuel global ou un rapport sur des questions spécifiques posées par le Ministre de la santé. Le conseil consultatif est constitué de 7 experts médicaux, économiques et infirmiers dans le champ de la santé nommés par le Ministre de la santé. Le rapport annuel qu'ils rédigent est considéré comme d'une très grande utilité et les recommandations qui sont faites d'une grande pertinence, mais son impact sur l'amélioration du système de santé n'est pas très clair.

Depuis 1999, le ministère de la santé a créé un **Conseil d’Ethique** composé de 13 personnes et qui recouvre les disciplines de biologie, droit, médecine, soins infirmiers, philosophie, psychologie, sciences sociales et théologie.

Un autre organe de conseil, le **Conseil fédéral de santé** traite des problèmes associés à la promotion de la santé publique et à la prévention des maladies.

2.2 ADMINISTRATION DES LÄNDERS

La structure régionale est représentée principalement par les 16 gouvernements de *Länders* et dans une moindre mesure par les Parlements des *Länders*. En 1998, 13 des 16 *Länders* ont un Ministère qui contient le mot santé dans son appellation. Cependant, aucun n’a un département exclusivement dédié aux problématiques de santé. Dans la plupart des *Länders*, celles-ci sont associées aux problématiques du travail et des services sociaux.

Au sein d’un ministère du travail régional, la santé constitue l’une des divisions constituée elle-même de subdivision (services publics de santé et hygiène environnementale □ promotion de la santé et prévention du SIDA, gestion des établissements publics □ gestion et régulation des professions de santé et des institutions professionnelles □ supervision des produits pharmaceutiques et des pharmaciens et de leurs institutions).

Chaque *Länder* est autonome pour définir ses objectifs de santé et les dispositifs associés. Ainsi, en 1995, la région Nord Westphalie a publié un programme politique incluant dix objectifs quantitatifs à atteindre. Ces objectifs ont été qualifiés de participatif dans la mesure où ils ont été conçus avec la participation de la population. À Berlin, l’approche a été différente, essentiellement basée sur des rapports scientifiques².

2.3 CORPORATIONS

En ce qui concerne les dispositifs réglementaires d’assurance maladie, les corporations sont représentées par les associations légales de médecins et de dentistes du côté de l’offre de soins et les caisses maladies et leurs associations du côté des financeurs de l’offre de soins.

Des associations de médecins existent dans toutes les régions selon les principes du fédéralisme. Certaines régions en contiennent plusieurs et au total il existe 23 associations de médecins. Chaque médecin en activité doit faire partie de l’association qui le concerne. Chaque association a un «Parlement» et un bureau élus par les membres de l’association.

Les hôpitaux ne sont pas représentés par un organe corporatiste mais par des organisations régies par les lois du secteur privé.

Du côté des financeurs, il existe des caisses maladie autonomes organisées sur une base régionale ou fédérale. En 1999 il y avait 453 caisses couvrant environ 72 millions de personnes et 52 compagnies d’assurance privées couvrant 7,1 millions de personnes.

² Lequet-Slama D., «Le choix des priorités de santé publique en Europe», *ADSP*, n°31, juin 2000, pp.70-72.

3 OBJECTIFS QUANTITATIFS FEDERAUX ET PRIORITES REGIONALES DU SYSTEME DE SANTE

Le cadre légal du dispositif administratif en matière de santé est défini par le Sozialgesetzbuch (SGB-Code Social). Le SGB définit aussi dans des termes relativement généraux quels sont les avantages offerts par l'Assurance Maladie et une nomenclature générale pour les tarifs des prestations.

En ce qui concerne la définition d'objectifs et de stratégie, les régions ont une autonomie relativement forte. Par conséquent, deux niveaux de décision en matière de santé se superposent. Un premier niveau prépondérant, qui est le niveau des *Länders*, et un niveau dont l'influence se développe par l'intermédiaire de la définition d'objectifs nationaux, qui est le niveau fédéral.

Historiquement, les régions ont focalisé leurs efforts sur la régulation de l'offre de soins et la rationalisation des dépenses correspondantes. Puis dans les années 1990, une première région (Nord Westphalie) s'engage dans un processus de détermination d'objectifs quantitatifs selon le modèle de l'OMS. Cette première expérimentation a conduit d'autres régions à s'engager dans cette démarche jusqu'en 2003, où le gouvernement fédéral publie les objectifs quantitatifs nationaux de l'Allemagne. Ces objectifs ne correspondent qu'à des recommandations et il n'y a aucune obligation des régions. Le pouvoir du niveau fédéral réside dans un contrôle de conformité des plans régionaux aux principes constitutionnels fédéraux et dans la définition des standards de qualité et de sécurité de l'activité de soin.

3.1 HEALTH TARGETS

La première tentative de développement d'objectifs quantitatifs de santé selon le modèle préconisé par l'OMS a été réalisée par le gouvernement fédéral en 1983, puis réitérée en 1993. Ces tentatives ont été des échecs dans la mesure où le système de santé Allemand est un système fortement décentralisé avec une présence forte du secteur privé. En 1997, une nouvelle vague de réformes est initiée avec la volonté de définir des objectifs quantitatifs non plus uniquement fondés sur le système de santé mais élargis à l'ensemble des déterminants de la santé. Ce processus a été largement influencé par un débat entre la communauté scientifique et les décideurs politiques, spécialement au niveau des *Länders*. La région Rhine-Westphalia du Nord a constitué l'un des leaders de cette démarche, de même que les associations médicales et les caisses d'assurance maladie. Plusieurs *Länders* s'engagent alors dans une démarche de détermination d'objectifs cibles pour leur territoire telles que les régions de Hamburg, Berlin and Saxony-Anhaltina.

En 1999, une résolution sur les objectifs quantitatifs est prise lors de la Conférence annuelle des *Länders* au sein du Ministère de la santé allemand (*GMK*). Cette conférence réunit annuellement les ministres régionaux de santé pour la résolution de certaines questions qui concernent l'ensemble du territoire. Cette résolution, non seulement souligne l'importance de se doter d'objectifs quantitatifs pour orienter les stratégies de santé, mais de plus définit le ministère de la santé allemand comme modérateur d'objectifs quantitatifs fédéraux. Cette résolution, à laquelle l'ensemble des *Länders* ont adhéré, même les plus attachés à leur autonomie, a démontré le besoin de l'Allemagne de se doter d'objectifs au niveau national.

En 2003 est créé un site Internet³ dédié exclusivement aux objectifs de santé. Un rapport est publié daté du 14 février 2003 qui définit 8 health targets dont 5 orientés pathologies (Diabète, cancer du sein, accidents cardiovasculaires, douleurs chroniques du dos, dépression), un objectif est orienté prévention (réduction de la consommation du tabac), un objectif est orienté population de moins de 20 ans (promotion de la santé par l'alimentation, l'activité physique et la gestion du stress), et un objectif

³ www.gesundheitsziele.de

est orienté citoyens (développement des compétences et des droits des patients) avec pour chacun une définition de sous-objectifs associés et de recommandations stratégiques. 5 de ces 8 objectifs ont été développés dans le rapport de 2003. Les 3 autres (dépression, douleurs du dos et accidents cardiovasculaires) seront traités ultérieurement.

Le gouvernement allemand dans son rapport sur les objectifs de santé, précise que celui-ci ne constitue pas un plan de santé et que par conséquent, il n'y a pas de priorisation des objectifs. Celui-ci poursuit en spécifiant que cependant, les problèmes doivent être identifiés de manière à pouvoir être traités et que cette identification requiert du temps et une forme d'ordonnancement des tâches et que de plus, afin de garantir une transparence dans les décisions et la faisabilité de la mise en œuvre, les choix sont réalisés en fonction des actions possibles.

La sélection des problèmes doit être réalisé selon un processus transparent d'obtention d'un consensus entre des experts, scientifiques et décideurs politiques.

Les critères de choix sont

- Le taux de mortalité et le poids individuel de la maladie
- L'incidence
- Les gains potentiels
- L'intérêt économique
- Les considérations éthiques
- L'égalité des chances
- L'aspect prioritaire du problème pour la population
- La mesurabilité
- La faisabilité
- La possibilité pour le groupe de travail de participer à la résolution du problème.

En conséquence, la politique de santé fédérale priorise au travers des programmes associés aux objectifs quantitatifs, au travers des recommandations cliniques, de la définition des prestations de soins et des équipements associés et de l'élaboration des nomenclatures d'actes.

3.2 POINT DE VUE

Le système sanitaire allemand essuie de nombreuses critiques de la part des professionnels et des usagers⁴. En effet, malgré des prix élevés, les prestations médicales sont parfois nettement inférieures à celles de pays comparables. Ces derniers temps, la mauvaise prévention du cancer chez les femmes a été fortement médiatisée en Allemagne. L'espérance de vie y est inférieure à celle des autres pays européens et «*Pas même la moitié des patients souffrant de maladies cardiaques bénéficie d'un traitement selon l'état de l'art de la médecine. La prévention sanitaire spécifique aux femmes et, tout particulièrement, la prévention du cancer du sein est si mauvaise qu'elle se traduit aussi bien par des amputations superflues que par des diagnostics trop tardifs qui rendent impossible un succès de la thérapie*»⁵.

Le système de santé allemand est confronté à un manque de vision globale et à un manque de politique de santé commune à l'ensemble des régions. Le processus de définition d'objectifs quantitatifs a amorcé une réflexion commune sur les principes fondamentaux liés à la santé et le besoin d'ouverture sur d'autres déterminants de la santé que le seul système de santé sur les orientations du système de santé. Cependant, l'effectivité du processus est remise en cause par le manque d'une instance fédérale de coordination autour des objectifs d'une part, et par le peu de pouvoir du niveau fédéral sur les régions d'autre part.

⁴ Mörer-Funk A., «Le système sanitaire en République fédérale d'Allemagne, faits problèmes et propositions de réformes», *Basis Info Goethe Institut inter nationes*, n° 720Q0120, 2002, 17p.

⁵ Propos de Ulla Schmidt, ministre fédérale de la santé publique, décembre 2001.

AUTRICHE

1 CONTEXTE

L'Autriche est un pays considéré comme économiquement et culturellement très proche de l'Allemagne. La population y est relativement plus jeune et le taux de natalité un peu plus élevé, mais le PIB par habitant est très proche de celui de l'Allemagne.

Le fonctionnement de l'Etat fédéral autrichien est souvent assimilé à celui de l'Allemagne. Cependant, des divergences existent dans les processus administratifs et notamment dans le degré d'autonomie des régions vis-à-vis de l'Etat fédéral qui apparaît plus faible.

Dans cette section, nous présentons quelques chiffres sur la situation économique du pays et l'état de santé de la population, puis nous décrivons succinctement les dispositifs administratifs et le système de santé.

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ETAT

L'Autriche est une république démocratique et un état fédéral d'Europe Centrale composée de 9 *Länders*. Chaque région est divisée en districts politiques qui sont eux-mêmes divisés en collectivités locales.

La capitale fédérale et le siège du gouvernement fédéral est la ville de Vienne. Au niveau des *Länders*, les lois fédérales sont mises en œuvre par le gouverneur de chaque *Länders* (au travers d'une administration fédérale indirecte) à moins que n'existe une agence fédérale spécifique (administration fédérale directe). Dans l'administration fédérale indirecte, le gouverneur est contraint par les instructions du gouvernement central et de ses ministres.

Le pouvoir législatif fédéral est aux mains de la chambre basse du Parlement (conseil national) et de la chambre haute du Parlement (conseil fédéral). Le conseil national comprend 183 membres et est élu pour 4 ans. Le conseil fédéral est la chambre de législation fédérale pour les *Länders*. Ses membres sont élus par les parlements de chaque *Länder* pour une durée correspondant aux mandats des parlementaires et le nombre de membres délégués par chaque Etat est défini au *pro rata* du nombre d'habitants dans l'Etat par rapport au nombre d'habitant dans l'Etat le plus peuplé. Chaque Etat est cependant représenté par au moins trois membres du conseil fédéral. Le pouvoir législatif des *Länders* est exercé par les Parlements régionaux.

1.2 POINTS CLEFS DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé autrichien est fondé sur la loi 189 du *Journal Officiel* paru le 9 septembre 1955. Cette loi reconnaît les soins de santé comme un droit légal pour la population. En 1992, ce texte a été complété par la reconnaissance du droit aux soins préventifs.

Système privé et système public cohabitent. Un service national de santé est à la disposition de la population. Il est financé par une taxe de 7% imposée à tous les autrichiens, et versée à la Caisse d'Assurance Sociale. La *Hauptverband der socialversicherungsträger* (Fédération d'assurance sociale) coordonne les 28 caisses qui gèrent l'offre de soins dans les 9 régions qui composent l'Autriche. Cette fédération émet des recommandations, négocie des contrats avec les offreurs de soins et rembourse les frais pharmaceutiques. Les dépenses de soins des travailleurs libéraux engagés dans

le système national de santé sont couvertes à 80% alors que pour les autres catégories de travailleurs, les frais de soins hospitaliers et les visites chez le médecin sont totalement pris en charge (seul un faible ticket modérateur est appliqué aux médicaments). Un organisme appartenant au ministère de la santé, le KRAZAF est chargé de mettre en œuvre les moyens visant à réguler les dépenses de santé (contrôle des achats des nouvelles technologies, régulation du nombre de lits de court séjour, mise en place d'un système de tarification par groupe homogène de malades).

À côté du système public, il existe un système privé composé de médecins, qui exercent généralement dans le système public (leur rémunération est alors mixte □ salaire et honoraires), et de cliniques. Les Autrichiens ont la possibilité de souscrire des contrats auprès de compagnies d'assurances privées. Trois types de contrats leur sont offerts □ le premier type leur assure une couverture complète des frais de soins hospitaliers dans les structures de leur choix et dans des conditions hôtelières supérieures à celles offertes par le service national de santé. 14,4% d'autrichiens ont souscrit ce type de contrat en 1990. Le deuxième type propose une indemnité journalière pendant la durée d'une hospitalisation □ 22,8% d'autrichiens ont souscrit ce type de contrat en 1990. Le dernier type de contrat propose une couverture pour les soins ambulatoires □ il concerne en 1990, 1,2% des autrichiens.

L'accès direct aux spécialistes et le changement de médecin peut se faire à volonté pour les assurés bénéficiant d'une assurance complémentaire privée (20% environ). Le prix de ces assurances reste assez élevé, en particulier pour les contrats de troisième type (médecine ambulatoire) car ils doivent couvrir des dépenses trois fois plus élevées. Les médecins conventionnés sont soumis à certaines contraintes □ quota d'heures de consultation, décompte trimestriel payé de manière uniforme pour chaque patient quels que soient le nombre de consultations et les modes de traitement.

Depuis ces dix dernières années, l'absence de carte sanitaire a créé un déséquilibre entre la capitale, Vienne, et la province. La centralisation de la construction des hôpitaux, aux capacités et qualités techniques variables, a entraîné une augmentation continue de spécialistes jusqu'en 1994 et une pléthore de diplômés en stage à l'hôpital (malgré la mise en place d'un *numerus clausus* fixé en fonction des besoins des professions médicales). Durant la même période, le déséquilibre entre généralistes et spécialistes s'est accentué.

En Autriche, le système de santé est fortement régulé par le gouvernement. La constitution Autrichienne stipule que les responsabilités pour la quasi-totalité des problématiques du système de santé sont détenues par le gouvernement fédéral. L'exception la plus importante concerne le secteur hospitalier régulé par chaque *Länder*.

La planification, l'activité et le contrôle de l'offre de soins sont considérés comme relevant du secteur public. Par conséquent, plus des deux tiers du système de santé est financé par les contributions de l'assurance sociale et des impôts sur le revenu. Le tiers restant est payé directement par les ménages. Les services de santé sont distribués par des organisations publiques, des organisations privées à but non lucratif, des organisations à but lucratif et des professionnels indépendants.

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION FEDERALE

Les textes de loi concernant les politiques sanitaires et sociales et les réformes sont débattus et votés par chaque **Chambre du Parlement**. Ces textes sont soumis au **Ministère Fédéral pour la Sécurité Sociale et les Générations (BMSG)** Autorité de contrôle, le BMSG supervise le respect de l'application des lois par la Caisse d'Assurance Santé et les corps professionnels médicaux (e.g. l'Association Médicale Autrichienne) pour assurer la fourniture de soins primaires.

En payant leur contribution obligatoire à la caisse sociale d'assurance santé, les Autrichiens bénéficient d'un ensemble de prestations concernant le diagnostic et le traitement de pathologies dont

la nature est définie par la Loi Générale sur la Sécurité Sociale (*ASVG*). Les relations entre la caisse d'assurance et les hôpitaux sont régulées par l'*ASVG*, par la Loi Fédérale Hospitalière (*B-KAG*) et par la Loi Régionale Hospitalière (*L-KAG*).

La **Commission Structurale** créée en 1997 au niveau fédéral prend les décisions et contrôle la mise en œuvre du Plan d'Investissement Hospitalier et de Nouvelles Technologies (*ÖKAP/GGP*). Cette commission prend aussi des initiatives pour le développement du secteur sanitaire.

Le Ministère Fédéral pour la Sécurité Sociale et les Générations (*BMSG*) définit les politiques de santé, planifie et contrôle l'activité de soins. Le *BMSG* assure la protection de la santé de la population contre les accidents et menaces, il assure la formation des professionnels, il est en charge de définir les actions de prévention, et contrôle l'industrie pharmaceutique.

Le **Bureau Suprême de Santé** est l'organe conseiller du Ministre de la Santé. Il est composé de 19 membres choisis et nommés pour trois ans par le Ministre de la Santé parmi des représentants des diverses spécialités médicales et des experts de la planification et du financement de l'activité. Ce bureau est un organe d'experts médico-scientifiques dont la tâche spécifique est de décider si certaines activités rentrent dans le champ de l'activité médicale ou pas, et de définir l'état de l'art de la science médicale. Les sujets discutés sont de nature très étendue tels que les programmes de vaccination, les programmes pour la mère et l'enfant, ou la médecine reproductive et son accessibilité en Autriche. **L'Institut Fédéral Autrichien de Santé** est un organe indépendant de recherche en santé qui assiste le *BMSG* et notamment sur les problématiques de recherche et de planification en santé. Le **Ministère Fédéral de l'Éducation, des Sciences et de la Culture** est responsable de l'éducation des médecins généraux et spécialistes. De plus, le ministère nomme les professeurs d'université de médecine et assure que le gouvernement fédéral partage les frais de fonctionnement des universités. La **Caisse d'Assurance Sociale** est une entité indépendante du système de santé. Le gouvernement fédéral planifie et légifère. Cependant, il a délégué l'exécutif aux caisses d'assurance de santé autrichiennes. L'assurance sociale comprend l'assurance maladie, la couverture retraite et l'assurance pour accident. Le système d'assurance social est un schéma obligatoire fondé sur l'*ASVG* et ses amendements respectifs.

2.2 ADMINISTRATION DES LÄNDERS

La législation est édictée par les Parlements régionaux, dont les membres sont élus selon le mécanisme de représentation proportionnelle. Les lois sont mises en œuvre et suivies par chaque gouvernement élu par chaque Parlement. Le gouvernement d'Etat est l'autorité suprême de chaque *Länders* et il est assisté dans ses missions par le **Bureau Gouvernemental** et le **Bureau de Santé**. Ainsi, chaque Etat a son propre département de la santé dirigé par un docteur du civil appelé le **Directeur de la Santé Régional**.

De plus, chaque district a son propre département de la santé dirigé par un bureau médical de district. Peu de responsabilités sont détenues par les gouvernements locaux. Les Parlements régionaux discutent et votent les textes relatifs aux soins hospitaliers. Au niveau des *Länders*, il existe une commission qui contrôle la mise en œuvre des schémas de financement des hôpitaux (*LKF*).

2.3 CORPORATIONS

L'Association Médicale Autrichienne est un organe professionnel représentatif des médecins. Elle est organisée comme une «*Holding*» rattachant les neuf associations médicales de *Länders*. Leurs principales fonctions sont (1) l'expression de leur opinion concernant la formation des professionnels, (2) le conseil pour les contrats établis avec la caisse d'assurance et (3) la gestion de la liste de professionnels agréés. L'adhésion à cette association est obligatoire.

Les sages-femmes ainsi que les psychothérapeutes, physiothérapeutes et autres professions paramédicales sont regroupés en associations dont la souscription n'est pas obligatoire. La

représentation officielle des professionnels est importante dans la mesure où ce sont ces organes qui négocient le montant et le volume des services avec la Caisse d'Assurance Maladie.

3 OBJECTIFS CIBLES EN COURS

L'Autriche est confrontée à des difficultés de financement et d'accessibilité de son offre de soins. C'est pourquoi cette dernière ne s'est pas véritablement engagée dans un processus de définition de priorités de santé. Avant de commencer à aborder une réflexion sur les mécanismes de priorisation, les mécanismes d'incitation financière doivent être réformés, particulièrement ceux concernant les mécanismes de remboursement de l'activité hospitalière⁶.

Par conséquent, l'Autriche se caractérise par une régulation de l'offre de soins sur la base de la fixation du volume et du montant des prestations prises en charge par la caisse d'assurance maladie. Volume et montant définis par des négociations entre le gouvernement fédéral, les caisses d'assurance maladie et les associations de professionnels.

Cependant le gouvernement autrichien énonce tous les trois ans les orientations de la politique de santé en définissant des objectifs à atteindre formulés en termes de promotion et de protection de la santé calés sur le modèle de l'OMS.

Les données mobilisées pour définir les objectifs quantitatifs de santé sont des données concernant l'état de santé de la population et les résultats d'études épidémiologiques fournies par le *Österreichisches Bundesinstitute für Gesundheitswesen (ÖBIG)* et par le *Österreichisches Statistisches Zentralamt (ÖSTAT)*. Les données sont généralement publiées dans un rapport sur la santé publique en Autriche.

⁶ Stepan A., Sommersguter-Reichmann M., «Priority setting in Austria», *Health Policy*, n°50, 1999, pp.91-104.

COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

La Belgique ne dispose pas de plans pour sa politique de santé et les décisions de santé correspondent plus à une série de mesures *ad hoc* qu'à une stratégie cohérente avec une vision de long terme. Cela est dû à plusieurs raisons : le processus partagé d'élaboration des politiques de manière générale et dans le système de santé en particulier, avec deux ministres (un pour la santé publique et un pour les affaires sociales), deux corps administratifs (le Ministère de la santé et l'INAMI) et deux échelons administratifs (l'Etat et les régions) qui ont des compétences en santé. De plus de nombreuses agences et organisations sont impliquées dans l'offre de soins.

En 1997, les Communautés flamande et française ont chacune réformé l'organisation de la promotion de la santé dans leur territoire. Le décret du 19 décembre 1997 du gouvernement flamand réforme l'Institut flamand de promotion de la santé et décentralise la promotion de la santé. Le gouvernement flamand détermine aussi cinq objectifs de santé à atteindre en 2002. La même année, le gouvernement de la Communauté française décentralise aussi la promotion de la santé et propose un plan quinquennal fixant des priorités dans le champ de la promotion de la santé. Nous décrivons dans cette section le dispositif mis en place dans la communauté française.

1 CONTEXTE

La Belgique est un état fédéral. Les Communautés, dont les éléments constitutifs sont la culture et la langue, sont au nombre de trois : la Communauté française, la Communauté flamande et la Communauté germanophone.

La Belgique couvre une superficie de 30 514 km². Sa population s'élève à 10,21 millions d'habitants, ce qui la met au rang du Portugal et de la Grèce. 97 % de la population belge vit en zone urbaine. La structure démographique de la Belgique est relativement comparable à celle de la France. Les dépenses de santé atteignent 8,7% du PIB en 1999 ce qui situe ce pays dans la tranche moyenne des pays de l'Union Européenne.

STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT

La Belgique est une monarchie parlementaire bicamérale. Après les élections générales, le Roi nomme un «*Informateur*», homme politique qui agit au nom de la Couronne et décide si un cabinet va être nommé, et un «*Formateur*», personne chargée de constituer le nouveau gouvernement. Le plus souvent, le formateur est nommé Premier Ministre. Le Parlement est composé du Sénat (avec 71 membres) et de la Chambre des Représentants (avec 150 membres). Les élections ont lieu tous les quatre ans et le vote est obligatoire pour tous les citoyens de plus de 18 ans.

Cependant, l'administration du pays est principalement aux mains des différentes régions et communautés. En effet, depuis la dernière révision de la Constitution belge en 1993, la Belgique est un état fédéral, composé de trois communautés possédant leur propre culture et langage et de trois régions. Les trois régions sont la région flamande, la région wallonne et la région de Bruxelles-Capitale. Les régions sont responsables «*des questions territoriales*» telles l'agriculture, l'environnement, le transport, l'énergie, le logement et le développement économique, ainsi qu'en matière de recherche scientifique et de relations internationales dans les domaines précités.

Les trois communautés sont les communautés française, flamande et germanophone. Ces communautés ont comme compétences toute une série de matières connexes au concept de langue et de culture, telles que l'enseignement, et les matières dites personnalisables. Ces dernières comprennent

d'une part, la politique de santé et d'autre part, l'aide aux personnes (protection de la jeunesse, aide à la jeunesse, aide sociale). Les communautés sont également compétentes en matière de recherche scientifique et de relations internationales dans les domaines qui relèvent de leurs compétences.

Chaque région et chaque communauté possède un gouvernement et un conseil, qui représente le corps législatif. Cependant, en Flandres, les institutions ont fusionné pour ne former qu'un seul gouvernement et un seul Parlement, qui dirigent à la fois la région et la communauté. Dans la région de Bruxelles-capitale, où deux langues sont parlées (français et flamand), les missions des communautés sont exécutées par des commissions : la Commission de la communauté française, la Commission de la Communauté flamande et la Commission des deux Communautés. Chacune des Commissions se compose d'une Assemblée et d'un Collège.

En plus des régions et des communautés, le pays se subdivise en 10 provinces et en 589 autorités locales. Chaque province possède une capitale, où se trouvent les autorités provinciales.

1.1 POINTS CLEFS DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé belge se caractérise par une conception libérale de la médecine, un régime d'assurance obligatoire, le libre choix des patients, tant en ce qui concerne le prestataire de soins que l'établissement de soins (privé ou public), ce qui implique également le libre accès au médecin spécialiste.

La Belgique applique le système des cotisations sociales obligatoires sur salaires non plafonnés. Le financement des soins de santé est assuré par le biais des cotisations, des subventions publiques et de l'assurance privée. Les pouvoirs publics interviennent pour 89,7 % dans les dépenses totales de santé.

L'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité) est en charge de la gestion de l'assurance soins de santé et des indemnités. Il exerce un rôle de contrôle auprès des dispensateurs de soins et dans l'application de la réglementation des mutualités.

En Belgique, il est obligatoire de s'assurer pour couvrir ses dépenses de santé. L'assurance obligatoire concerne un contrat de base. Celui-ci peut être souscrit soit par le consommateur lui-même auprès d'une mutuelle ou d'une assurance privée, soit par l'entreprise pour ses employés lorsqu'elle souscrit un contrat collectif auprès d'un organisme privé. Les six grandes mutuelles forment une union qui est représentée au sein de l'INAMI (75 % de la population dispose d'une assurance complémentaire). L'originalité historique de ces mutuelles réside dans les liens qui les unissent avec un parti politique ou religieux. Ainsi le consommateur fonde son choix à la fois sur des critères de qualité de services rendus par la mutuelle et sur des considérations idéologiques. Il se crée donc une compétition entre les mutuelles qui se joue sur le marché «économique» mais aussi sur le marché «politique» et «moral».

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION FEDERALE

La compétence de l'autorité fédérale en matière de santé est exercée par le Ministre de la Santé publique et le Ministre des Affaires Sociales, et par l'entité administrative que constitue le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement (MASSPE).

L'autorité fédérale est compétente en matière de politique de dispensation des soins dans les institutions de soins et en dans les domaines de : législation organique ; financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique ; assurance obligatoire soins de santé ; fixation des règles de base relatives à la programmation ; fixation des règles de base relatives au financement de

l'infrastructure, y compris de l'appareillage médical lourd et la fixation des normes nationales d'agrément et la nomination des hôpitaux universitaires, conformément à la législation sur les hôpitaux

Le Ministre détermine les règles de programmation, d'agrément et d'allocation financière des hôpitaux et autres institutions de soins, ainsi que la programmation des équipements lourds. Pour cela, il consulte le Conseil National des Etablissements Hospitaliers. Ce Conseil regroupe des représentants des différents acteurs du système : organismes assureurs, professionnels de la santé, et représentants des institutions de soins.

Les normes de programmation visent à assurer l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population du point de vue des types de spécialisation, de la capacité des services, des équipements, de la répartition géographique et de la coordination dans l'utilisation des installations.

Les normes d'agrément concernent les conditions de fonctionnement des institutions de soins : normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation. Sous condition du respect de ces normes, l'agrément est accordé pour une période limitée par les Communautés qui sont donc chargées de l'application des normes de programmation et d'agrément. Le retrait de l'agrément peut être ordonné si les contraintes ne sont plus respectées. Seules les institutions de soins agréées peuvent être financées par les pouvoirs publics. Les médicaments, les dispositifs médicaux, l'exercice de la médecine, au sens large du terme et l'aide médicale urgente sont également du ressort de l'Etat.

2.2 ADMINISTRATION DES COMMUNAUTÉS ET DES RÉGIONS

Les Communautés sont compétentes pour les « matières personnalisables », tant dans le domaine de la politique de la santé que dans celui de l'aide aux personnes.

En ce qui concerne la politique de santé, elles sont compétentes en matière de politique de dispensation de soins dans et en dehors des institutions de soins, à l'exception de ce qui relève des compétences de l'autorité fédérale et en matière de promotion de la santé, d'activités et de services de médecine préventive, à l'exception des mesures nationales de prévention.

3 PRIORITÉS DE SANTÉ ET PROGRAMME QUINQUENNAL

En Communauté française, un décret est publié en 1997 stipulant que « La promotion de la santé est le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques⁷ ». Par promotion de la santé, le ministère précise qu'il faut entendre : prendre en compte tous les aspects de la santé, améliorer la qualité de la vie et privilégier une approche globale.

Le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en communauté française a engendré une réforme en profondeur du secteur de la promotion de la santé en mettant notamment en place :

- Un programme quinquennal qui définit les priorités de la communauté française.
- Un conseil supérieur de promotion de la santé, un conseil scientifique et éthique et un conseil consultatif de prévention du sida.

⁷ Décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en communauté française, article 1^{er}.

- Des programmes d'action et de recherche avec l'octroi de subsides aux associations qui développent des programmes locaux ou communautaires pour un montant d'environ 170 millions d'euros.
- Des services communautaires □ *Promes ULB* qui traite les données épidémiologiques, *Reso UCL* chargé de la communication, *Apes ULG* travaillant sur l'évaluation et *Question santé* spécialisé en communication.

3.1 LE PROGRAMME QUINQUENNAL

Le programme quinquennal définit tout d'abord les critères d'évaluation des programmes d'action. Puis 6 stratégies prioritaires dont 5 sont issues de la charte d'Ottawa. Les populations prioritaires sont les populations fragilisées, la naissance et l'enfance et les populations scolaires. Enfin quatre problèmes de santé prioritaires sont distingués.

Ce programme a été réalisé conformément aux recommandations de l'OMS sur la base d'un large consensus impliquant les milieux scientifiques, les professionnels de la santé et les acteurs du terrain réunis au Conseil supérieur de promotion de la santé. Ce programme a été approuvé par le gouvernement de la communauté française.

3.1.1 QUATRE PROBLEMES PRIORITAIRES DE SANTE PUBLIQUE

4 priorités de santé publique sont définies □ maladies infectieuses, assuétudes, santé mentale, accidents. Pour chacune de ces priorités sont explicitées la problématique liée et les stratégies à mettre en oeuvre.

Pour illustrer ce schéma nous citons ci-dessous l'exemple de la priorité « □ assuétudes □ ».

Extrait 1: une priorité du programme quinquennal de la communauté française de Belgique

Assuétudes

1. Problématique

La prévention des assuétudes repose sur un paradoxe, puisqu'il s'agit à la fois d'éviter un comportement et d'éduquer à la responsabilité et au libre choix. En outre, l'angoisse suscitée par les drogues et l'emprise du modèle biomédical (à tout problème son traitement, son vaccin...) incitent à rechercher une solution en termes d'élimination, d'éradication. Pourtant, la question des drogues fait partie de l'expérience humaine, et ce dans toutes les cultures.

Un autre aspect de la problématique des assuétudes réside dans l'accent mis sur les psychotropes illicites, alors que les autres accoutumances (aux médicaments, à l'alcool, au tabac) reçoivent une attention moindre, ou en tout cas soulèvent moins d'émotion et sont abordées de manière bien différente.

La réflexion actuelle a débouché sur la nécessité de projets de promotion de la santé visant la réduction des risques liés à la consommation, intraveineuse ou non, de drogues licites ou illicites.

Enfin, l'évaluation des activités de prévention axées principalement sur l'information scientifique et la dissuasion a montré les limites et même les risques de ce choix (effets contre-productifs: attirer l'attention sur les drogues, voire provoquer la fascination chez certains).

2. Stratégies

1. Face à l'angoisse et à l'activisme que suscite souvent la question des drogues, poursuivre la sensibilisation et la formation des adultes (communauté éducative, parents, responsables de jeunes).

2. Favoriser la réflexion et les échanges entre jeunes et adultes autour de la question des drogues, dans une perspective d'éducation générale. Il s'agit donc d'inscrire la question des drogues dans un questionnement plus large sur le sens de la vie, sur les choix de vie, à une époque déterminante du développement psychosocial de l'individu.

3. Orienter la prévention sur les attitudes et les comportements et sur le sens que ceux-ci ont pour les jeunes, plutôt que sur les produits.

4. Tendre vers une perception d'ensemble des accoutumances aux toxiques.

5. Opter également pour des stratégies qui visent en particulier la réduction des risques liés à l'usage, intraveineux ou non, des drogues licites ou illicites.

6. Enfin, afin d'éviter les dérives (exemple: la détention de seringues stériles utilisées comme moyen de preuve), il est indispensable que le discours de la prévention s'organise en tenant compte de l'esprit des droits de l'homme, de celui de la démocratie et de l'état de droit.

3.1.2 CRITERES D'APPRECIATION DES PROPOSITIONS D'ACTION

Pour qu'un programme d'action puisse prétendre à une subvention de la communauté française, il doit répondre à des critères de qualité méthodologique □ s'inscrire dans l'une, au moins, des priorités en termes de stratégie et/ou de population et/ou de problématique □ suivre le canevas de rédaction des demandes de subvention de programmes d'action ou de recherche de promotion de la santé ou de médecine préventive en communauté française.

Critères d'évaluation de la qualité des objectifs

- Pertinence □ les objectifs doivent être cohérents avec l'analyse des besoins;
- Réalisme □ les objectifs doivent, raisonnablement, pouvoir être atteints à l'issue de l'action ou de la recherche.
- Acceptabilité □ les objectifs doivent être acceptables pour les acteurs impliqués et pour la population concernée.
- Degré d'opérationnalisation (les objectifs doivent être exprimés en termes évaluables). Il est spécifié que l'exigence d'opérationnalisation doit évidemment être cohérente avec les objectifs □ par exemple, un objectif de santé mentale (avoir confiance en soi, se sentir utile dans la société, être capable de se

projeter dans l'avenir...) ne s'opérationnalise pas de la même manière qu'un objectif de vaccination, à moins de limiter abusivement la santé mentale d'une population aux taux de dépressions cliniques ou de tentatives de suicide. Ou encore, pour estimer le degré de réalisation d'un objectif de santé communautaire, il faudra intégrer des données subjectives et qualitatives, difficilement réductibles à des mesures. Enfin, les effets d'un programme sur la santé sont souvent malaisés à mesurer ou ne peuvent l'être qu'à long terme.

- Objectifs qui ne se limitent pas à la prévention d'une pathologie, mais prennent en compte des aspects plus positifs et plus globaux de la santé.
- Objectifs qui visent à réduire les inégalités sociales devant la santé.
- Objectifs définis avec des acteurs (professionnels ou profanes) impliqués dans l'action ou la recherche.
- Objectifs qui visent à développer la solidarité parmi la population concernée.

Critères d'évaluation de la qualité des moyens

- Pertinence☐les moyens doivent être cohérents avec les objectifs;
- Efficacité☐ les moyens doivent pouvoir, raisonnablement, permettre d'atteindre les objectifs, sans entraîner un excès d'effets contre-productifs;
- Efficience☐les moyens ne doivent pas être disproportionnés par rapport aux objectifs;
- Acceptabilité☐ les moyens doivent être acceptables par les acteurs impliqués et par la population concernée;
- Accessibilité☐les moyens doivent être à portée des acteurs impliqués et de la population concernée.
- Critère découlant du concept de promotion de la santé : l'association de la population concernée à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions, que ce soit sous forme de consultation, de soutien, de partenariat, de participation directe à l'action, ou sous une autre forme de synergie.

Critères d'évaluation de la qualité de l'évaluation

- La qualité de l'évaluation dépend de l'opérationnalisation des objectifs (voir ci-dessus);
- Qualité des indicateurs (spécificité, sensibilité, fiabilité...);
- Pertinence du type et de l'objet d'évaluation (notamment évaluation des résultats/évaluation de processus, évaluation sommative/évaluation formative);
- Planification adéquate d'un dispositif d'évaluation;
- Efficience (le dispositif d'évaluation ne doit pas être disproportionné par rapport à l'objet d'évaluation ni aux moyens disponibles);
- Prise en compte des effets du programme (y compris inattendus voire non voulus), au-delà du degré de réalisation des objectifs☐
- Association des acteurs à l'évaluation des actions;
- Prise en compte de critères subjectifs et qualitatifs;
- Communication des évaluations de processus et de résultats aux acteurs impliqués.

3.1.3 EVALUATION ET RECHERCHE PAR LE CONSEIL SUPERIEUR DE PROMOTION DE LA SANTE

L'article 4, paragraphe 1er, du décret du 14 juillet 1997 donne pour missions au Conseil supérieur de promotion de la santé:

1. «De proposer au Gouvernement des axes prioritaires et des stratégies en promotion de la santé et en médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs, en tenant compte de l'ensemble des besoins répertoriés en vue de permettre la préparation du programme quinquennal et du plan communautaire de promotion de la santé (...);
2. De donner un avis au Gouvernement sur les projets de programme quinquennal et de plan communautaire de promotion de la santé, préalablement à leur approbation;
3. De faire rapport au Gouvernement sur l'exécution des programmes et plans susvisés;

La place de l'évaluation dans le programme quinquennal va donc au-delà de l'évaluation des résultats (point 3 ci-dessus). Il s'agit également d'évaluer le contexte — débouchant sur la définition des besoins (point 1) — et les moyens que l'on se propose de mettre en œuvre (point 2).

La recherche se distingue de l'évaluation par son objectif qui est d'apporter des savoirs nouveaux sur des sujets peu ou mal connus, pour lesquels des connaissances supplémentaires sont nécessaires avant de pouvoir engager des actions: d'une part sur des problèmes et situations de santé, et d'autre part sur les stratégies et possibilités d'intervention. Elle s'en distingue aussi par ses finalités: formulation d'hypothèses nouvelles, élaboration de modèles explicatifs, etc.

L'analyse des besoins constitue souvent une forme de recherche évaluative puisqu'elle vise à collecter des données, tant pour éclairer des problématiques peu connues que pour servir de référence pour l'évaluation de programmes et projets concernant ces problématiques.

Pour l'évaluation comme pour la recherche, il est envisagé de mettre en place un système concerté de recueil de données. Ce système doit notamment permettre d'ajuster en continu les plans communautaires en fonction des données récoltées. Il s'agira, parallèlement, de définir des indicateurs pertinents, cohérents avec l'optique de la promotion de la santé.

Ainsi, le cadre fixé par le programme quinquennal prévoit d'emblée un processus graduel et dynamique d'adaptation aux besoins, de prise en compte des nouvelles données qui seront régulièrement récoltées et des évaluations qui seront menées.

Recueil des données et ajustement des priorités

Le Conseil supérieur a souligné que trois sources d'information doivent être consultées pour obtenir une image aussi complète que possible des besoins en promotion de la santé: la littérature, les professionnels et la population.

Pour l'instant, ces deux dernières sources sont peu accessibles; le recueil et la synthèse devront donc en être organisés de façon concertée. À cet égard, trois objectifs sont définis□

- Recenser et analyser la littérature déjà disponible ou disponible rapidement — littérature scientifique (épidémiologique, sociale, etc.), littérature «grise» (rapports, mémoires...), littérature issue de la population (lettres aux journaux, thèmes des journaux et revues grand public, plaintes, etc.);
- Déterminer les sources d'information potentielles mais non exploitées et organiser le recueil de ces informations par les Centres locaux de promotion de la santé (dont c'est une des missions) et par les Services communautaires agréés;
- Mettre en place un processus concerté d'explicitation, de synthèse et d'analyse des besoins, problèmes de santé et aspirations exprimés par les acteurs de terrain et la population, dans leurs contextes locaux.

Définition d'indicateurs pertinents

Le Conseil supérieur de promotion de la santé mène une réflexion afin de dégager des méthodes de suivi pertinentes et cohérentes pour évaluer l'exécution du programme quinquennal, qui prévoit un ajustement continu et régulier des plans communautaires annuels.

Les indicateurs classiques proposés par l'épidémiologie sont utiles pour suivre l'état général de la santé d'une population pour une problématique donnée, mais ils n'apparaissent pas suffisants, ni même parfois pertinents, pour mesurer l'impact de programmes de promotion de la santé. Il faut en effet garder à l'esprit que l'on constate une évolution «naturelle» de l'incidence de certaines pathologies, dont on ne comprend pas toujours les causes; qu'il s'avère impossible de lier directement l'évolution d'indicateurs à un programme d'action donné, en raison de la complexité des problématiques en cause (entre autres multifactorialité, approches multiples au sein de la population et parmi les professionnels...); que certains effets des programmes de promotion de la santé ne pourront être mesurés qu'à très long terme (par exemple effet sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires de programmes d'éducation pour la santé menés en milieu scolaire).

La promotion de la santé fait appel à diverses activités dans le but de permettre à des groupes de population de participer activement à l'amélioration de leur santé. Si cette participation est réelle, les activités ne satisferont pas forcément aux normes de la planification en santé, et ce pour diverses raisons, parmi lesquelles:

- La multiplicité et la diversité des acteurs — politiques, professionnels, citoyens — impliqués dans les décisions et les interventions, entraînant divergences de vues, conflits, négociations, qu'il s'agisse de définir les objectifs ou d'évaluer les effets des actions;
- La modification probable de la planification en cours d'intervention (le développement de l'action entraînant son réajustement);
- L'insuffisance du modèle d'évaluation classique (rapport résultats obtenus/résultats attendus) pour la prise en compte de l'ensemble des effets des actions, en particulier pour les perceptions de la population. Ces perceptions peuvent porter, par exemple, sur la qualité des liens sociaux, la confiance en soi, la prise de responsabilité, l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être (individuels et/ou collectifs), le sentiment d'appartenance, le sentiment d'avoir prise sur son environnement, etc.

Il faudra donc 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. Des indicateurs plus objectifs seraient, par exemple: l'adoption de mesures ou de règlements favorables à la santé (dans une école, une entreprise, un quartier, une commune) l'amélioration de la sécurité et de l'environnement physique, etc.

En plus d'informations concernant les grands axes prioritaires définis ci avant (qualité, stratégies, populations, problèmes), les indicateurs disponibles doivent être complétés par des données relatives aux aspects positifs de la santé (aspirations, bien-être, qualité de vie...) des données de type psychosocial sur les déterminants des comportements de santé, de mode de vie et de participation de la population à sa santé des indicateurs spécifiques aux actions (pertinence, efficience, efficacité, subsidiarité, globalité, équité, etc).

Le programme quinquennal a été réalisé par le Conseil Supérieur de promotion de la santé qui comprend des membres de la communauté scientifique et des représentants de professionnels de santé. Le gouvernement de la communauté française approuve le programme quinquennal.

Les services communautaires ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de participation, de recherche ou d'évaluation.

Les centres locaux de promotion de la santé sont des organismes agréés pour coordonner sur le plan local, la mise en œuvre du programme quinquennal et des plans communautaires de promotion de la santé. Ils regroupent différents partenaires (ville, province, université, associations...).

Les centres locaux ont pour missions☒

- D'élaborer un programme d'actions coordonnées respectant les directives du programme quinquennal
- De coordonner l'exécution de ce programme d'action au niveau des organismes ou personnes qui assurent le relais avec la population ou les publics-cibles
- De mettre à la disposition de ces organismes ou personnes la documentation disponible en la matière de promotion de la santé et de prévention
- D'identifier l'évolution des besoins de la population et des publics-cibles qu'ils ont mis en évidence dans la zone territoriale et de collaborer au recueil des données épidémiologiques.

PROVINCE DE QUÉBEC AU CANADA

1 CONTEXTE

Le Canada est le deuxième pays du monde en taille avec une superficie de 10 millions de km². Le pays s'étend, d'est en ouest, de l'Atlantique au Pacifique, et, du Nord au Sud, du Pôle jusqu'à une latitude identique à celle de la ville de Naples en Italie.

Le Canada est un pays développé d'Amérique du Nord avec un PIB estimé à 21 000 USD par habitant en 1999 ce qui le positionne au rang de l'Italie. La population totale canadienne est estimée à 30,5 millions d'habitants en 1999. Plus de 60% de la population canadienne vit en milieu urbain et les 3/4 de la population vivent à moins de 150 km de la frontière Sud du pays. En 1995, l'âge moyen était de 34 ans. L'espérance de vie est comparable à l'espérance de vie française avec une population de plus de soixante-cinq ans représentant 12,5% de la population totale en 1999.

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE GÉNÉRALE

Le Canada est une confédération de 10 provinces et de 3 territoires. Alberta, Colombie-Britannique, Île-du-Prince-Édouard, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Nunavut, Ontario, Québec, Saskatchewan, Terre-Neuve et Labrador, Territoires du Nord-Ouest, Yukon. Le siège du gouvernement national est situé à Ottawa. Le Canada a un système de gouvernement parlementaire. Le partage des pouvoirs entre le niveau fédéral et les provinces sont définis par la constitution de 1867. L'Acte constitutionnel de 1867, qui a donné naissance au Canada actuel, accorde compétence au Parlement fédéral à l'échelle du pays dans les domaines tels que les affaires extérieures, la défense et la monnaie et aux Assemblées nationales dans les domaines tels que la santé, l'éducation, les ressources naturelles, la justice, les affaires municipales et les droits civils. Le régime politique canadien est un régime parlementaire bicaméral avec un conseil législatif (chambre haute) et une chambre d'assemblée (chambre basse). Le pouvoir exécutif réside dans le conseil exécutif constitué du Premier Ministre et de ses ministres. La couronne canadienne est détenue par le gouverneur général.

Le Québec est l'un des dix partenaires de la fédération canadienne. Cependant, son actuel gouvernement poursuit un objectif de souveraineté du Québec, tout en souhaitant conserver un partenariat avec le reste du Canada. Société démocratique, le Québec a un système politique qui repose sur la liberté, l'égalité et la participation des citoyens à des associations et à des partis politiques. La Charte des droits et libertés de la personne du Québec, adoptée en 1975, énonce les valeurs fondamentales de la société québécoise. Elle définit le droit à l'égalité, interdit la discrimination sous toutes ses formes et garantit les droits fondamentaux politiques, judiciaires et sociaux dont jouissent les citoyens.

Le Québec possède un régime parlementaire monocaméral d'origine britannique avec un lieutenant gouverneur à la tête de la province, un conseil exécutif et une Assemblée Nationale. Le pouvoir législatif est exercé par l'Assemblée Nationale, formée de 125 députés élus chacun dans une circonscription électorale selon le mode de scrutin majoritaire uninominal à un tour. Le Premier ministre, les ministres titulaires de ministères, les ministres d'Etat et les ministres délégués constituent le Conseil exécutif ou Conseil des ministres. Principal organe décisionnel du gouvernement, le Conseil exécutif assume la direction du gouvernement, la définition des orientations de l'activité gouvernementale, la mise en application des lois et l'adoption des règlements qui en découlent ainsi

que l'administration de l'Etat. Il constitue, avec le lieutenant gouverneur, le gouvernement du Québec. Le secrétaire général du Conseil exécutif est le sous-ministre du ministère du Conseil exécutif et en assume l'administration sous la direction du Premier ministre. Il dirige le Secrétariat Général du Conseil exécutif qui a pour fonction de fournir au Premier ministre, au conseil des ministres et à ses comités, les services de soutien administratif nécessaires à leur fonctionnement. Divers organismes relèvent du ministère du conseil exécutif.

Afin d'accroître ses efforts de planification et de coordination et d'améliorer l'efficacité et la cohérence de l'action gouvernementale, le conseil des ministres s'est doté de comités ministériels, dont le comité des priorités et le comité de législation. À ces derniers s'ajoutent quatre comités ministériels permanents, qui sont principalement voués à une mission de coordination de l'action gouvernementale, notamment celle des ministres dans leurs secteurs d'activité respectifs. Il s'agit du comité ministériel des affaires régionales et territoriales, du comité ministériel de l'éducation et de la culture, du comité ministériel de l'emploi et du développement économique et du comité ministériel du développement social.

Le régime municipal au Québec existe réellement depuis l'adoption en 1855 de l'Acte des municipalités et des chemins du Bas-Canada. Cette loi a constitué le fondement des grands principes et des modes d'organisation du système municipal actuel. Le régime municipal repose sur cinq lois : le *Code municipal et la loi sur les cités et villes*, la *Loi sur l'organisation territoriale municipale*, la *Loi sur la fiscalité municipale*, la *Loi sur l'aménagement et l'urbanisme*. Les municipalités possèdent des pouvoirs d'intervention dans onze champs de compétence : les finances, l'administration générale, l'environnement, la salubrité publique, la santé et le bien-être, les loisirs et la culture, l'organisation territoriale, la protection des biens et des personnes, le transport, la voirie, l'urbanisme et la mise en valeur du territoire. Une municipalité locale est administrée par un conseil dont les membres sont élus par la population. Ce conseil municipal est constitué d'un maire et généralement d'au moins six conseillers. Le maire est le chef du conseil municipal et en assume la direction.

1.2 SYSTEME DE SANTE

Le financement du système de santé canadien relève en grande partie de l'Etat et l'offre de soins relève du secteur privé et se décrit par 10 schémas provinciaux et 3 schémas territoriaux d'assurance maladie. La loi canadienne sur la santé impose des critères et des conditions relatifs aux services de santé assurés et aux services de santé élargis, que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir la contribution financière complète au titre du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (CHST). La loi canadienne sur la santé vise à assurer, à tous les citoyens admissibles du Canada, un accès raisonnable aux soins de santé assurés, médicalement nécessaires et prépayés, sans avoir à payer directement.

Dans ce cadre, le développement du système d'assurance maladie «*Medicare*» a commencé, il y a une cinquantaine d'année avec la mise en place d'une assurance spécifique pour les dépenses hospitalières suivie d'une assurance spécifique pour les dépenses médicales. Avant les années 40, le financement de l'offre de soins canadienne était essentiellement privé. En 1947 la province de Saskatchewan mit en place un système de financement public pour les services hospitaliers. Neuf ans plus tard en 1956, le gouvernement fédéral cherchant à encourager le développement des programmes d'assurance hospitalière proposa de participer à hauteur de 50% au financement des services hospitaliers et de diagnostic. La législation correspondance, *the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (HID Act)*, fut votée en 1957. En 1961, l'ensemble des provinces et des deux territoires avait signé les agréments établissant un plan d'assurance publique qui fournit une couverture universelle pour les soins aux patients hospitalisés «*qualifiés*». Dans le prolongement, en 1966, la Loi canadienne médicale définit la participation financière de l'Etat fédéral à hauteur de 50% dans le financement des services médicaux. Face aux difficultés d'accessibilité et aux besoins d'étendre la couverture sociale à d'autres aspects est votée en 1984 par le Parlement fédéral de manière unanime la Loi Canadienne sur la santé qui recouvre et complète les deux précédents actes.

Cinq principes régissent actuellement le système de santé canadien

- Couverture universelle
- Couverture complète des services de soins
- Accessibilité
- Transférabilité de la couverture d'une zone à une autre
- Administration publique des plans d'assurance maladie

Le gouvernement fédéral, les 10 provinces et les 3 territoires ont des rôles primordiaux respectifs dans le système de soins de santé au Canada.

Responsabilités du gouvernement fédéral

- Établir et appliquer des principes ou des normes à l'échelle nationale pour le système de santé dans le cadre de la loi canadienne sur la santé
- Aider au financement des services provinciaux de soins de santé, par l'entremise de paiements de transferts fiscaux
- Offrir 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
- Assumer d'autres fonctions relatives à la santé comme la protection de la santé, la prévention des maladies et la promotion des maladies.

Responsabilités des gouvernements provinciaux et territoriaux

- Gérer et dispenser les services de santé assurés
- Planifier, financer et évaluer les prestations de soins hospitaliers, des services médicaux et paramédicaux
- Gérer certains aspects des soins sur ordonnance et de santé publique.

2 PLAN D'ENSEMBLE FEDERAL ET PROGRAMME NATIONAL DU QUEBEC

2.1 UN PLAN D'ENSEMBLE FEDERAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTE

Le gouvernement canadien dans son rapport sur la santé pour tous définit trois défis majeurs auxquels les politiques et mesures de santé doivent répondre

- Dans les groupes de personnes défavorisées, l'espérance de vie est beaucoup moindre, la santé plus pauvre et l'invalidité plus fréquente que chez le canadien moyen le premier défi consiste à trouver les moyens de réduire les inégalités de santé sur le plan de la santé entre les groupes de citoyens de faible et de haut revenus. Parmi les groupes de faibles revenus, les plus fragiles (personnes âgées, chômeurs, assistés sociaux, femmes seules et les minorités) font partie des priorités des politiques de santé.
- Des maladies et des blessures qu'il serait possible de prévenir continuent de miner la santé et la qualité de vie d'un bon nombre de canadiens le second défi consiste à améliorer la prévention. Celle-ci s'est considérablement développée au cours du XXe siècle avec des mesures collectives (chloration de l'eau...) et des mesures individuelles (campagnes anti-tabac...) et le gouvernement souhaite renforcer et développer des programmes de prévention pour lutter contre le cancer du poumon et les maladies cardiaques.
- Des milliers de canadiens souffrent de maladies chroniques, d'invalidités ou de diverses formes de stress affectif sans recevoir de la collectivité l'aide qui leur permettrait de faire face à la situation et de

vivre dans la dignité une vie pleine et productive. Les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale ont remplacé les maladies transmissibles au palmarès des problèmes de santé chez les canadiens de tous âges. Le troisième défi consiste à augmenter la capacité des gens de s'adapter et de vivre avec leurs maladies chroniques, leurs infirmités et leurs problèmes de santé mentale. L'accent est mis ici sur le vieillissement de la population et la perte d'autonomie ainsi que sur la gestion du stress qui conduit les canadiens à consommer une quantité importante de tranquillisants et anti-dépresseurs, à développer des comportements d'addiction et de violence familiale, à commettre des actes suicidaires.

Dans ce cadre, le gouvernement propose d'adopter une nouvelle vision de la santé, englobant l'ensemble des déterminants de la santé et visant à compléter et renforcer l'infrastructure sanitaire actuelle. Cette approche est nommée Promotion de la santé. Ceci traduit une volonté d'aller au-delà de campagnes de diffusion d'information sur les déterminants de la santé et de développer et d'intégrer l'ensemble des démarches afin de relever les trois défis exposés.

Le plan d'ensemble pour la santé part des trois mécanismes essentiels de promotion de la santé que sont les initiatives individuelles (décisions et mesures que prennent les individus dans l'intérêt de leur propre santé), l'entraide (actes que les gens réalisent pour s'entraider tels que les associations Alcooliques Anonymes, les lignes d'écoute...) et l'environnement (amélioration de la qualité des habitations, des conditions de travail et de la qualité de l'air, ce qui suppose une adaptation des milieux social, économique et physique).

Six stratégies principales sont définies

- Garantir l'accès à l'information pertinente,
- Favoriser l'atteinte d'un consensus au sujet de certaines idées relatives à la santé,
- Entreprendre des recherches pour appuyer la promotion de la santé,
- Encourager la participation du public,
- Octroyer un rôle important au système de santé, particulièrement aux services de santé communautaire,
- Coordonner les politiques des divers secteurs.

Sur cette base, le gouvernement canadien travaille à l'élaboration de programmes fédéraux dans le champ des maladies cardiovasculaires, du cancer, de l'arthrite, de la condition physique et de l'obésité.

2.2 LA POLITIQUE DE SANTE ET DU BIEN-ETRE AU QUEBEC

En 1992, 19 objectifs quantitatifs ont été définis selon le modèle de l'OMS dans le cadre de «La politique de la santé et du bien-être». La politique de la santé et du bien-être formule des cibles qui permettront d'agir, individuellement et collectivement, sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être. En 1997, lorsque le premier programme de santé publique basé sur la détermination de priorités de santé publique est publié, les 19 objectifs sont repris en montrant en quoi les stratégies envisagées pour chacune des priorités répondent aussi à certains de ces objectifs quantitatifs. L'évaluation réalisée en 2002 sur la base d'une consultation régionale a souligné des aspects positifs de la définition de ces objectifs

- Dans toutes les régions, la Politique a suscité au départ une grande participation et une importante mobilisation du milieu.
- La politique a fait valoir une vision plus globale de la santé, axée sur les déterminants.
- Elle a mis davantage en évidence le champ du social et le domaine de la prévention-promotion, par rapport à la santé et aux interventions curatives.
- La politique a favorisé une plus grande concertation à l'intérieur du réseau.

- Elle a confirmé les organismes communautaires en tant que partenaires et acteurs importants.
- La politique a fourni un cadre pour la priorisation, la planification et la programmation à plusieurs niveaux, surtout dans les CLSC et en santé publique.
- Pour la plupart des régions régionales, elle a été un document marquant. Dans certaines régions, dont Montréal-centre, elle demeure encore une orientation majeure; ailleurs elle est restée en toile de fond pour la prise de décision.

Certains points faibles de cette politique de la santé et du bien-être sont cependant soulignés : les moyens d'agir n'étaient pas disponibles pour soutenir cette mobilisation au fil des années et réaliser les mesures prévues ; la politique aurait dû apporter des budgets en conséquence ; la politique n'a pas pu aller au-delà de la gestion des crises, ni offrir une perspective à plus long terme sur l'action du réseau.

Il était prévu qu'en 2002 la politique de la santé et du bien-être soit révisée pour la nouvelle décennie. À l'heure actuelle, aucun document n'est publié sur le site Internet officiel du ministère.

2.3 LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC

Le programme national de santé publique 2003-2012 du Québec définit les activités de santé publique nécessaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. L'approche de la santé publique se traduit par des actions sur les facteurs qui influencent la santé au profit de toute la population ou de groupes de personnes en particulier, à partir d'un diagnostic portant sur l'ensemble de la population ou sur des groupes ayant certains traits communs plutôt que sur les personnes prises isolément. Cette approche se caractérise par des actions qui sont précoces, se situant la plupart du temps avant que ne surviennent les problèmes relatifs à la santé ou au bien-être. Le programme comprend des **priorités**, des **objectifs quantitatifs** (issus de la politique de la santé et du bien-être), des **stratégies** et des **actions**, dont le choix repose sur des **principes et valeurs**, et des indicateurs **d'évaluation**. Le programme québécois représente l'ensemble de ses composantes telles que présenté par le schéma suivant.

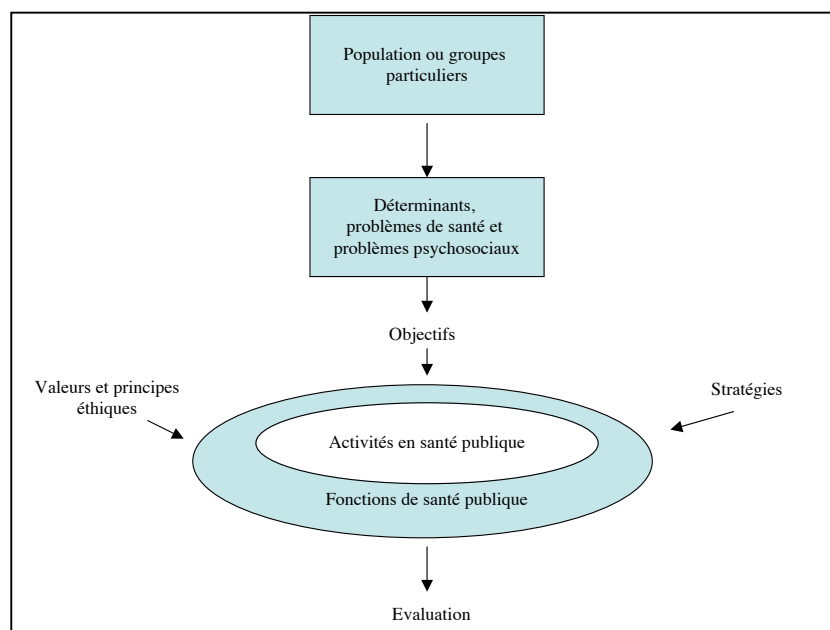


Figure 1 Les composantes du programme national de santé publique

Par ses **objectifs**, le programme vise la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé et du bien-être, et la réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes. Ces objectifs se traduisent en activités qui se rapportent à l'une ou l'autre des fonctions de santé publique (c'est-à-dire des rôles ou des tâches qui incombent à la santé publique), telles qu'elles sont inscrites dans la Loi sur la santé publique. Les fonctions de santé publiques sont classées en fonction essentielles et en fonctions de soutien.

Les **fonctions essentielles** marquent le caractère distinctif des activités de santé que sont la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies et des problèmes psychosociaux et des traumatismes et la protection de la santé. Les fonctions de soutien soutiennent les fonctions essentielles et sont composées de la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé, la recherche et l'innovation et le développement et maintien des compétences.

La détermination des **activités** incluses dans le programme de santé repose sur **deux critères** : l'importance (c'est-à-dire l'ampleur ou la gravité) des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux que ces activités visent à atténuer et l'efficacité de l'intervention ou du service auquel elles sont liées. Un certain nombre d'activités du programme étaient déjà incluses dans le document «*Priorités nationales de santé publique 1997-2002*». Les problèmes de santé qui constituaient les titres des chapitres des priorités nationales se retrouvent dans le programme à l'intérieur du contenu des six domaines d'intervention.

Les activités sont organisées selon des **stratégies** qui favorisent l'atteinte des objectifs fixés en orientant notamment le choix de ces activités et des groupes de personnes auxquels elles s'adressent. Les actions à réaliser sont regroupées en deux rubriques autour des principes «*Agir*» et «*Comprendre*». Le choix des actions a été fait à partir de documents préparés en 1992-1993 par le réseau de santé publique sous la coordination du Ministère. Un nombre réduit a été conservé de façon à ce que l'ensemble des équipes de santé publique, en collaboration avec leurs partenaires, puisse se concentrer sur l'essentiel de ce qui doit être accompli. Le type d'action et leur degré de précision varient d'une priorité à l'autre en fonction de l'avancement des connaissances, de la compréhension des problèmes et de la maîtrise d'interventions capables d'assurer la protection et l'amélioration de la

santé de la population. Certaines actions demandent à être expérimentées et évaluées avant d'être généralisées dans toutes les régions du Québec.

De plus, le programme propose des valeurs et des principes éthiques (un cadre éthique étant prévu dans la Loi sur la santé publique) qui sont susceptibles d'alimenter la réflexion et la discussion sur les valeurs en jeu dans l'exercice des fonctions ainsi que dans la planification et la mise en œuvre des activités.

2.4 BILAN DES PRIORITES EN 2002

Le 6 mars, en lançant les *priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le ministère de la santé et des services sociaux s'était engagé, avec tout son réseau, à ce que soit très rapidement mis en place un mécanisme permettant de suivre l'évolution vers les résultats visés. Ceci a donné lieu à la production de 5 bilans annuels. Le dernier bilan fait état d'un impact positif mais variable selon les priorités de santé. 7 priorités avaient été fixées qui conduisaient à 53 résultats attendus (définis en termes d'objectifs quantitatifs). Pour chaque résultat attendu, un ou deux indicateurs avaient été définis en 1998 soit dans la première année d'évaluation. Le bilan dégage deux aspects□un ensemble d'actions ont été mises en place qui «□ont dans le bon sens□ et les indicateurs montrent que l'on s'approche des objectifs quantitatifs, notamment en termes de dépistage et d'enrôlement de la population sensible dans des programmes de soutien psychologique.

DANEMARK

1 CONTEXTE

Le Danemark est un pays de 5.3 millions d'habitants, dont 86 % vivent dans les zones urbaines. 14 % de la population est âgée de plus de 64 ans et 17% a moins de 15 ans

Le Danemark est divisé en comtés et municipalités, la population moyenne d'un comté étant de 325 000 habitants. Au niveau central, le Ministère de la Santé coordonne la politique de santé et les programmes de promotion de la santé. Les comtés et les municipalités, dirigés par des conseils politiques élus bénéficient d'une grande indépendance, avec des responsabilités spécifiques et le droit de prélever des taxes. Cette structure politique signifie en pratique que le lancement d'un programme national ne correspondra pas à une mise en œuvre uniforme au niveau décentralisé.

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ETAT

Le Danemark est une monarchie constitutionnelle depuis 1849, avec un système de démocratie parlementaire. Le chef de l'Etat est la Reine Margareth II. Le Gouvernement est nommé par la reine, le choix du gouvernement dépendant de la composition du Parlement. Ce dernier est monocaméral, avec 179 sièges. Les membres sont élus tous les quatre ans au suffrage direct. 135 des 175 membres sont élus sur la base des votes dans les circonscriptions locales, les 40 autres étant choisis afin d'assurer une représentation proportionnelle des partis dont sont issus les candidats. Il est techniquement possible de se porter candidat sans appartenir à un parti politique, mais seul un candidat (en 1994) a été élu de cette manière. Bien que le gouvernement possède des pouvoirs directement issus de la Constitution, ses activités sont contrôlées par le Parlement, qui exerce une influence considérable sur le pouvoir de décision du gouvernement. En pratique, le gouvernement et le Parlement coopèrent pour établir les lois. Une loi votée par le Parlement doit être approuvée à la fois par la reine et par le gouvernement.

D'un point de vue administratif, le Danemark est divisé en 14 comtés et 275 municipalités, plus Copenhague et Frederiksberg, qui sont à la fois des comtés et des municipalités. Les îles Faroe et Greenland sont autonomes.

Les comtés et les municipalités sont dirigés par un conseil de comté ou de municipalité, élu tous les quatre ans au vote proportionnel. De nombreux pouvoirs administratifs sont délégués à ces autorités locales, dont l'indépendance est établie par la Constitution. Les comtés ont ainsi un rôle prédominant dans la politique sanitaire et sont responsables du financement et de l'offre de soins de santé primaires et secondaires.

1.2 POINTS CLEFS DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé danois est caractérisé par un secteur public très développé. Depuis 1973, après la suppression des schémas d'assurance préexistants, le système de santé est financé principalement par l'impôt, avec un payeur unique, le Système National de Sécurité Sociale. L'Etat, les comtés et les municipalités prélèvent des impôts, dont le taux maximum est fixé chaque année pour les comtés et les municipalités, par négociation entre l'Etat, l'Association des Conseils de Comtés et l'Association Nationale des Autorités Municipales. En 1999, le taux d'imposition variait entre 28,6 % et 33,5 %. Afin d'atténuer les disparités entre régions, des redistributions entre ces dernières sont effectuées. La redistribution tient compte de plusieurs facteurs, tels la distribution d'âge, le nombre d'enfants dans

des familles monoparentales, le taux de chômage, le nombre de personnes sans instruction, le nombre d'immigrés hors Union Européenne, le nombre de personnes vivant dans des conditions précaires et la part de personnes âgées seules.

Le système de santé danois se compose d'un secteur hospitalier, dirigé et financé par les comtés, de services de santé municipaux également dirigés et financés par les municipalités et d'une médecine de ville. Les médecins généralistes, les spécialistes, les kinésithérapeutes, les dentistes, les chiropracteurs et les pharmaciens sont rémunérés selon le système de capitation et/ou par des honoraires. Les Danois ont le choix depuis 1976 entre deux types de couverture sociale. Ils peuvent ainsi choisir d'appartenir au groupe I ou au groupe II. S'ils ont opté pour le groupe I, leurs dépenses de santé et les médicaments sont entièrement gratuits. Pour cela, ils doivent s'inscrire sur la liste d'un médecin généraliste de leur région et ne peuvent en changer que deux fois par an. Les patients doivent être adressés par leurs médecins généralistes pour accéder à l'hôpital et aux spécialistes (à l'exception des soins ORL et ophtalmologiques). Le nombre de patients rattachés à un médecin généraliste est limité et est décidé après négociation entre l'Organisation des Médecins Généralistes, qui fait partie de l'Association Médicale Danoise et le Comité du Système National de Sécurité Sociale. Les patients du groupe I n'ont accès qu'aux hôpitaux de leur région, sauf en cas de soins spécialisés qui ne peuvent être effectués que dans une autre région. Les patients du groupe II sont libres de choisir n'importe quel médecin généraliste ou spécialiste, mais ils paient pour tous les services, à l'exception des soins hospitaliers. Seuls 1,7 % des patients ont choisi cette dernière option.

Le système de santé danois est organisé sur trois niveaux : l'état, les comtés et les municipalités. Le système de santé danois est caractérisé par sa décentralisation. En 1970, le Parlement a délégué la responsabilité du financement et de l'offre de soins aux comtés et aux municipalités. La santé étant principalement sous la responsabilité des comtés, la législation nationale en santé ne précise pas comment ce secteur doit être organisé, ni les services qui doivent être offerts. La législation concernant l'offre de soins au niveau municipal est légèrement plus précise et concerne des activités de prévention comme les calendriers de vaccination et les bilans de santé pour femmes enceintes.

Initiatives légales pour renforcer le droit des patients

Le système de santé danois ressemble aux autres systèmes de santé scandinaves en ce qui concerne la formalisation des droits des patients. Un certain nombre d'initiatives ont été prises afin de renforcer le rôle des patients dans le système de santé.

En 1992 est votée une loi qui oblige les médecins à informer les patients sur leur état de santé, et sur les différentes options de traitement qui s'offrent à eux. Cette loi leur interdit de procéder à un traitement en cas de refus du patient (sauf pour certaines exceptions légales).

En 1998, d'autres lois sont votées portant sur l'accès à l'information, le droit des médecins à partager l'information avec des tiers et le droit des patients à choisir leur traitement.

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION CENTRALE

Le Ministère de la Santé prépare la législation et les instructions générales pour le secteur de la santé. Chaque année, le Ministère de la Santé, le Ministère des Finances et les conseils municipaux et ceux des comtés, représentés par l'Association des Conseils de Comtés et l'Association Nationale des Autorités Locales participent à la négociation du budget de la santé, qui fixe un objectif de dépenses de santé. **Le Conseil National de la Santé** contrôle le personnel de santé et les institutions, et a un rôle de conseil auprès des différents ministères, comtés et municipalités. Le rôle du Ministère et du Conseil National de la Santé est un rôle de supervision et de conseil. Bien que le Ministère ait une

certaine influence par le biais de recommandations et de suggestions, les comtés ne sont pas obligés de suivre ces recommandations.

2.2 ADMINISTRATION DES COMTES

Les 14 comtés sont dirigés par des conseils élus tous les quatre ans. En plus de la santé, les comtés ont la responsabilité de l'enseignement secondaire, de l'infrastructure routière et de l'environnement, mais la santé représente environ 70 % du budget des municipalités.

La plupart des comtés ont mis en place des comités de la santé et des affaires sociales, ainsi que des comités d'hôpital. Les comtés possèdent et dirigent les hôpitaux et les maternités. Ils remboursent aussi les généralistes, les spécialistes, les dentistes et les médicaments, par le biais du Système National de Sécurité Sociale.

2.3 ADMINISTRATION DES MUNICIPALITES

Les 275 municipalités sont aussi dirigées par des conseils élus tous les quatre ans. Les maisons de retraites, l'aide à domicile, les dentistes de municipalité et la médecine scolaire sont sous leur responsabilité. Ces activités sont financées par l'impôt et gérées par des professionnels de santé salariés, à travers des budgets globaux.

Les salaires et les conditions de travail sont négociés par l'Association Nationale des Autorités Locales et les différentes organisations de professionnels.

2.4 COMPAGNIES D'ASSURANCE

Depuis 1992, s'est développée une assurance privée remboursant les soins restants à la charge des patients, comme certains médicaments, les frais dentaires, les soins ORL et ophtalmologiques, ainsi que les kinésithérapeutes et les dentistes dont seule une visite annuelle est remboursée et dont le ticket modérateur est d'environ 50 %. Ces dernières années, elle rembourse aussi les soins dans des hôpitaux privés. 28 % de la population bénéficie actuellement d'une assurance volontaire complémentaire.

3 OBJECTIFS ET PRIORITES DE SANTE

On distingue trois niveaux de définition de priorités au Danemark. Ainsi, bien qu'il n'existe pas de plan national ou d'agence de planification, en 1994 est adoptée une loi de planification en santé. Les municipalités et les comtés doivent établir des plans quadriennaux, afin de coordonner l'activité dans la prévention et les soins. Il faut souligner que l'approche danoise de la planification est différente d'une planification centrale. C'est plus un processus de « planification par le dialogue », avec une planification thématique et des décisions non sanctionnées. Ceci est dû à la décentralisation du système de santé et génère une mise en œuvre très inégale au niveau local.

En 1998, en réponse à une espérance de vie jugée basse, le nouveau gouvernement danois met en place un programme décennal de santé publique et de promotion de la santé. 17 objectifs de santé publique sont établis. Ils concernent des facteurs de risque spécifiques (tabac, alcool, nutrition, sport, obésité et accidents de la route), des groupes d'âge (les enfants, les jeunes et les personnes âgées), la promotion de la santé dans certains environnements (l'école primaire, le lieu de travail, les communautés locales), ainsi que des éléments structurels, telles la coopération intersectorielle, la recherche et l'éducation. L'objectif est d'augmenter l'espérance de vie des hommes et des femmes après deux années de mise

en œuvre du programme, ainsi que le nombre d'années de vie en bonne santé par une réduction des maladies chroniques.

Enfin, en 2002, le changement de gouvernement conduit à la publication d'un nouveau programme de santé publique qui ne repose non plus sur la définition d'objectifs quantitatifs mais sur une logique de priorités de santé. Cependant, les objectifs quantitatifs sont considérés comme toujours valides et non remis en cause.

3.1 PROGRAMME NATIONAL

En 1998, le nouveau gouvernement danois met en place le *Programme de Santé Publique et de Promotion de la Santé du Gouvernement Danois, 1999-2008*. C'est un programme transversal de promotion de la santé et de prévention, afin d'améliorer la santé de la population. Le programme établit un certain nombre d'objectifs concrets, qui doivent être réalisés sur une période de dix ans. Le programme a été établi en un an, avec la participation des ministères du Travail, du Logement et des Affaires Urbaines, des Affaires et de l'Industrie, de l'Alimentation et de l'Agriculture, de l'Environnement et de l'Energie, des Affaires Sociales, de la Santé, du Transport et de l'Education.

Un groupe de dix ministres a été constitué, appuyé par **un groupe parallèle de fonctionnaires de l'Etat et de représentants des fédérations et associations des comtés et des municipalités**. Ce groupe parallèle assure la coordination horizontale au niveau national et la coordination verticale. **Un comité de coordination** créé par le Ministère de la Santé est composé de représentants des institutions du ministère le Département de la Santé, le Conseil National de la Santé, l'Institut National de Santé Publique. Sur la base **d'un débat avec le Comité Parlementaire de la Politique de Santé et les dirigeants politiques, de réunions d'experts de santé publique**, 17 objectifs ont été adoptés et 17 **groupes de travail** ont été constitués. Chaque groupe est composé de 4 à 6 représentants des ministères impliqués, d'experts et de représentants des gouvernement locaux. Le Département de la Santé et l'Institut National de Santé Publique ont également mis en place un groupe chargé de développer des indicateurs pour suivre l'évolution du programme.

Le Programme a été accepté par le Gouvernement au printemps 1999, présenté au Parlement en automne 1999 et adopté en janvier 2000. Chaque année le gouvernement négocie avec les comtés et les municipalités un accord économique sur la croissance et le développement. L'accord 2000 mentionne le Programme de promotion de la santé comme un cadre commun, servant à l'élaboration de priorités, à tous les niveaux.

Les objectifs ont été établis selon trois critères

La prévalence de la maladie.

Les causes de la maladie, ses facteurs de risque et l'efficacité des interventions doivent être connus, avec un bon niveau de preuve.

La nécessité de renforcer les actions et initiatives existantes.

Le programme s'est directement inspiré des travaux et analyses du Comité de l'Espérance de Vie, sur la mortalité, la morbidité et les inégalités sociales en santé. Le montant relativement limité des ressources allouées à ce programme (20 millions de couronnes danoises en 2000) pose la question de son effectivité. De plus, le programme reste vague sur les aspects structurels et organisationnels. Enfin, la santé relève de la responsabilité des comtés et des municipalités, or celles-ci sont traditionnellement plus orientées vers les activités curatives que vers les activités préventives.

En 2002, le nouveau gouvernement met en place un nouveau programme «*Healthy during the whole life, the national goals and strategies for public health 2002-2010*». La stratégie globale de ce programme est d'encourager l'ensemble des parties prenantes à coopérer et à promouvoir une meilleure santé de la population. Ce rapport ne mentionne pas d'objectifs spécifiques mais une liste de **facteurs de risques** relatifs aux problèmes de santé publique (alcool, tabac, alimentation, activité

physique, obésité, accidents, environnement, conditions de travail). Pour chacun de ces risques des **stratégies** de réduction sont définies. Un ensemble de **problèmes de santé** associés à ces risques sont décrits (diabète, cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies de l'appareil squelettique, asthme et allergies, problèmes psychiques, maladies pulmonaires). Le programme recommande des actions spécifiques envers certains **groupes de population** (femmes enceintes, enfants, jeunes, adultes vulnérables, personnes âgées, personnes atteintes de maladies de longue durée). Le programme définit un ensemble **d'outils** (législation, politiques de santé, services de prévention, réseau, communication et dialogue, éducation, recherche et documentation, mise en œuvre et développement, pilotage et contrôle). En plus de ces objectifs généraux, le programme mentionne des objectifs spécifiques liés à la réduction des listes d'attente et à l'amélioration des prises en charge des cancers et des problèmes cardiaques.

3.2 PLANS REGIONAUX ET MUNICIPAUX

Selon la loi, les comtés doivent établir un plan basé sur l'étude de l'état de santé dans le comté, et qui doit inclure les services de santé, la promotion de la santé et la prévention.

Au niveau municipal, la loi préconise plus un bilan qu'un plan structuré. Cependant, les municipalités membres du réseau villes-santé ont préféré développer un plan. Les plans doivent être soumis au Conseil National de la Santé, pour commentaires. Les comtés doivent recourir à un processus de consultation incluant les municipalités, les Officiers de Santé régionaux, les médecins généralistes et le Conseil National de la Santé. L'objectif est que les comtés et les municipalités travaillent en partenariat dans le champ de la santé et avec les secteurs rattachés à la santé, tel le secteur social. On peut citer l'expérience de coopération entre les municipalités et le comté du Jutland Sud.

Le comté couvre une population de 250 000 habitants et se compose de 23 municipalités. Dans le cadre du premier plan, de 1994 à 1998, le comité de santé du comté a organisé des réunions biennuelles avec les représentants des conseils municipaux, pour discuter des services qui, de par la loi, entraînent dans le cadre de la planification, au niveau municipal et du comté.

Le comté a fourni aux municipalités des rapports de santé, soit une série de données sur la santé, la maladie et la mortalité, avec l'aide des Officiers Médicaux de la Santé, représentants régionaux du Conseil National de la Santé. Les rapports de santé des municipalités et les plans sanitaires des comtés n'étant toujours pas disponibles en 1997, la première génération de plans n'a pas été coordonnée. Sur la base de cette expérience, le comité de santé du comté a adopté en automne 1998 un nouveau modèle de coopération avec les municipalités, modèle accepté par les municipalités au printemps 1999.

Le modèle est basé sur cinq éléments de coopération

- Les rapports de santé

- Des réunions au niveau administratif, sur des questions de santé définies

- Des comités de planification locaux

- Des réunions au niveau politique

- Des programmes et des plans d'action communs

Les rapports de santé

Le modèle de recueil des données est globalement homogène dans les municipalités. Ce modèle a été créé par un groupe de travail pluridisciplinaire, avec une perspective socio-économique dans les données de santé recueillies. Cela a permis que les rapports soient plus significatifs pour les municipalités et que soit accordée une attention particulière aux inégalités de santé. Les données sur les enfants, les 16-66 ans, les personnes âgées, les morts prématurées et l'utilisation des services de santé ont été analysées au regard de paramètres socio-économiques significatifs comme la part prise en charge publique/prise en charge privée, le contexte éducatif, la contribution au marché du travail, et le statut familial.

Pour que les municipalités bénéficient des services d'expertise et des financements, le comté a posé comme condition que dans chaque municipalité, les groupes de travail soient pluridisciplinaires et incluent des fonctionnaires. Une autre condition était que les rapports contiennent des recommandations en termes d'objectifs futurs de santé publique, afin de permettre l'élaboration de programmes d'actions. L'élaboration des rapports de santé a débuté à la fin de l'été 1999 et a été finalisée début 2001.

Le rapport du comté a été publié en septembre 2000 et a servi de base à une conférence sur la poursuite de la coopération dans le champ de la promotion de la santé et la mise en œuvre du Programme de promotion de la santé.

Les réunions administratives

Tous les six mois, le département santé du comté réunit les professionnels et l'équipe administrative impliqués dans la planification dans chaque municipalité, y compris les groupes de travail en charge des rapports de santé. Les réunions ont pour objet des thèmes sélectionnés, concernant le processus de planification et permettent l'échange d'information et l'harmonisation du processus.

Le comté a aussi créé un site Internet pour les chargés de planification, avec pour objectif de créer une base de connaissances et diffuser une lettre d'information.

La planification locale

Dans le cadre de la planification hospitalière, le comté a demandé aux hôpitaux de constituer des comités de planification avec les communautés locales. Les comités devaient être en charge d'appuyer la mise en œuvre des programmes communs. Pour renforcer leur rôle dans le processus de planification, le comté a chargé les comités de présenter aux municipalités et au comté des propositions sur des questions de santé, et des thèmes de discussion pour les réunions administratives.

Cependant, seul un seul hôpital sur quatre a réussi à créer un forum sur la planification□ ainsi les hôpitaux n'ont pas joué le rôle escompté dans le processus de planification.

Les réunions politiques

Le comité de santé a organisé des rencontres avec chacune des municipalités individuellement. Le comté est représenté par les membres du comité de santé, le président ou le député président, deux membres de l'administration et le directeur de l'hôpital local. Les représentants de la municipalité sont des membres du comité des adultes et des affaires privées, du comité des enfants et de la culture, ainsi que du personnel administratif. La réunion permet la mise au point sur la planification antérieure, des propositions de programmes communs et l'examen de questions relatives aux services de santé municipaux et du comté.

Les conclusions des rapports de santé de la municipalité et du comté sont discutées, et sur cette base sont proposées des actions de santé. L'objectif est d'aboutir à l'élaboration de programmes communs et à des plans d'action.

3.3 POINT DE VUE

Le processus politique de 1999 a porté ses fruits, et il apparaît que les rapports de santé et les réunions politiques sont les éléments les plus innovateurs de cette coopération.

Les principales difficultés rencontrées dans le processus de décision sont liées à la forte décentralisation de l'administration. Un manque d'engagement clair des autorités décentralisées est souligné par les analystes ce qui conduit le gouvernement central à énoncer une politique sans être assuré de la participation des niveaux locaux. Ceci conduit à un défaut de mise en œuvre des stratégies aux niveaux locaux.

ESPAGNE

1 CONTEXTE

L'Espagne est le troisième pays européen en termes de superficie. Ce pays se caractérise par la coexistence de systèmes culturels, linguistiques et politico-administratifs très différents. Ainsi, il existe quatre langues officielles, liées à des traditions culturelles différentes : le castillan, première langue officielle, parlé par l'ensemble de la population, le catalan, parlé en Catalogne, à Valence et aux Baléares, le galicien, proche du portugais et le basque.

L'Espagne a 40 millions d'habitants, et la population est légèrement plus jeune que dans le reste de l'Union Européenne, bien qu'on observe un vieillissement de la population et une baisse importante du taux de natalité. En 1998, le taux de fertilité est de 1,18 enfants par femme en âge de procréer, soit le taux le plus bas de l'Europe de l'Ouest. En conséquence, l'Espagne (avec l'Italie et le Portugal) est actuellement l'un des pays du monde où la population diminue le plus rapidement. De plus, à moins d'une hausse dans la fertilité ou de l'immigration, la part des personnes âgées de plus de 65 ans doublera dans les 50 prochaines années, atteignant 37 % de la population, soit le taux le plus élevé du monde.

L'Espagne se caractérise aussi par la forte décentralisation de ses régions. Dans ce contexte, et après une description de la structure administrative de l'état et des principaux acteurs du système sanitaire, nous étudierons les instruments de la politique de santé dont disposent les gouvernements, à l'échelle nationale et à l'échelle régionale, ainsi que les limites de ces instruments.

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ETAT

L'Espagne est une monarchie parlementaire depuis 1978, après une longue période de dictature. Depuis, le pays a subi une profonde transformation de l'Etat et de sa structure politique. L'un des éléments majeurs est l'importante décentralisation des structures de l'Etat, initiée dès le début de la transition démocratique. Au niveau central, le pouvoir législatif appartient au Parlement, composé de deux chambres, le Congrès et le Sénat.

L'Espagne se divise en 17 régions autonomes, qui possèdent leurs propres gouvernements et Parlements, en 50 provinces et près de 8000 municipalités. La taille de ces entités politiques diffère considérablement, avec une population régionale variant de 7,2 millions d'habitants (en Andalousie) à 264000 habitants (dans la Rioja), et une population municipale variant de 3 millions d'habitants (à Madrid) à moins de 10 habitants dans les localités isolées du Nord-Ouest et du Centre. Près de 6000 municipalités ont moins de 2000 habitants et 2700 en ont moins de 500. Ce phénomène a représenté le principal obstacle à une décentralisation locale. Ainsi, depuis 1978, la région représente le principal échelon de décentralisation.

Chacune des 17 régions autonomes est régie par un Statut d'Autonomie (*Estatutos de Autonomia*). Avec la Constitution de 1978, ces Statuts d'Autonomie constituent le cadre constitutionnel de la démocratie espagnole. La Constitution détermine les domaines de compétence exclusive de l'Etat, ceux des régions et les domaines pour lesquels les responsabilités sont partagées par l'Etat et les régions. Les lois régionales ont la même force juridique que les lois nationales, les conflits entre les deux étant portés devant la Cour Constitutionnelle.

Le processus de décentralisation débuté en 1978 a pris fin en janvier 2002. Depuis cette date, toutes les régions gèrent leur service de santé. Les municipalités jouent un rôle dans la gestion des installations

sanitaires et des activités de santé liées à l'environnement. Elles ont aussi des compétences en santé publique.

1.2 POINTS CLES DU SYSTEME DE SANTE

La Loi Générale de Santé établit les principes et critères de configuration du Système National de Santé, soit le caractère public de celui-ci, l'universalité et la gratuité du système.

Depuis 1999, le financement du secteur public est majoritairement (à 98%) financé par l'impôt. Ce système se caractérise par la décentralisation de sa gestion, qui s'est déroulée très progressivement. Celle-ci a débuté en 1981, pour s'achever en janvier 2002. Ainsi, en 1986, par la Loi Générale de Santé, la responsabilité du système de soins a été transférée à sept régions spéciales seulement. Pour les dix autres régions dites régions ordinaires, le système de santé est sous l'administration générale de l'Etat et est assuré par l'*INSALUD*, l'Institut national de la Santé. En janvier 2002, a pris fin le processus de transfert des fonctions et services de l'*INSALUD* débuté vingt auparavant. Toutes les régions disposent de leur propre Service de Santé. Le Décret Royal du 2 août 2002 supprime l'*INSALUD* et le remplace par l'Institut National de Gestion Sanitaire, entité de moindre dimension, qui conserve la même personnalité juridique et économique et la même fonction de gestion de la Sécurité Sociale que l'*INSALUD*. Il a pour fonction l'élaboration, le contrôle et l'évaluation de la gestion des soins primaires et spécialisés, la gestion des budgets et le contrôle économique.

D'autre part, le mode de financement des régions a également changé en 2002. Jusqu'à janvier 2002, à l'exception du Pays Basque et de la Navarre qui prélèvent des impôts, la principale source de financement du système de santé au niveau régional est constituée par les subventions, transférées par le gouvernement central et dont le montant dépend de la taille de la population, du flux de patients provenant d'une autre région et du rôle dans l'enseignement. Depuis janvier 2002, une partie des impôts prélevés est redistribuée aux régions, qui le gèrent librement, avec un minimum d'offre en matière de soins à assurer.

Le secteur public est constitué de médecins généralistes, de spécialistes et d'hôpitaux. Les pharmaciens et les dentistes en sont absents. Le médecin généraliste est le point d'entrée obligatoire du patient dans le système. Le patient est inscrit auprès de ce dernier et ne peut en changer que sous certaines conditions. Les médecins généralistes travaillent en équipe avec des infirmières et des pédiatres, sur un secteur géographique déterminé durant 6 heures par jour. Ils sont salariés, leur salaire étant fonction de l'aire géographique et de la population desservie. Chaque médecin possède un correspondant dans chacune des spécialités, auquel il peut adresser le patient. Il décide aussi des hospitalisations.

L'*INSALUD* prend totalement en charge les frais de consultation et d'hospitalisation prescrits par le généraliste. Il n'existe pas de ticket modérateur, sauf pour les médicaments (40 %).

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION CENTRALE

Le Ministère de la Santé et de la Consommation établit la politique sanitaire, et est responsable de la coordination des services de soins et de la santé publique. Il doit agir en liaison avec le Ministère du Travail et des Affaires Sociales, afin d'assurer une coordination effective entre les services sanitaires et sociaux pour lesquels les responsabilités sont partagées. C'est aussi la plus haute autorité nationale en matière de consommation.

L'Institut de Santé Carlos III assure la promotion et la coordination de la recherche biomédicale, la formation des professionnels de santé publique et des dirigeants du système de soins. Il est aussi responsable de l'évaluation des technologies et de l'accréditation. Il diffuse une information en santé et a une activité de conseil technique.

Il assure ces fonctions par le biais de l'Agence d'Evaluation des Technologies en Santé, l'Ecole Nationale de Santé Publique, le Fonds de Recherche en Santé et d'autres centres nationaux (d'Epidémiologie, de Recherche Clinique et de Médecine Préventive, de Nutrition, d'Information en santé, Santé et Environnement, Microbiologie et Biologie Fondamentale). L'Organisation Nationale des Transplants gère le don d'organe, le prélèvement, le transport et le choix des patients receveurs.

L'Institut National de la Consommation est chargé de l'inspection, de l'arbitrage, de la recherche et de la formation dans ce champ. Le Plan National SIDA coordonne la recherche, l'information, la prévention et le traitement du sida. L'Agence Espagnole des Produits Pharmaceutiques évalue la qualité, la sécurité et l'efficacité clinique des produits pharmaceutiques.

Le Ministère de la Santé régleme également la formation des professionnels de santé, en lien avec le Ministère de l'Education et la politique du médicament. Une agence d'évaluation des technologies médicales est créée en 1994, qui remplace le service d'évaluation des technologies du Département ministériel de Planification en Santé.

D'autres ministères interviennent dans la régulation du système de santé. Le Ministère du Travail et des Affaires Sociales définit la structure financière du système de sécurité sociale, le panier de biens et services et les plans d'affiliation. Bien que soit amorcé depuis le milieu des années 1980 un processus de séparation du système de sécurité sociale, le système de santé est de facto toujours considéré comme relevant de ce dernier, pour des raisons administratives. Ainsi, l'Institut National de Sécurité Sociale, qui dirige le système de sécurité sociale, est sous l'autorité de ce ministère. Il donne l'accord final à tout changement dans le panier des prestations en santé, et les autorisations de tout paiement dans le SNS. Il agit en liaison avec les autorités sanitaires publiques et la Trésorerie Générale de la Sécurité Sociale (*Tresoreria General de la Seguridad Social*). Il traite également des questions économiques et sociales en cas de maladie. Le Ministère du Travail et des Affaires Sociales est aussi responsable de l'action sociale (y compris les maisons de retraites et les soins à domicile) bien que ce champ de compétences ait été progressivement transféré aux régions.

Le Ministère de l'Economie et des Finances élabore le budget de la santé, fixe les prix des produits pharmaceutiques et régule l'assurance privée. Il a un rôle prédominant dans l'allocation des ressources aux régions pour le secteur sanitaire. En avril 2000, ce ministère a été scindé en deux ministères, le Ministère de l'Economie et le Ministère des Finances. Le Ministère de l'Administration Publique est chargé de la régulation du personnel de santé et de manière plus générale, de celle de fonctionnaires. Le Ministère de l'Education, de la Culture et des Sports assure la formation des étudiants, et en lien avec le Ministère de la Santé, la planification des ressources humaines.

Le **Conseil Inter Territorial du Système National de Santé** a une fonction de coordination politique entre l'Etat et les Régions. Le Conseil Financier et de Politique Fiscale est une autre structure intergouvernementale qui joue un rôle important dans la politique de santé, car elle décide des modifications dans l'allocation régionale des ressources en santé. Ces modifications sont discutées et approuvées par des représentants du département financier central et des départements financiers régionaux. Depuis 1994, ces négociations ont lieu tous les quatre ans, et ont pris la forme d'accords bilatéraux entre le gouvernement central et chaque gouvernement régional.

2.2 ADMINISTRATION REGIONALE

La planification et l'organisation de l'offre de soins sont sous la responsabilité des régions, qui peuvent décentraliser à l'échelon qu'elles considèrent le plus approprié à leurs propres besoins, et aux caractéristiques socio-démographiques et culturelles, dans l'objectif d'une allocation plus efficiente des ressources. Depuis janvier 2002, toutes les régions gèrent leur service de santé. La loi de janvier 2002 établit aussi la co-responsabilité financière entre l'état et les régions, qui perçoivent une partie

des recettes. Les Parlements régionaux vote une loi du service régional de santé, qui organise le service régional. Ils établissent et contrôlent les budgets de la santé.

2.3 SECTEURS SANITAIRES

Chaque région établit une carte sanitaire, qui détermine des secteurs sanitaires, eux-mêmes subdivisés en zones primaires de santé. La direction de ces unités territoriales est, en pratique, aux mains d'équipes de direction, nommées par le gouvernement régional ou par l'état, selon le statut de la région, et dirigées par un directeur de secteur sanitaire. Cependant, en pratique, au niveau des secteurs de santé, il existe plusieurs équipes de direction, une pour chaque hôpital public, ce qui conduit à des dysfonctionnements.

Chaque secteur sanitaire est responsable de l'équipement médical, des prestations et des programmes de soins, au sein de ses frontières. Elle doit en principe couvrir une population comprise entre 200 000 et 250 000 habitants, mais beaucoup de régions ne respectent pas la norme. Les secteurs sanitaires fournissent trois catégories de services : les soins de santé primaire, les soins ambulatoires spécialisés et les soins hospitaliers.

2.4 ZONES PRIMAIRES DE SANTE

Ce sont les plus petites unités dans l'organisation du système de santé. Une durée maximale de 30 minutes sépare la population des services de santé locaux. Ces zones couvrent ainsi 5 000 à 25 000 habitants. Elles sont généralement organisées autour d'un centre de soins primaires (*Equipo de Atencion Primaria, EAP*), qui est aussi le principal centre de direction de la zone, et qui coordonne la prévention, la promotion et les soins. Le coordonnateur de l'EAP est sous la double autorité du directeur du secteur sanitaire et du gouvernement régional.

2.5 ROLE DES USAGERS

La Loi Générale de Santé introduit la participation des citoyens par la création de comités de participation à tous les niveaux de décision du système de santé. Cependant, ces comités sont principalement composés de représentants des gouvernements locaux et des corps professionnels, et d'un petit nombre de représentants des associations civiles. Cela est dû en partie au développement limité des associations d'usagers et de bénévoles en Espagne. Les principaux comités sont les suivants :

Les conseils de santé, au niveau des zones de santé. Ils ont un rôle de conseil sur la gestion des soins de santé primaires

Les comités d'hôpitaux ont été établis afin de permettre aux représentants des municipalités et aux associations locales de participer à la direction de l'hôpital; en 1990, ces comités ont été transférés au niveau des secteurs sanitaires, afin de renforcer leur rôle dans la coordination des soins primaires et spécialisés

Le comité consultatif, au niveau central, informe sur les travaux du Conseil Interterritorial. Il comprend des représentants des syndicats, des employeurs, des consommateurs et des experts.

En pratique, cette participation n'a pas été très effective, car ces comités n'ont aucune responsabilité sur la dépense en santé, et en raison de la faiblesse des associations de consommateurs, qui sont très peu représentatives de la population.

3 NOUVELLE LOI DE COHESION EN MATIERE D'OBJECTIFS

Le processus de décentralisation en Espagne, débuté en 1978, a pris fin en janvier 2002. Le système de santé est désormais totalement géré par les régions. Celles-ci établissent chacune leurs plans de santé, qui définissent les objectifs en santé de la région pour quatre années, période de fonction des gouvernements locaux. En mai 2003, le gouvernement central promulgue une nouvelle loi, avec pour objectif de coordonner la politique de santé des régions.

3.1 LOI DE COHESION ET DE QUALITE

3.1.1 UNE VOLONTE D'HARMONISATION

Jusqu'en mai 2003, le SNS repose sur la Loi Générale de Santé de 1986. Le système de coordination entre l'état et les régions établi par cette loi est celui de la planification. Les zones sanitaires, les régions et l'Etat doivent produire leur propre plan en santé, par un processus de concertation sociale. Les plans régionaux sont ensuite agrégés pour aboutir à un plan intégré de santé. L'état central et les régions doivent trouver un consensus qui reflète les intérêts des différents pouvoirs politiques et assurer que les nombreux plans de santé tiennent compte des priorités de santé de l'état et des autres régions. Ce modèle s'est soldé par un échec relatif, d'une part car l'état n'a jamais défini les normes basiques, d'autre part car les régions ont élaboré des plans totalement différents.

La loi de cohésion se veut une approche différente, plus coordinatrice. La loi de cohésion et de qualité a deux objectifs principaux : coordonner un système hautement décentralisé et donner aux régions des instruments de modernisation, afin de garantir l'équité, la qualité et la participation sociale dans le Système National de Santé. Cette loi comporte trois volets : la définition de prestations communes à l'ensemble des citoyens espagnols, la création d'instruments de travail communs à l'état et aux régions, enfin, la création d'institutions pour permettre la cohésion et la coordination.

• La définition de prestations communes à l'ensemble des citoyens espagnols

La loi définit le **catalogue de prestations** comme l'ensemble des services préventifs, diagnostiques, thérapeutiques et de promotion de la santé destinés à l'ensemble des citoyens, et qui comprend les prestations de santé publique, de soins primaires, de soins spécialisés, de soins socio-sanitaires, des urgences, de la pharmacie, de l'ortho prothèse, des produits diététiques et de des transports sanitaires.

Afin de pouvoir offrir ces prestations, est prévue une «*Carta de los servicios*», définie comme l'ensemble des techniques, technologies et procédures nécessaires pour assurer l'offre de ces prestations, et qui constituera le panier de biens et services minima qui devra être offert par l'ensemble des régions. Cette carte de services sera définie par le Conseil Interterritorial. La loi prévoit également la réactualisation de cette carte. Le Ministre de la Santé, après avis du Conseil Interterritorial, autorisera l'inclusion de nouvelles technologies, après évaluation de celles-ci, sur des critères d'efficacité, d'efficience, de sécurité et «d'utilité démontrée».

Par rapport à ces prestations, la loi assure **six types de garanties aux citoyens**: accessibilité à toutes ces prestations, mobilité (pouvoir bénéficier du même catalogue de services dans toutes les régions), délai d'attente maximum pour pouvoir bénéficier de ces prestations, information des citoyens sur leurs droits et devoirs, ainsi que sur les prestations du SNS, sécurité et qualité des prestations.

La recherche fait également partie de ces prestations communes ; la loi vise à coordonner la recherche. Pour favoriser la coopération entre le secteur public et privé, est créée une Commission de Recherche en Santé, composée de représentants de l'Administration générale de l'Etat, des Communautés Autonomes et de l'industrie sanitaire, avec pour objectif principal de créer des ponts entre l'Administration, l'université, les centres de recherche et l'industrie. La loi renforce également le

rôle de l'Institut de Santé Carlos III, créé par la Loi Générale de Santé, et qui a pour vocation de servir de pôle et de support à la recherche dans tout le pays.

La formation des professionnels est également uniformisée. La loi contient essentiellement des principes relatifs à la planification et à la formation des professionnels de la santé, ainsi qu'au déroulement de leur carrière et à leur mobilité au sein du SNS. Une commission est créée, composée des administrations de l'état et des communautés, ainsi que des sociétés des diverses spécialités médicales, pour contribuer à la planification et à la conception des programmes de formation des professionnels.

Un autre point important de la loi est la volonté de mise en place d'un véritable **système d'information sanitaire**, jusque-là déficitaire en Espagne, et qui garantit la disponibilité de l'information et la communication réciproque entre l'administration sanitaire nationale et les communautés. Ce système contiendra, entre autres, des données basiques sur les prestations et l'offre de services sanitaires dans les secteurs publics et privés, sur la population couverte, les ressources humaines et matérielles, les financements et les attentes et opinions du citoyen.

La carte sanitaire individuelle (qui équivaut à la carte vitale) sera également homogénéisée, alors que jusqu'à présent, il en existait sept différentes, selon les communautés. Elle contiendra, de manière normalisée, les informations basiques sur le titulaire, ses droits et le service de santé responsable de sa prise en charge. Cette carte pourra être lue dans tout le territoire. Elle a également pour objectif de permettre l'échange d'informations cliniques entre professionnels autorisés, dans le but d'une meilleure qualité et continuité des soins.

L'objectif général du système d'information sera de répondre aux besoins des collectifs suivants : autorité sanitaire, professionnels, citoyens, organisations et associations sanitaires.

Dans le but de parvenir à une meilleure fiabilité de l'information, le ministère de la santé, avec l'accord du Conseil Interterritorial, établira la définition et normalisation des données et des flux de données, la sélection d'indicateurs et les requis techniques nécessaires pour l'intégration de l'information. Les communautés autonomes, les administrations de l'état et la sécurité sociale apporteront à ce système d'information les données nécessaires pour son maintien et développement. De la même manière, les administrations ont le droit à accéder et disposer des données qui font partie du système d'information.

Enfin, la dernière prestation commune est la **qualité**. Afin de garantir une infrastructure de qualité, seront définis des standards communs de qualité et de sécurité, des indicateurs, des guides de pratique clinique, un registre de bonnes pratiques et un registre de mauvaises pratiques. À cet effet, est créée l'Agence de Qualité du SNS. Des plans de qualité du SNS seront élaborés périodiquement par le Conseil Interterritorial, qui développeront les objectifs prioritaires de qualité durant cette période. Le ministère de la santé rendra compte au Sénat de la mise en œuvre de ces plans. Une évaluation externe de la qualité et de la sécurité des structures du SNS sera réalisée par des institutions publiques ou entreprises privées, accréditées par l'Agence de Qualité. Enfin, toujours dans le cadre de la qualité, la loi crée un Observatoire du SNS, dépendant du ministère de la santé, qui a pour mission d'analyser en continu le SNS dans son ensemble, en comparant les Services de Santé des communautés, en termes d'organisation, d'offre de services de gestion sanitaire et de résultats.

• Définition d'instruments de coopération entre l'Etat et les Régions

Le second volet de la loi définit des instruments de coopération entre l'état et les régions : les plans intégraux et la santé publique.

Les plans intégraux de santé sont un ensemble de critères d'organisation des services, pour une prise en charge intégrée et homogène de pathologies dans tout le SNS. Ils sont inspirés du modèle anglais du *National System Framework*. Il s'agit de standards et de modèles de prise en charge pour la prévention, le dépistage et le traitement de certaines pathologies. Les plans spécifient des actions d'efficacité reconnue, indiquent des objectifs, développent des indicateurs d'évaluation et de résultats, et identifient les besoins en termes de connaissances, pour orienter les priorités de recherche. Le

ministère de la santé travaille actuellement sur deux plans, le plan cardiopathies et le plan cancer. Les régions participent à l'élaboration du *framework*.

En santé publique, la loi définit des actions coordonnées en santé publique et en sécurité alimentaire, afin d'harmoniser les actions menées dans ce champ et de pouvoir répondre en cas de risque sanitaire spécial. Pour ce faire, la loi préconise notamment la configuration d'une carte des laboratoires de santé publique, la définition de standards minima pour analyser et intervenir sur les problèmes de santé et la coordination des systèmes d'information épidémiologique et des programmes de promotion, prévention et contrôle de pathologies prévalentes.

La loi pose plus spécifiquement une coopération en santé publique, avec l'élaboration par le Conseil Interterritorial d'un plan de coopération et d'harmonisation des actions en santé publique. Ce plan établira les fonctions basiques à développer dans tout l'état, et les services et garanties nécessaires.

• Définition de structures de collaboration

Enfin la loi définit des structures qui vont permettre de collaborer. Il s'agit notamment du **Conseil Interterritorial** et de la **Haute Inspection**. Ces structures existaient déjà dans la loi de 1986, mais leur composition et fonctions ont été modifiées.

Le CI est défini comme l'organe de coopération entre l'Etat et les Communautés, qui a pour mission de promouvoir la cohésion du SNS. Il est composé du ministre de la santé et des 17 ministres régionaux. La vice présidence est assurée par un des ministres régionaux, élu par le CI. Les modifications les plus notoires sont, quant à la fonction, l'adoption, au sein du CI, d'accords de coopération sanitaires, et quant à la composition, la création d'une Commission Déléguée, composée des directeurs des Services de Santé des communautés, qui constitue le principal appui au CI, et à laquelle doit être soumis tout sujet.

La Haute Inspection a la mission de garantir et contrôler que les régions remplissent leurs obligations et compétences sanitaires. Elle doit aussi vérifier que les plans et programmes sanitaires des communautés sont cohérents avec les objectifs généraux établis par l'Etat. Elle doit déterminer les difficultés et déficiences qui empêchent le fonctionnement du système. En matière de financement, elle a pour mission de contrôler l'utilisation des fonds ou subventions de l'Etat assignés à un objectif déterminé. De manière plus générale, elle doit vérifier que les fonds correspondants aux Services de Santé des communautés sont utilisés en accords avec les principes généraux de la loi. En cas de manquement constaté, la Haute Inspection en référera à la Communauté. Si le manquement persiste, le gouvernement, en accord avec la Constitution, requerra de manière formelle de l'organe compétent de la Communauté, qu'il adopte les mesures précisées.

3.1.2 ÉLABORATION DE LA LOI DE COHESION

Cette loi a été élaborée par le département de planification sanitaire du ministère de la santé. Une cellule originale de quatre personnes a été constituée, composée d'un juriste, de deux médecins et du directeur général de la planification. Le projet de loi, débuté en septembre 2002, a ensuite été soumis aux autres ministères, à des experts juridiques, puis au conseil des ministres, qui l'a approuvé en décembre 2002. Le projet a ensuite été soumis au Parlement et au Sénat, pour débat. Les principaux débats ont porté sur la nécessité de cette loi dans un contexte décentralisé et sur les financements. En effet, la loi ne prévoit pas de financements spécifiques.

La loi a été votée le 14 mai 2003. Il n'y a pas réellement eu de débat public sur la mise en place de cette loi. La définition et la mise en œuvre de nombreuses dispositions prévues par la loi, par exemple l'élaboration du catalogue des prestations communes, la mise en place du système d'information, la définition des standards de qualité revient au Conseil Interterritorial.

3.2 PLANS REGIONAUX : L'EXEMPLE DE LA PROVINCE AUTONOME DE NAVARRE

3.2.1 PLAN DE LA NAVARRE

Depuis la loi de 1986, les régions établissent des plans régionaux. Comme évoqué précédemment, cette loi institue un mode de coopération basée sur la planification, où l'état définit des normes basiques de services, dont les régions doivent se saisir pour constituer leurs plans, qui seront ensuite agrégés en un plan unique. Ce modèle s'est soldé par un échec total, d'une part car l'état n'a jamais défini les normes basiques, d'autre part car les régions ont élaboré des plans totalement différents.

La décennie 1990 marque une seconde étape. Sous l'influence de l'OMS et de la stratégie santé pour tous, les régions élaborent des plans d'objectifs. Cependant, la majorité des plans sanitaires définissent un trop grand nombre d'objectifs, irréalisables car touchant à l'ensemble des secteurs du système de soins primaires, hôpital, promotion de la santé. De plus, les plans n'identifient pas les responsables des différentes étapes de planification, de sorte que les stratégies énoncées n'ont pas été accompagnées des instruments et de l'opérationnalisation nécessaires. Enfin, leur mise en œuvre est rarement évaluée.

Ainsi, l'analyse effectuée en Navarre par le département de santé attribue l'échec du plan navarrais 1991-2000 à une formulation inadéquate des objectifs, et ce pour plusieurs raisons : d'une part, l'application d'objectifs issus d'autres scénarii internationaux, sans tenir compte du contexte local, le manque de données épidémiologiques, d'autre part, les actions développées pendant les années 90 n'avaient rien à voir avec celles énoncées, le manque de réalisme et l'excès de volontarisme théorique des objectifs prévus, enfin, l'absence d'instruments et de moyens pour la mise en œuvre. Le gouvernement de Navarre adopte actuellement une autre approche (il ne nous est pas possible de nous prononcer sur les autres régions d'Espagne, chacune des régions définissant librement ses plans). Le Plan de Santé 2001-2005 fixe des objectifs à échéance plus courte : ces objectifs ne sont pas des objectifs de santé, avec une vision abstraite d'un état de santé souhaitable, mais des objectifs de soins de santé. Il se définit comme un ensemble d'objectifs tactiques et exigibles aux différentes composantes du SNS, en accord avec les valeurs politiques et sociales du modèle sanitaire de Navarre, et avec pour objectif final, le bénéfice direct du citoyen. Ainsi, contrairement au premier plan, destiné à améliorer la santé collective en intervenant sur les déterminants de la santé, le second plan se veut une planification de soins, destiné à améliorer le rendement des services, pour augmenter leur efficacité, en intervenant sur leur organisation et gestion. Il vise également à améliorer l'effectivité des actes médicaux, en agissant sur les résultats cliniques.

L'orientation du plan vers des objectifs en termes de soins a pour conséquence la formulation d'une planification de niveau 2 et 3. Le plan de santé distingue en effet 4 niveaux de planification :

- Une planification politique, qui définit une vision de l'action et des valeurs
- Une planification stratégique : que souhaitons nous faire ? quels sont les finalités, les priorités et les besoins.
- Une planification tactique : ce que nous allons faire, les programmes et les projets.
- Une planification opérative : la manière de le faire, avec une définition des activités, du calendrier, de plans de gestion.

Le second plan sanitaire de Navarre s'est également inspiré d'un modèle britannique, le *Welsh health planning forum*, qui établit en 1991 des « protocoles pour investir dans les gains en santé ». Il s'agit de protocoles qui identifient, pour des pathologies sélectionnées, quels investissements sont possibles, à tous les niveaux du système de soins, et qui définit des objectifs de gains de santé et des objectifs de services.

Le plan de santé définit ainsi cinq priorités : les maladies mentales, les pathologies neuro-dégénératives, les maladies cardio-cérébro-vasculaires, les cancers et les accidents.

Pour chacune des priorités identifiées, seront définis les besoins structurels, à la fois fonctionnels et organisationnels.

Les différentes aires fonctionnelles d'action sont□

- La veille épidémiologique et la détermination de facteurs de risque
- Les actions en prévention primaire et promotion de la santé
- Le dépistage
- Les soins
- Le prise en charge de la convalescence
- L'évaluation des résultats en termes d'incapacités et de perte d'autonomie.

Les programmes qui découlent des objectifs sont définis en termes de besoins organisationnels□ pour chacune des structures organisationnelles (direction générale du département de santé, services centraux du SNS, structures de soins primaires, soins spécialisés, services de santé publique et de médecine du travail), sont analysés les besoins en termes de□

- Nouvelles structures
- Nouveaux instruments de gestion
- Coordination et interdépendances entre les différents programmes
- Réforme de la gestion des services impliqués

Ainsi, le plan se décline en cinq grands objectifs, chacun décliné en finalités, stratégies, objectifs d'interventions, avec pour chacun un indicateur de suivi.

L'approche est dans ce plan beaucoup plus centrée sur le système de soins, contrairement au premier plan, basé sur une approche de santé publique.

3.2.2 MODALITES DE DEFINITION DES PRIORITES ET OBJECTIFS DU PLAN REGIONAL DE LA NAVARRE

Le plan régional de Navarre définit cinq champs d'actions prioritaires□ les maladies mentales, les cancers, les maladies neuro-dégénératives, cérébrovasculaires et les accidents.

Ce plan a été mis en place par l'unité d'élaboration des politiques de santé du ministère local de Navarre, composée de deux médecins de santé publique, d'une infirmière spécialisée en santé publique et d'une sociologue.

Les critères annoncés de sélection des objectifs stratégiques sont les suivants□

- Les pathologies prioritaires sont celles dont l'impact social est le plus important, impact mesuré par la mortalité et la morbidité, et surtout, par l'impact individuel, mesuré par le nombre d'années de vie sans incapacité et le nombre d'années de vie perdues quand la mortalité est prématurée.
- En second lieu, seront considérées les possibilités d'actions, tenant compte de l'effectivité des actions à réaliser, la structure sanitaire et les possibilités techniques des actions.

En fait, le choix de ces priorités s'est justifié principalement en termes de besoins de réorganisation des services dans les diverses spécialités précitées.

À l'issue du choix des priorités, cinq responsables ont été désignés pour développer des actions et des programmes, en binôme avec un référent extérieur des services de santé. Ainsi, le plan «Santé mentale□ a été mis en place avec la collaboration du directeur des services de santé mentale.

Les projets de plans ont été diffusés auprès des responsables de l'administration sanitaire, des professionnels de santé, des associations de patients et des organisations non gouvernementales, pour discussion et propositions. Le processus de consultation a duré un mois. Les principales réflexions ont concerné la représentativité du document quant aux acteurs.

Le plan prévoit la désignation de responsables pour la mise en œuvre des programmes définis pour chacune des priorités (ce qui n'a pas eu lieu en raison du refus par le Parlement local de voter le budget). La formation continue, axée principalement sur *l'Evidence Based Medicine* et la qualité, constitue l'un des modes de sensibilisation des professionnels, dans le cadre de ce plan.

3.3 LIMITES ET DIFFICULTES DE CES INSTRUMENTS

On peut distinguer trois types de difficultés. D'une part, une **première difficulté** réside dans la marge de manœuvre pour la mise en œuvre de ces outils. Au niveau national, la principale limite résulte du caractère décentralisé de l'état. Ainsi, la loi de cohésion et de qualité définit des principes de coordination, mais la mise en œuvre de cette loi repose essentiellement sur le consensus et les compétences techniques, d'autant plus que cette loi ne donne pas d'incitations financières, ou très peu. Le Conseil Interterritorial, nouvellement réformé, doit servir de garant de l'adhésion des régions, mais jusqu'alors, il a très peu fonctionné. L'Etat tente aussi de faire adhérer les régions par le biais des professionnels de santé et sociétés savantes, qui sont impliqués dans l'élaboration des plans cancers et cardiopathies.

Une **seconde difficulté** est celle de l'absence de financements. Comme évoqué précédemment, la loi de cohésion n'est pas une loi de financements. Des financements sont uniquement prévus dans le cadre de la mise en œuvre des plans intégraux cancers et cardiopathies. Dans le cas particulier de la Navarre, le gouvernement adopte de nombreux plans, pour le sida, plan socio-sanitaire, mais très peu se voient allouer des financements dans la pratique.

Enfin, une **dernière difficulté** réside dans le manque de volonté et d'engagement politique. La loi de cohésion et de qualité a rencontré l'opposition des nationalistes, lesquels contestent une trop grande intervention de l'Etat, contraire à la décentralisation et à l'autonomie des régions. Ainsi, le degré d'adhésion et de mise en œuvre de la loi dans les régions est intimement lié au parti politique dirigeant dans la région et à ses affinités avec le parti politique au gouvernement central.

Au niveau régional, la législation en matière de plans de santé est très variable□dans certaines régions le plan est soumis et voté par le Parlement, comme au Pays Basque□dans d'autres, il est uniquement approuvé par le gouvernement, et le Parlement en est uniquement informé. De plus, au niveau régional, les contraintes politiques d'élection conduisent à favoriser les mesures aux résultats court terme. Ainsi, chaque gouvernement régional nouvellement nommé met en place un nouveau plan de santé, généralement sans tenir compte du précédent, et sans s'inscrire dans une vision de long terme du système de santé.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

1 CONTEXTE

Le recensement réalisé en 2000 fait état d'une population de 281,421 millions avec environ 77,2% de la population vivant en milieu urbain. La population caucasienne est la plus importante (75,1%), suivie de la population hispanique (12,5%), afro-américaine (12,3%) et asiatique (3,6%). Les indiens d'Amérique et les natifs d'Alaska correspondent à un petit pourcent de la population, de même que les populations originaires des îles du Pacifique. Le taux de chômage, qui était d'environ 4,2% en 1999, dépasse en 2000 les 6%. Ceci s'explique d'une part par une immigration continue et de fortes disparités sociales, mais aussi par une modification dans la comptabilisation statistique.

Les dépenses de santé s'élèvent à 13,3% du PIB en 1999 dont 45,3% pour les dépenses publiques. Les dépenses de santé par habitant ont beaucoup augmenté lors de la dernière décennie (5,3%), augmentation comparable au Royaume-Uni.

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE GÉNÉRALE

Les Etats-Unis d'Amérique constituent une république fédérale où le pouvoir est partagé entre le gouvernement central et les 50 Etats. Le système politique est basé sur la constitution de 1787. Les Etats ont la même structure politique que le niveau central avec un gouverneur pour le pouvoir exécutif et une branche législative appelée «*législature*».

L'exécutif fédéral est constitué du Président, Vice-Président et du cabinet du Président. Le Président est élu pour 4 ans et ne peut être élu plus de deux fois. Il existe 11 bureaux supports de l'exécutif, tels que le bureau de la maison blanche, le bureau du budget et du management. Il y a aussi 14 départements indépendants tels que le département de l'agriculture, le département de la justice, le département de la santé et des services sociaux. Au-dessous des 14 départements, on trouve 54 agences indépendantes et corporations gouvernementales qui incluent, entre autres, la commission fédérale du commerce, la commission sécurité et échange, la commission santé et conditions de travail...

La fonction principale du Président est de diriger le pays et l'armée. Le Vice-Président est aussi président du Sénat. Les départements et agences indépendantes sont des organes de conseil du Président et aussi de soutien lors de la mise en œuvre des politiques publiques.

L'article I de la constitution définit un organe unique législatif — le Congrès composé de deux chambres — la Chambre des Représentants et le Sénat. Les membres de la chambre des représentants sont élus au suffrage universel dans chaque Etat pour deux ans. Le nombre de représentants de chaque Etat est défini proportionnellement à la population de l'Etat. À chaque recensement décennal, le nombre de représentants par Etat est redéfini. Le Sénat comprend 100 membres soit 2 membres par Etat qui sont élus au suffrage universel pour 6 ans.

Les Etats-Unis sont composés de 50 Etats indépendants. Chaque Etat dispose implicitement de l'autorité nécessaire pour agir dans l'intérêt de ses citoyens. La majorité des Etats ont une structure politique identique à la structure fédérale. Le Président de chaque Etat est appelé Gouverneur. Les Etats ont chacun leur propre constitution qui reflète l'histoire, la culture et la structure sociale de la communauté. Cependant, la constitution fédérale prime sur les constitutions des Etats et celles-ci ne peuvent la contredire.

Le tableau suivant indique les pouvoirs respectifs du niveau fédéral et des Etats.

Gouvernement fédéral	Gouvernement des Etats
Émission monétaire	Licences et autorisations
Régulation inter Etat et commerce international	Régulation commerciale interne
Politiques et traités internationaux	Élections
Déclaration de guerre	Mise en en place des gouvernements locaux
Financement de l'armée	Ratification des amendements de la constitution
Services postaux	Prendre les mesures nécessaires de santé publique et de sécurité
Édicter les lois nécessaires et appropriées pour mettre en œuvre ces responsabilités	Exercice du pouvoir sur tout ce qui ne relève pas du niveau fédéral.

Comme ce tableau l'indique, chaque Etat contrôle de nombreux aspects de sa politique de santé. Le gouvernement fédéral alloue des fonds aux Etats pour certains besoins «sociaux» et notamment pour le système de santé.

1.2 POINTS CLEFS DES SYSTEMES DE SANTE

Il n'existe pas de système national d'assurance maladie obligatoire et deux tiers des Américains sont couverts par le biais d'une assurance privée. En 1998, 16,3% des Américains n'étaient pas couverts par une assurance maladie.

Il résulte de ceci que les systèmes de santé des Etats-Unis se caractérisent par la superposition d'un système fédéral, des systèmes publics propres à chaque Etat et des systèmes privés basés sur une organisation qui répond à des logiques commerciales qui dépassent la seule logique des Etats. Ainsi, les groupes privés de financement (compagnie d'assurance) et d'offre de soins (groupes hospitaliers et sociétés de professionnels) couvrent parfois un nombre important d'Etats.

L'organisation du système de santé est fortement fragmentée aux Etats-Unis. Cependant, le gouvernement fédéral et les gouvernements des Etats interviennent pour assurer directement des soins ou fournir une certaine forme d'assurance maladie.

Accès aux soins et assurance maladie

Le gouvernement fédéral est un fournisseur direct de services de santé pour les services de santé de l'armée (par le biais du département de la défense), pour les services de santé des retraités et blessés de l'armée ainsi que leur famille (par le biais du ministère des anciens combattants), pour les indiens natifs (par le biais des services de santé pour les natifs américains), pour les résidents pénitentiaires. Pour ceci, le gouvernement fédéral possède ses propres institutions de soins.

Le gouvernement fédéral assure également une forme d'assurance maladie à l'ensemble des américains de plus de 65 ans, aux citoyens qui ont des problèmes rénaux et à des personnes qui ont certains types de handicaps, au travers d'un programme connu sous le nom de Medicare. Le programme Medicare couvre 39 millions de la population américaine et constitue le plus important système de protection sociale.

Le gouvernement fédéral travaille en partenariat avec les Etats pour assurer une assurance maladie pour les plus démunis au travers d'un programme connu sous le nom de Medicaid. Le programme Medicaid est financé conjointement par le niveau fédéral et les Etats. Medicaid couvre environ 36 millions d'américains incluant les enfants, les personnes âgées, les aveugles, les personnes avec certains handicaps et toute personne éligible à ce programme. Medicaid est financé à partir des impôts et taxes. La contribution du niveau fédéral au financement du programme Medicaid varie selon les Etats de 50% à 75%.

Au total, l'assurance maladie publique couvre environ 30% de la population ce qui signifie que 70% de la population est couverte par une assurance maladie privée.

Le département de la santé et des services sociaux (*US Department of Health and Human Services-DHHS*) est l'organe fédéral principal en charge de la protection de la santé de l'ensemble des citoyens américains et de la mise à disposition des services sociaux essentiels, spécialement pour ceux qui ne peuvent subvenir à leurs besoins de base. Le budget du DHHS est déterminé par le congrès américain et s'élevait en 2001 à 429 milliards de dollars (à peu près équivalent en euro).

L'offre de soins

En 1995, il y avait 6 911 hôpitaux aux Etats-Unis. Cela représente environ un million de lits d'hôpitaux, 33,3 millions d'entrées et 483,2 millions de consultations. 60% des hôpitaux sont des hôpitaux privés sans but lucratif et ce qui correspond à 70% des lits. Les hôpitaux privés à but lucratif représentent 14% des établissements et 12% des lits. Les hôpitaux publics des Etats représentent 26% des établissements et 18% des lits. Les hôpitaux fédéraux ne représentent que 299 établissements au total et 77 700 lits.

En 1995, il y a eu environ 734,5 millions de consultations de médecins de ville. Avec le développement de la médecine ambulatoire, les médecins de ville se regroupent et forment des centres médicaux et toujours en 1995, il y avait 20 000 groupes de médecins soit plus de 210 000 médecins au total. Le développement des Managed Care organizations et l'intégration verticale des services dans le cadre de ce que l'on appelle les «*integrated delivery health care*» ont participé au développement de ces groupes de médecins qui cherchaient alors à améliorer leur pouvoir de négociation vis-à-vis des financeurs et à renforcer leur place dans le dispositif de soins vis-à-vis du secteur hospitalier.

2 OBJECTIFS ET STRATEGIES VERTICAUX ET TRANSVERSAUX

Les politiques de santé et la décision publique sont intriquées dans un système politique complexe. Par conséquent, il n'existe pas de programme de santé fédéral clair et les politiques de santé s'adressent au système de santé et ne correspondent pas à une démarche globale de santé publique. Nous présentons dans cette partie les programmes fédéraux d'assurance maladie et les objectifs associés. Dans un deuxième temps, nous présentons la réforme du système de santé mise en place dans l'Etat d'Oregon.

2.1 PROGRAMMES FEDERAUX D'ASSURANCE MALADIE : MEDICARE ET MEDICAID

2.1.1 MEDICAID

Medicaid fut introduit par la loi le 30 juillet 1965. Appelé titre XIX de la loi de sécurité sociale, ce programme s'est inscrit dans les mesures prises par l'Etat fédéral pour améliorer le bien-être de la population. Medicaid, en tant que programme social ne définit pas clairement les conditions d'éligibilité, mais définit des principes directeurs.

Au sein du programme Medicaid, chaque Etat définit 4 lignes directrices

- Critères d'éligibilité des critères minimaux sont fixés par le niveau fédéral, mais chaque Etat peut décider de les élargir
- Type, montant, durée et étendue des services
- Taux de financement des services
- Administration du programme.

C'est pourquoi, le programme Medicaid varie d'un Etat à l'autre et évolue considérablement dans le temps. Cependant, pour pouvoir bénéficier des financements fédéraux les programmes Medicaid des

Etats doivent assurer le financement d'un certain nombre de services de santé aux personnes éligibles ☐ soins hospitaliers ☐ soins ambulatoires ☐ consultations médicales ☐ soins dentaires médicaux et chirurgicaux ☐ soins infirmiers ☐ soins à domicile ☐ services familiaux ☐ services de santé ruraux ☐ services des laboratoires d'analyse et d'imagerie ☐ infirmière pédiatrique ☐ centres médicaux de santé et autres services ambulatoires ☐ les services de maïeutique ☐ dépistage précoce et régulier pour les moins de 21 ans.

2.1.2 MEDICARE

Le programme Medicare a été mis en place pour améliorer l'accessibilité des soins à l'ensemble de la population. Medicare est dédié spécifiquement à l'ensemble des américains de plus de 65 ans, ou ayant certains handicaps ou présentant des troubles rénaux graves. Medicare comporte trois axes ☐ Medicare partie A correspond à la sécurité sociale (*Social Health insurance*), Medicare partie B qui correspond à l'assurance maladie volontaire (*Voluntary health insurance*), Medicare partie C (*Medicare plus choice*) qui est facultative et pour laquelle les personnes choisissent de verser une cotisation complémentaire afin de bénéficier de prestations supplémentaires.

Medicare partie A est financé par le niveau fédéral pour sa totalité. Medicare partie B et C est financé par les cotisations volontaires des individus et le niveau fédéral. Les fonds alloués par le niveau fédéral proviennent d'un impôt spécifique «*Old-age, Survivors and Disability Insurance*» (*OASDI*). En ce qui concerne Medicare, le gouvernement fédéral est responsable de la planification, du financement et du suivi de l'offre de soins. Chaque Etat doit être en mesure d'assurer à chacun des bénéficiaires l'offre de soins dont il a besoin.

2.1.3 L'ADMINISTRATION DE LA SECURITE SOCIALE

Le financement des programmes Medicare et Medicaid est réalisé par le biais de la Sécurité Sociale (*Social security administration*). La Sécurité sociale est gérée par le niveau fédéral et possède 1500 bureaux régionaux et centres de télétransmission. La Sécurité sociale a quatre objectifs majeurs tels que présentés dans le tableau ci-dessous pour la période 2003-2008.

La stratégie de la Sécurité sociale est fondée sur des projections démographiques et épidémiologiques, sur les évolutions technologiques et sur les évolutions du marché du travail, des compétences et qualifications requises.

Buts	Objectifs	Résultats attendus
Service ☐ Offrir des soins de bonne qualité centré autour de la notion de citoyen.	Prendre la bonne décision le plus tôt possible concernant le handicap afin d'améliorer l'intégration des personnes handicapées par le travail.	Réduire significativement le délai d'obtention d'une réponse favorable ou non à l'éligibilité du programme Medicare. Traiter l'ensemble des demandes et réclamations en retard. Augmenter de 50% le nombre de personnes handicapées retrouvant un emploi. ...
Administration ☐ assurer une meilleure administration et une meilleure gestion du programme Medicare.	Prévenir les fraudes et les erreurs de paiements et améliorer la gestion de la dette. Améliorer la précision des mouvements financiers. Améliorer la protection des numéros de sécurité sociale. Gérer de manière efficiente les	Atteindre une précision de 96% pour l'enregistrement des paiements. Améliorer la productivité de 2% par an en moyenne. ...

	actifs et passifs de la sécurité sociale.	
Solvabilité □ atteindre la solvabilité et répondre aux besoins des générations présentes et futures.	L'éducation et la recherche constituent les éléments permettant d'assurer la solvabilité du système et sa réactivité.	Mettre en œuvre une réforme permettant d'atteindre une solvabilité à long terme
Professionnels □ mieux gérer les professionnels de santé.	Recruter, former et fidéliser des professionnels de qualité.	Mettre en œuvre un nouveau système de management de la performance. Assurer un enrichissement des emplois et la formation continue.

Relations entre le niveau fédéral et les Etats

L'autorité fédérale et celle des Etats en matière de santé se caractérisent par des zones de coopération et des zones de conflits. Il y a coopération dans le processus de définition des régions sous dotées en services de soins. L'Etat définit la zone géographique qui peut prétendre à une qualification en zone sous dotée (*Health professions shortage area*). L'Etat soumet alors sa demande de qualification à l'approbation du *US Department of health and human services* afin d'obtenir des fonds spécifiques utilisés pour attirer les professionnels dans la zone. Environ 25 programmes fédéraux existent à l'heure actuelle dans le cadre des *Health professions shortage area*.

En revanche, il y a parfois conflit entre les orientations du niveau fédéral et celles des Etats. Ainsi, le cas des retraites (*Employee Retirement Income Security Act - ERISA*) conduit à des antinomies entre les deux systèmes. La législation votée en 1974 pour protéger les plans de pension des salariés de la faillite a centralisé au niveau fédéral les financements de la retraite. Une conséquence inattendue de ce programme fut de permettre à un employeur dans un Etat donné de mettre en place son propre plan «*Self-funded health benefits plan*» qui lui permet d'utiliser ses propres ressources pour assurer ses salariés. Ainsi, ERISA permet de contourner la législation des Etats pour se subordonner uniquement à celle du niveau fédéral. Ainsi, les self-funded plan qui contractent avec des HMO pour fournir certaines prestations de soins à leurs employés ne sont soumis à aucune autorité des Etats.

En clair, les Etats qui tentent de réduire les problèmes d'accessibilité des services, d'équité et d'égalité sociale ne peuvent forcer les self-funded plans à participer aux stratégies mises en œuvre ce qui limite sérieusement l'efficacité des réformes des politiques de santé dans les Etats.

Les relations entre les Etats et les *Managed Care organizations*

L'hôpital est la ressource clef du système de soins. Ses fonctions principales sont la prise en charge des patients, la formation des professionnels et la recherche. Les hôpitaux ont un rôle dual dû à leur obligation de soins et à leur contrainte de gestion. Les hôpitaux constituent la plus vaste industrie des Etats-Unis en termes de consommation de ressources financières et humaines.

Le secteur hospitalier public doit faire face à l'heure actuelle à une difficulté à répondre à l'ensemble de la demande. La mise en place des programmes Medicaid et Medicare avait pour objectif de déporter la demande des personnes âgées et des plus démunis vers des «*providers*» privés afin de désengorger les hôpitaux publics. Dans les faits, le secteur privé n'a pas véritablement pris le relais ceci pour plusieurs raisons □ une réticence à prendre en charge les plus démunis et les personnes âgées qui sont des cas plus lourds, et un manque de professionnels pour répondre là encore à la recrudescence de la demande.

Le secteur privé hospitalier quant à lui recouvre de nombreuses réalités différentes. Le groupement privé majeur est la *Hospital Corporation of America (HCA)*. HCA est un groupe privé qui détient 170 hôpitaux dont 166 sont des hôpitaux de court séjour généraux. HCA détient aussi 78 centres de chirurgie ambulatoire. Ce groupe est présent dans 22 Etats, en Angleterre et en Suisse. Ce groupe

négoce avec les compagnies d'assurance privées et publiques (Medicaid et Medicare) pour un ensemble de prises en charge dont les tarifs sont fixés soit à l'aide des *Diagnostic Relative Groups* (dans le cas de Medicare et Medicaid) soit à l'aide d'outils de calcul des coûts développés par les assurances et les hôpitaux eux-mêmes.

Là encore, on constate que ces groupements qui établissent des coopérations et forment des *Managed Care Organizations* ont un pouvoir important et transcendent les législations des Etats.

2.2 REFORME DU SYSTEME DE SANTE EN OREGON

Le plan de santé de l'Oregon (*Oregon Health Plan - OHP*) est un plan de santé qui concerne la déclinaison nationale du programme fédéral Medicaid. Nous avons vu plus haut que chaque Etat doit définir ses critères d'éligibilité au programme, le type, le montant, la durée et l'étendue des services, le taux de financement des services et les modalités d'administration du programme. C'est dans le cadre de la définition de ces paramètres qu'en 1987, l'Etat d'Oregon a choisi de supprimer la prise en charge des transplantations (foies, pancréas, cœur et moelle épinière) du programme Medicaid et a étendu la couverture globale du programme à 1 000 femmes et enfants. Cette suppression concernait 34 personnes selon les estimations de l'administration. La couverture médiatique et les réactions du public, au départ très discrètes, devinrent plus actives après le premier décès lié à la nouvelle législation. De nombreuses initiatives pour rassembler des fonds privés furent prises et un mouvement de boycott de dons d'organes fut organisé par des personnes financièrement défavorisées⁸.

Jusqu'alors, les modifications apportées par les Etats aux programmes Medicaid ne concernaient que les critères d'éligibilité et le montant des remboursements. Ici, avec cette réforme, l'Oregon modifiait l'envergure du panier de soins couverts et amorçait une réflexion sur les priorités en matière de soins avec la volonté d'augmenter le taux de couverture de la population.

La définition de liste des priorités de santé est réalisée par la commission des services de santé (*Health services Commission*). Cette commission est composée de 11 membres : 5 médecins, 4 représentants d'usagers, une infirmière de santé publique et un travailleur social. La commission travaille avec un ensemble de comités et de groupes de travail dont les paramètres varient en fonction des thèmes.

8 principes de base sont définis

- Accès universel à un niveau de soins de base
- La société est responsable du financement des soins pour les plus pauvres
- Il faut établir un processus de définition du niveau de soins de base
- Cette procédure doit être fondée sur des critères débattus publiquement qui reflètent un consensus des valeurs sociales et considèrent le bien de la société dans sa globalité
- Le système de prestation des soins devrait encourager l'usage de services efficaces et appropriés et décourager la surconsommation
- Le système de soins est un facteur important déterminant la santé et son financement doit tenir compte des autres programmes qui influencent également la santé
- Le financement doit être explicite et être assuré d'une certaine pérennité économique
- Il doit être clairement rendu compte des conséquences des décisions de financement sur l'allocation des ressources et la santé des personnes.

À partir de 1989, plusieurs projets de loi ont été votés et ont fondamentalement modifié le système de santé de l'Oregon. En plus de l'extension du programme Medicaid, la réforme a organisé l'accès à une couverture des soins aux personnes qui en étaient exclues en raison de leur état de santé et l'assistance

⁸ Association Internationale de la Mutualité, *Priorités et choix en matière de soins de santé, expériences et études menées dans quelques pays*, octobre 1999, 56p.

aux petits employeurs (2 à 50 employés) afin qu'ils puissent offrir le paquet de base à leurs travailleurs l'assistance à ceux qui bénéficient d'un revenu trop élevé pour être concerné par le système Medicaid mais qui doivent faire face à des coûts de santé prohibitifs.

Procédure de définition des priorités du système de soins

La définition de liste limitative de prestations est le résultat d'une longue procédure qui fait intervenir des représentants de la plupart des acteurs de la santé ainsi que de nombreux concepts et valeurs débattus publiquement. Les modalités de définition des priorités ont évolué au fur et à mesure. Cette liste est révisée tous les deux ans. Les méthodes évoluent elles aussi au fur et à mesure des difficultés rencontrées.

La première liste réalisée en Mai 1990 comportait plus de 1600 paires conditions/traitements classées par ordre décroissant d'importance. Le classement reposait sur une analyse coût-bénéfice dont certains éléments étaient issus de la consultation de la population. La formule utilisée pour déterminer la liste de priorités était constituée de 3 éléments le coût du traitement, l'amélioration de la qualité de vie (QWB) et la durée probable de l'amélioration due au traitement (DB) déterminée sur l'intervalle de 5 années par un panel de médecins spécialistes. L'opinion de la population fut prise en compte dans les 3 domaines. Le caractère indésirable des différents symptômes associés aux diagnostics fut déterminé au moyen d'une enquête réalisée auprès de 1001 citoyens. Ensuite 47 rencontres publiques furent organisées afin d'évaluer 9 grandes catégories de services. Chacun des services devant être classé dans trois groupes en fonction de son caractère «*essentiel*», «*très important*» ou «*important*». Pour terminer, 7 auditions publiques furent organisées à propos de chaque service spécifique.

La seconde liste réalisée en 1991 a été réalisée avec deux méthodes de travail en concomitance. Deux sous-commission ont été définies avec la première en charge de définir les priorités par une approche consensuelle et la seconde en charge de définir les priorités par une approche coût/utilité. Le point de départ consista à établir une liste de 17 catégories de services affectées à trois groupes en fonction de trois critères spécifiques les services essentiels, les services très importants et les services dont la valeur est inhérente à l'individu. Dans un deuxième temps, la durée du bénéfice du traitement et son coût furent incorporés. En dernier lieu, les valeurs défendues par la population lors des consultations ainsi que les positions consensuelles des membres de la commission permirent d'établir le classement final.

En 1992, **la troisième liste** est réalisée avec une suppression totale du recours au score QWB. Le classement des paires fut revu en utilisant comme premier critère la capacité du traitement à faire passer le patient d'un état de santé présentant des symptômes à un état de santé sans symptômes. En application du second critère, les traitements qui présentaient le coût moyen le moins élevé recevaient un meilleur rang. Pour terminer, la commission a affiné son classement en se conformant à certains principes qui visaient à favoriser les traitements préventifs et les soins en maternité, de confort et des services de planning familial et en diminuant le rang des «*self-limited conditions*», soins cosmétiques et traitements de l'infertilité. La commission demanda ensuite l'avis de la population afin de confirmer la liste. Une ligne qui concernait le traitement du SIDA en phase finale fut supprimée en raison des effets qu'elle pouvait avoir sur le moral du patient mais aussi sur son statut social.

La quatrième liste de priorités définie en 1993 modifie les critères précédents en excluant les références aux symptômes et les traitements contre l'infertilité. Sur cette base, le plan de réforme est adopté pour une période de 5 ans et commence le 1^{er} février 1994. En 1998, ce programme a été étendu pour une période de 3 ans. À partir de 1995, des mesures furent prises afin de contenir les coûts du programme. C'est ainsi que les étudiants plein temps en furent exclus et que, en juillet 1995, la liste couverte fut réduite de 25 lignes (de 606 à 581) de manière à maintenir constant le coût moyen par personne bénéficiaire, ce qui fut approuvé le 1^{er} janvier 1996. Le 1^{er} juillet 1996, l'Etat exigeait une nouvelle réduction de la liste jusqu'à la paire 574. Un accord tomba le 1^{er} janvier 1997 pour limiter la couverture à la ligne 578.

La révision biannuelle de 1997, approuvée le 9 mars 1998, eut pour effet une modification du panier de services et de la liste couverte. Des soins dentaires et contre la mononucléose furent éliminés de la

couverture alors que d'autres tels le traitement chirurgical d'un pied bot chez les enfants et les formations en vue de cesser de fumer furent introduits dans la liste. Le 1^{er} mai 1998, l'aide d'un médecin auprès d'un malade en fin de vie fut introduite dans la paquet de base du plan.

La dernière liste en cours actuellement a été mise en service au 1^{er} janvier 2003. Celle-ci contient 730 paires maladie/traitement. Chaque paire est décrite par un code en fonction des services considérés. Les maladies sont codées à l'aide de la classification internationale des maladies et les traitements sont codés à l'aide de la classification américaines des actes. La méthode de classification est sensiblement la même que la précédente. Les modifications résultent de la prise en compte du progrès technologique et la rectification d'erreurs éventuelles décelées.

2.3 POINT DE VUE

La politique de santé américaine est essentiellement tournée vers les systèmes de santé. De plus, la fragmentation du système de santé conduit à un manque de coordination important et parfois même des antagonismes entre des mesures prises au niveau fédéral, au niveau des Etats et au niveau des groupes financiers, hospitaliers et de professionnels. Cette situation conduit à certains échecs du gouvernement⁹ lorsque notamment celui-ci prend des mesures qui vont à l'encontre des lois du marché. Ceci conduit donc à une vision relativement court terme de la politique de santé, couplée avec des problématiques économiques très fortes, car appuyées par des groupes de pressions puissants.

En ce qui concerne le plan de l'Oregon, les critiques formulées concernent la vision utilitariste et collective de la définition des priorités de santé. Cette approche vise la maximisation du bénéfice du traitement pour l'ensemble de la société même si un individu doit en souffrir. Il n'y a donc pas de place pour une composante individuelle. Ceci relègue alors le financement individuel exclu à la solidarité privée. S'ajoute à ce type de critique, les critiques concernant les méthodes de calcul en elles-mêmes. En effet, les spécialistes ont critiqué les méthodes de calcul des coûts basés parfois sur la journée d'hospitalisation ou sur l'entrée.

⁹ Folland et al., 2001.

FINLANDE

1 CONTEXTE

La Finlande couvre une superficie de 337 010 km² carrés, ce qui en fait le 7^e pays d'Europe en terme de superficie. La population est de 5,2 millions d'habitants, soit une densité moyenne de 15,3 habitants par km². 65 % de la population vit dans les zones urbaines. 14 % de la population est âgée de plus de 65 ans et 19 % de la population a moins de 15 ans. Le ratio de dépendance est de 50 %.

Le pays est divisé en 12 régions et en 448 municipalités. Le système politique finlandais est fortement décentralisé, avec une autonomie des municipalités qui s'est accrue depuis 1983. Les régions ne sont qu'un simple échelon administratif. Les principaux de l'organisation administrative sont les niveaux national et local.

La Finlande a connu une crise économique profonde au début des années 90. Entre 1990 et 1999, l'activité économique a diminué de 15 %, et le taux de chômage est passé de 3,5 % à 19 %. L'Etat a dû s'endetter pour financer l'activité du secteur public. L'économie des municipalités en a été affectée à des degrés divers. En 1994, la Finlande est sortie de la crise. La croissance annuelle du PIB est d'environ 5 %, et la dette de l'Etat a diminué. En 2000, le taux de chômage est tombé à 10 %. La situation économique générale dans les municipalités s'est également améliorée, bien que des disparités persistent.

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ETAT

La Finlande est une république indépendante depuis 1917. Le Président est élu au suffrage universel pour une période de six ans. Le gouvernement est traditionnellement formé d'une coalition. Les membres du Parlement, formé d'une assemblée unique, sont élus pour quatre ans au suffrage universel. Le système de santé finlandais est fortement décentralisé. En Finlande, les municipalités sont les principales responsables des services «de base» tels l'éducation et les services sanitaires et sociaux.

La Finlande est divisée en 448 municipalités, allant de moins de 1000 habitants à 500000 habitants, la population moyenne étant de 11000 habitants. 75% des municipalités ont moins de 10000 habitants et 20% en ont moins de 2000.

Le pouvoir décisionnel appartient au conseil municipal, élu tous les quatre ans par les habitants de la municipalité. Le conseil désigne un conseil d'administration ainsi que les membres des comités, notamment du comité de santé, celui des services sociaux, de l'éducation, des infrastructures techniques.

1.2 POINTS CLES DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé est principalement financé par l'impôt prélevé par l'Etat et les municipalités prélèvent des impôts. En 1999, 43% du système est financé par les municipalités, 18% par l'Etat, 24% par des financements privés (principalement ceux des ménages) et 15 % par l'assurance maladie. L'assurance maladie est principalement financée par les cotisations des employeurs et des salariés. Elle est dirigée par l'Institution de l'Assurance Sociale (elle-même sous l'autorité du Parlement), qui

dispose de 400 caisses locales réparties dans le pays. Bien que ce soit le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé qui prépare la législation de l'assurance sociale, l'Institution de l'Assurance Sociale est une institution distincte du ministère.

Les municipalités se regroupent souvent pour constituer des pôles de santé appelés centre de santé. Avant 1993, les centres de santé offraient gratuitement leurs services. Depuis, les patients supportent une partie des coûts de santé selon deux mécanismes. Ils s'acquittent d'un forfait annuel de 20,20 euros, destinés à couvrir les soins reçus dans les 12 mois qui suivent la date de paiement, Ils contribuent d'autre part à l'acte médical à hauteur de 10,10 euros maximum, et ce dans la limite de trois actes dans l'année, au-delà desquels les prestations sont gratuites. Les soins pour les moins de 15 ans ainsi que la médecine préventive sont gratuits.

Le pays est divisé en 20 districts hospitaliers, qui assurent une offre de soins spécialisés et qui coordonnent cette offre au sein du district. La zone de couverture de l'hôpital est de 70 000 à 800 000 habitants. Chaque municipalité doit être rattachée à un hôpital de district.

Le secteur privé concerne principalement les soins en consultation externe et prédomine dans les grandes villes. Les établissements de kinésithérapie et la médecine de ville constituent l'essentiel de l'offre de soins privée, qui concerne 3 à 4 % des patients.

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION CENTRALE

Le ministère des affaires sociales et de la santé définit les lignes générales de la politique sanitaire et sociale. Le gouvernement décide des priorités nationales générales.

Plusieurs structures sont rattachées au ministère. Le Conseil de Sécurité est chargé de contrôler l'offre des services de santé municipaux. Il a été créé en 1993, après une réforme accentuant l'autonomie de municipalités, afin de garantir l'égalité d'offre de soins entre différents groupes de population et entre municipalités riches et pauvres.

Le Centre National de Recherche et Développement sur l'Action Sociale et la Santé (Stakes) contrôle et évalue l'activité des services sanitaires et sociaux et développe des recherches dans ce champ. L'Autorité Nationale pour les Affaires Médico-Légales traite les questions pénales relatives aux professionnels de santé et à la protection juridique des patients. Il délivre les autorisations d'exercice aux professionnels de santé. L'Agence Nationale du Médicament délivre les autorisations de mise sur le marché pour les produits pharmaceutiques. Elle contrôle la production, l'importation et la vente des médicaments, et diffuse des informations sur les produits pharmaceutiques.

L'Institut National de Santé Publique mène des recherches sur les maladies et leur prévention, notamment sur les maladies transmissibles, les comportements en santé et l'impact de la promotion de la santé. L'Institut Finlandais de la Santé au Travail mène des recherches, propose des stages aux professionnels de la santé et de la sécurité au travail. Il fournit des services de conseil et diffuse une information sur la santé au travail.

2.2 PROVINCES

Il existe cinq provinces (plus les îles d'Aland). Les départements sanitaires et sociaux de chacun des Bureaux d'Etat des provinces sont chargés de promouvoir les objectifs de la politique nationale, en lien avec les municipalités de la province. Ils supervisent l'offre de soins publique et privée, dans les

activités de soins primaires et spécialisés. Les investissements dans les secteurs sanitaire et social sont soumis à leur autorisation.

2.3 MUNICIPALITES

La planification et l'organisation du système de santé sont du ressort du comité de santé, du conseil municipal et du conseil d'administration. Les dirigeants des centres de santé municipaux participent aussi à la planification et à l'organisation des services de santé. En 1999, 38% des municipalités ont fusionné le comité de santé et le comité des services sociaux, dans le but d'améliorer la coordination des services sanitaires et sociaux.

Les municipalités prélèvent des impôts et reçoivent aussi des subventions de l'Etat. En moyenne, les dépenses du secteur sanitaire et social représentent presque 50 % du budget des municipalités, dont 24 à 25 % pour la dépense de santé.

Le système de subventionnement a connu une importante réforme en 1993. Jusqu'en 1993, les subventions étaient allouées de manière rétrospective, en se basant sur les coûts actuels. Le principal critère était la richesse de la municipalité. Les subventions sont spécifiques et ne peuvent être allouées qu'au système de santé. Depuis 1993, les subventions sont allouées de façon prospective et ne sont plus spécifiques. Les critères actuels de calcul du montant sont le nombre d'habitants, la structure d'âge de la population et la morbidité.

2.4 ROLE DES CITOYENS ET USAGERS

Les citoyens jouent un rôle par le biais des élections parlementaires et surtout municipales. Il existe aussi de nombreuses associations de patients, qui peuvent être impliquées dans la planification et la gestion du système de santé, aux niveaux local, régional et national. De nombreuses structures de soins recueillent les opinions et les expériences des usagers.

3 NOUVELLE LOI RELATIVE AUX OBJECTIFS DE SANTE

Le gouvernement finlandais mène actuellement une réforme du système de santé, dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins du patient. Cette réforme concerne plusieurs axes y compris celui de la prévention et de la promotion de la santé, dont le programme de promotion de la santé 2015 se veut l'un des piliers. D'autre part, un objectif primordial de la loi est de réduire de façon significative les listes d'attentes, en définissant des règles et des principes généraux de priorisation au sein de ces listes ainsi que des principes de gestion des listes d'attente. La Finlande dispose en matière de santé d'un plan quadriennal, d'un projet national de santé et d'un programme de santé publique, "santé 2015".

Dans les années 70, une planification nationale quinquennale est instituée dans le champ des soins de santé primaires. La loi sur les soins de santé primaires oblige les municipalités à assurer une offre de soins primaires.

En 1999, le plan national est remplacé par le Plan Opérationnel pour l'Action Sociale et la Santé. C'est un programme d'action sociale et de santé que chaque gouvernement nouvellement nommé établit pour sa période de fonction (soit quatre ans). Le premier Plan Opérationnel pour la période de 2000 à 2003 a été établi en 1999. Il met l'accent sur la prévention et sur l'importance de la coopération entre les différents secteurs et entre les municipalités.

3.1 PROJET NATIONAL DE SANTE

L'offre de soins est sous la responsabilité des municipalités, tandis que l'état est responsable de superviser la politique de santé et le cadre opérationnel général. En réponse à une accessibilité jugée insuffisante, le Conseil d'Etat initie en septembre 2001 un projet national dont l'objectif est d'assurer la disponibilité, la qualité et la quantité de l'offre de soins, en se basant sur les besoins en santé de la population.

Le projet comporte six volets: système de santé primaire et prévention, assurer l'accès aux soins, assurer l'offre et la qualification du personnel, reformer les fonctions et les structures, augmenter le financement du système de soins et implémenter les propositions pour le projet. Le programme de promotion de la santé 2015 est l'un des axes du volet prévention.

En ce qui concerne la qualification du personnel, le projet prévoit un projet de formation en management pour les dirigeants d'hôpitaux et de centres de santé, ainsi que la mise en place d'une nouvelle législation qui rendra la formation médicale continue obligatoire. Celle-ci durera de 3 à 10 jours par an, et sera financée par l'employeur. Elle a pour objectif, entre autres, de permettre la diffusion des recommandations cliniques et de *Evidence Based Medicine*. La réforme des structures se traduira par la concentration de certaines opérations dans de grands hôpitaux.

L'augmentation des financements s'élèvera à environ 700 millions d'euros par an supplémentaires, durant les quatre années du projet. Le volet accès aux soins concerne les listes d'attentes et la gestion de ces listes.

Les objectifs sont "la régulation par 3":

L'accès à un médecin de centre de soins primaires dans les 3 jours qui suivent la demande.

L'accès à un spécialiste ou aux services de santé secondaires dans un délai de 3 semaines

L'accès à un traitement médicalement justifié, dans une période raisonnable, spécifié par les recommandations nationales ou basée sur l'évidence, soit un délai compris entre 3 et 6 mois maximum.

3.2 PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE

Le gouvernement finlandais a aussi mis en place un programme de promotion de la santé, en mai 2001. Le programme Santé 2015 définit les objectifs pour la politique nationale de santé pour les 15 prochaines années. Ce programme se base sur la stratégie de «*La santé pour tous*» de l'OMS, révisée en 98. Il perpétue la stratégie finlandaise de santé pour tous établie en 2000.

Le programme établit huit objectifs de santé publique et les résultats souhaités aux différents âges de la vie. Il distingue des objectifs pour différentes classes d'âge et des objectifs pour tous. Il préconise aussi 36 stratégies d'actions, incluant des recommandations.

Les objectifs par classes d'âge sont les suivants

- Augmenter le bien être et la santé de l'enfant, ainsi que les symptômes et les maladies psychologiques.
- Ramener à 15 % le taux de jeunes fumeurs âgés de 16 à 18 ans et traiter les addictologies chez les jeunes afin de revenir à la situation et aux taux qui prévalaient au début des années 1990.
- Diminuer d'un tiers le nombre d'accidents et de morts violentes parmi les jeunes adultes.
- Améliorer les capacités de travail et les conditions de travail de la population active. L'âge de la retraite sera reculé de trois ans.
- Continuer d'améliorer les capacités fonctionnelles des plus de 75 ans, au même rythme que les 20 dernières années.

Les objectifs pour tous sont□

- Augmenter de 2 ans le nombre d'années de vie en bonne santé (par rapport à l'année 2000).
- Préserver le niveau de satisfaction des usagers finlandais relativement au système de soins, à son accessibilité et à l'impact de l'environnement sur leur santé.
- Réduire les inégalités et améliorer le statut social des groupes précaires. L'objectif est de réduire les différences de mortalité entre les différents groupes de population d'un cinquième.

3.3 METHODES DE DEFINITION DES OBJECTIFS

3.3.1 PLAN QUADRIENNAL

Le Plan Opérationnel pour l'Action Sociale et la Santé est un programme d'action sociale et de santé que chaque gouvernement nouvellement nommé établit pour sa période de fonction (soit quatre ans). Le plan est mis en place par **des groupes de travail composés de représentants du ministère des affaires sociales et de la santé, de l'Association finlandaise des Autorités locales et régionales, d'organisations non gouvernementales, de professionnels de la santé et d'employés du secteur sanitaire.**

Le gouvernement rend compte tous les deux ans au Parlement de l'avancée du plan, sur la base d'un rapport sur la santé décrivant l'état de santé de la population et les développements souhaitables en matière de santé publique et de protection sociale. Ce rapport a pour objectif de définir les orientations prioritaires qui seront ensuite retenues dans le cadre du programme politique du gouvernement. Ces axes prioritaires sont souvent accompagnés de propositions de mesures concrètes.

Les priorités énoncées dans le rapport du gouvernement sont ensuite discutées par le **Comité des affaires sociales et de santé du Parlement**. Le financement des actions définies dans le cadre du plan est décidé annuellement, sur le budget national.

3.3.2 PROJET NATIONAL DE SANTE

Un groupe de pilotage du projet, nommé par le ministère de la santé, est établi en septembre 2001. Les différents groupes de travail soumettent des propositions pour la future loi de réforme du système de santé, et assurent la mise en oeuvre et le suivi des réformes. Sur la base de ces propositions, le Conseil d'Etat édicte en avril 2002 une «**décision de principe pour assurer le futur du système de soins**□. L'objectif final de la loi est de permettre au patient l'accès le plus rapide possible au système de soins et la suppression des listes d'attentes.

Une évaluation de ces listes d'attentes a été effectuée, dans différents services (soins spécialisés, endoprothèse chirurgicale, ophtalmologie). L'évaluation a consisté à analyser le nombre réel de patients sur les listes d'attentes, après élimination "des âmes perdues", et à estimer le budget nécessaire à la suppression de ces listes.

La finalité de ce travail est de formuler des principes généraux concernant l'accès au traitement, des principes pour évaluer le besoin en traitement ainsi que des principes de management des listes d'attentes.

Ainsi seront produites des recommandations sur l'élaboration d'une liste d'attente, afin de pouvoir comparer ensuite les listes d'attente, et des recommandations sur la législation nécessaire. Un des modes de gestion des listes d'attentes sera la création d'un nouveau système informatique, qui permettra au patient de voir lui-même la taille de la liste d'attente.

Le groupe de travail sur les listes d'attentes est nommé pour un an et demi. Ce groupe est constitué d'un professeur de santé publique, de juristes, d'infirmières du secteur primaire et secondaire, d'un professeur en ophtalmologie en raison de l'importance des listes d'attente dans ce secteur, de médecins généralistes, d'un informaticien, de représentants des municipalités et de représentants de patients.

Le projet est divisé en sous-projets, avec des responsables pour chaque sous-projet. Le travail est mené en réseaux avec les municipalités, les universités, les hôpitaux, les médecins, le ministère de l'éducation, les syndicats.

Différents séminaires ont été menés, sur l'informatique et la gestion des dossiers informatiques des patients, afin d'obtenir une description la plus véridique des listes d'attentes sur la législation et le droit au soin enfin un séminaire avec la participation de groupes de patients et de citoyens. Celui-ci sera complété par une grande enquête auprès des groupes de patients et militants pour les droits de l'homme, afin de recueillir leurs avis sur la résolution du problème des listes d'attente.

3.3.3 PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE

Le programme Santé 2015 a été préparé par le Conseil de Santé Publique, établi par le gouvernement. Il confirme la politique de santé menée jusqu'alors. Les principales différences résident dans la définition de «*Targets quantitative*» (la Finlande énonçait jusqu'alors des objectifs et buts plus généraux), ainsi que dans la définition d'indicateurs d'évaluation d'impact. Le programme se base sur l'analyse de la situation sanitaire en Finlande.

Le conseil est composé d'experts. Il est divisé en deux sections, une transversale, qui travaille avec les autres ministères (agriculture, éducation, communications, justice), et une section municipale, qui travaille avec les représentants des municipalités, avec comme objectif que chacun des membres de cette section s'approprie à son niveau les objectifs et *health targets* établis.

Le processus est basé sur des analyses, la consultation d'experts, des séminaires et des groupes de travail. La consultation a été assez large, mais le processus final restreint aux experts.

3.4 POINT DE VUE

La mise en place de cette réforme et du programme de santé publique se heurte à des difficultés liées à la fois à la structure administrative très décentralisée de la Finlande et au champ d'intervention.

Les difficultés liées à la structure administrative

La santé publique, la protection sociale maladie et la distribution des soins étant totalement décentralisées, ce sont les municipalités qui répondent de l'exécution des services de santé, soit seules, soit au sein d'associations intercommunales. Elles ne sont qu'incitées à modifier leurs plans de santé pour tenir compte des priorités énoncées au niveau national. Dans le cas du projet national de santé, les municipalités se verront allouer plus de ressources si elles coopèrent plus. Elles doivent ainsi soumettre leurs propositions dans un certain délai si ces propositions ne sont pas satisfaisantes, l'état peut proposer certaines restructurations. Dans le cadre du programme de santé publique, les leviers d'action de l'état sont encore plus faibles, et consistent principalement en la participation des municipalités à l'élaboration des programmes.

Les difficultés liées au champ

L'exercice de priorisation a été considérablement réduit en Finlande, en raison de la largeur du champ médical et de l'importance des facteurs de priorisation. La méthode adoptée est maintenant de se focaliser sur certaines spécialités.

Les difficultés liées à la méthode

Une autre difficulté relative au programme de santé réside dans l'absence de réflexion et définition de véritables processus pour mettre en œuvre les objectifs définis, avec la définition précise des rôles respectifs de l'état et des municipalités. Il en résulte un manque d'intérêt et d'engagement.

Il semble par ailleurs que dans le contexte actuel, le programme soit éclipsé par le projet de réforme du système de soins, à la fois auprès des professionnels de santé et dans l'agenda politique.

ITALIE

1 CONTEXTE

L'Italie est un pays dont la densité de population est plus élevée que la moyenne européenne (116,1). Ce pays a le taux de moins de 20 ans le plus faible de la communauté et le taux de plus de 65 ans le plus élevé. Les taux de mortalité sont élevés mais avec une bonne espérance de vie. Le PIB par habitant est légèrement inférieur à la moyenne européenne. On y trouve environ 6 médecins pour 1000 habitants ce qui est le taux le plus fort des pays de la communauté.

L'Italie a amorcé un processus de décentralisation au cours des années 50. Dans le champ de la santé, cette décentralisation s'est accrue par la réforme de la législation en 1992 et la réforme de 1997. Ainsi les régions disposent d'une autonomie forte en matière de régulation, de planification, d'organisation et de financement de l'offre de soins. Par conséquent, les régions sont à même de définir leurs propres objectifs de santé dans la mesure où ceux-ci s'inscrivent dans les objectifs nationaux du système de santé italien.

La population italienne a le choix, pour la prise en charge financière des soins, entre le service national de santé et le système d'assurance privée qui oriente les patients vers les établissements privés. Le secteur privé est relativement indépendant dans la mesure où il n'est pas soumis aux contraintes de régulation de l'activité, ni d'évaluation de celle-ci (accréditation, pratiques cliniques).

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT

Le système politique Italien est basé sur la constitution de 1948. Un référendum politique a aboli la monarchie en 1946. Le système italien est constitué de deux assemblées représentatives. La chambre des députés et le Sénat forme le Parlement bicaméral. Les membres du Parlement sont élus au suffrage universel pour 5 ans. Le Président de la République est élu pour 7 ans par une session commune entre la chambre des députés et le Sénat. Le Premier Ministre et le cabinet des ministres dirigent le gouvernement. Le Premier Ministre est nommé par le Président, nomination qui doit être approuvée par le Parlement. Il est généralement le «*Feder*» du parti qui est largement représenté à la chambre des députés.

La constitution italienne organise administrativement le territoire en 20 régions qui sont très variées en taille (de 25 000 km² pour le Piedmont à 3 000 km² pour la Vallée d'Aoste), en population et en terme de développement économique.

Chaque région est gouvernée par un conseil exécutif et un conseil régional, dont les membres sont élus au suffrage universel. Les 20 régions sont subdivisées en 94 provinces. Chaque province est dirigée par un président et un conseil élus aussi au suffrage universel. De plus, chaque province a un préfet qui est nommé par le gouvernement national pour le représenter.

L'unité de base du gouvernement local est la municipalité. L'Italie en comprend environ 1000, dont beaucoup sont de petits villages avec une forte tradition d'auto-gouvernement indépendant. Un conseil élu pour 4 ans au suffrage universel gouverne chaque municipalité. Les maires de villes de plus de 15 000 habitants sont élus directement.

Le cadre constitutionnel distingue les régions ordinaires des régions ayant un statut spécial. L'Italie en comprend 5 dont l'une est de plus divisée en deux provinces indépendantes et qui bénéficient de droits constitutionnels d'autonomie d'administration. La spécificité de leur statut est due à leur position géographique en bordure, à leur identité distinctive, leur langage spécifique, leurs caractéristiques

démographiques et socio-économiques. Les 15 régions «ordinaires» sont autonomes, mais sur un nombre plus restreints de champs politiques (urbanisme, agriculture, transport), définis par la constitution et par les statuts respectifs de leurs gouvernements autonomes approuvés par de simples lois parlementaires.

Chacune des régions dispose de l'autonomie d'allocation des fonds reçus de l'administration centrale. Cependant, les régions au statut spécial bénéficient d'une autonomie plus étendue à cet égard et reçoivent, de plus, une part plus grande que la moyenne des fonds gouvernementaux. L'autonomie de leurs gouvernements locaux s'étend à l'éducation primaire et secondaire, à la culture et aux arts, aux subventions industrielles, au commerce et à l'agriculture.

L'ensemble des régions a une certaine autonomie fiscale déterminée par les lois nationales. Leurs propres budgets sont complétés par des financements de l'Etat pour leurs fonctions ordinaires. À côté de ce dispositif, les régions possèdent des «Unités Sanitaires» qui ont la possibilité d'emprunter pour financer leurs investissements.

Le processus de décentralisation a commencé au cours des années 1950 pour les régions au statut spécial et a été étendu aux régions «ordinaires» dans le courant des années 1970. Dans le champ de la santé, l'autonomie régionale était auparavant limitée au pouvoir administratif sur la planification et le management des établissements de soins. Cette autonomie a été considérablement accentuée par la réforme de la législation de 1992. Au milieu des années 1990, une politique plus large de transformation de l'Italie en Etat fédéral fut débattue et adoptée. En particulier, en 1997 la réforme «Legge Bassanini» a significativement étendu le pouvoir transféré aux régions au travers du principe de subsidiarité.

Ainsi, la responsabilité des fonctions de régulation, planification et organisation de l'offre de soins est transférée aux régions. Le gouvernement central quant à lui conserve la responsabilité des fonctions telles que l'approbation du plan national de santé, l'allocation des fonds et la définition de recommandations cliniques et des procédures d'accréditation.

La décentralisation progressive du pouvoir politique au cours des années 1990 est conduite en parallèle aujourd'hui de la réforme fiscale mise en œuvre en 2000, qui donnera aux régions une autonomie significative sur les prélèvements fiscaux et une complète autonomie sur l'allocation des fonds.

1.2 POINTS CLEFS DU SYSTEME DE SANTE

Depuis 1978, l'Italie possède un **Service National de Santé** constitué par des **unités sanitaires locales** (*Unità Sanitaria Locale*) dotées d'une large autonomie pour organiser et gérer les divers services de santé appartenant aux régions qu'elles recouvrent. Parallèlement à ce service public existe un secteur privé important.

Le Service National de Santé a pour vocation d'offrir à la population italienne l'ensemble des soins dont elle a besoin. Il est financé par une participation des salariés, de leurs employeurs et des travailleurs indépendants, une taxe spéciale acquittée par les travailleurs indépendants, une somme variable versée par l'Etat.

La **Caisse Nationale de Santé** reçoit ces divers financements et les répartit entre les régions. Celles-ci les redistribuent à leurs unités sanitaires locales sur la base de dépenses engagées antérieurement. La population a le choix entre le service national de santé et le secteur privé. Si le service national de santé est adopté, les dépenses engagées pour les soins primaires et secondaires seront presque totalement prises en charge par celui-ci le ticket modérateur (là où il existe) reste très faible, sauf pour les médicaments dont les prix sont contrôlés et pour lesquels il varie entre 9% et 25% selon le gouvernement en place. Seuls les médicaments inscrits sur une liste définie au plan national peuvent bénéficier d'un remboursement.

Le 1^{er} janvier 1995 entre en application la réforme de 1992 des unités sanitaires locales. Leur nombre passe de 659 à 225. Leurs directeurs sont nommés par la région sur la base de leurs compétences à

administrer une entreprise privée. Les régions collectent désormais directement les cotisations obligatoires et peuvent fixer des taux de cotisations et des tickets modérateurs plus élevés que ceux prévus (dans les limites imposées par la législation).

Une surveillance des résultats des activités des unités sanitaires locales est organisée par un corps d'inspection tant au niveau des régions que du Ministère. À la même époque, de nouvelles règles concernant la participation des usagers au financement entrent en application □ exemption partielle du ticket modérateur pour les enfants de moins de 6 ans et pour les personnes de plus de 65 ans selon le montant du revenu.

La réforme de 1992 autorise les régions à créer des mutuelles et le malade à s'adresser à la structure de son choix. Le nombre de certificats (*bollini*) permettant aux plus démunis d'accéder à des soins gratuits est augmenté.

Le système de santé Italien est organisé sur trois niveaux □ national, régional et local. Le niveau national est garant des objectifs nationaux et principes fondamentaux du système de santé (dignité humaine, équité, protection, solidarité, effectivité et pertinence des activités de soins, efficience économique). Les gouvernements régionaux, au travers des départements de santé régionaux, ont pour fonction d'assurer une offre de soins adaptée aux besoins de la population réalisée par un réseau public et privé d'hôpitaux accrédités.

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION CENTRALE

Le Parlement approuve la loi cadre qui définit les principes généraux d'organisation, de financement et de contrôle du système de santé national.

L'institution principale est le **Ministère de la Santé** qui gère la Caisse Nationale de Santé. Les départements et services du Ministère de la Santé assurent cinq différentes fonctions □

- **La planification de l'offre de soins.** Le département de planification des soins du ministère de la santé définit les objectifs du Système de Santé National au travers du plan national. Le ministère de la santé propose au Trésor Public le montant des dépenses publiques allouées à la santé. De même, la répartition des ressources entre les différents niveaux de soins (hôpitaux, soins de ville) est définie par le ministère de la santé en fonction des besoins de la population présentés dans le rapport national sur la santé de la population.
- **Le financement de l'offre de soins.** Le ministère de la santé gère la Caisse Nationale de Santé et alloue les ressources aux régions. En cohérence avec le système politique fédéral émergent, son rôle de financement est restreint à l'allocation des ressources issues du budget national dont l'objectif est d'assurer une disponibilité uniforme de ressources entre les régions, les régions finançant l'offre de soins complémentaire par leurs propres ressources.
- **Le cadre de régulation.** Le ministère de la santé assure une régulation technique de l'offre de soins dans plusieurs domaines □ management des ressources humaines des institutions du NHS, optimisation de la force de travail au sein du système de santé, promotion de programmes de prévention de portée nationale, promotion de l'hygiène alimentaire.
- **Le contrôle de l'activité.** Le ministère de la santé donne les autorisations d'utilisation des médicaments et des recherches dans le domaine de la santé. Le ministère fixe les objectifs financiers (il ne fixe plus les prix depuis 1992) et définit le cadre général afin de guider les processus. En 1994 fut créé un Comité National Pharmaceutique (CUF-Commissione Unica per il Farmaco) en charge de déterminer les secteurs pharmaceutiques qui doivent être financés publiquement et les modalités de co-paiement à appliquer.

- **La gouvernance générale de l'Institut National de Recherche Scientifique (IRCCS-*Instituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*)**, un réseau de 16 hôpitaux publics et 16 hôpitaux privés. Ces hôpitaux utilisent principalement les fonds publics pour la recherche clinique et l'expérimentation de nouvelles formes organisationnelles de l'offre de soins.

D'autres institutions interviennent dans la définition des politiques de santé. Le **Trésor Public** intervient dans la définition de l'enveloppe budgétaire et dans le contrôle de l'utilisation des ressources. Son rôle s'accroît avec la fusion du ministère de la santé avec d'autres ministères.

La Conférence Permanente sur les relations entre l'Etat, les régions et les provinces autonomes, instaurée en 1988 et constituée de l'ensemble des présidents de régions et représentants du gouvernement central constitue l'entité principale de consultation pour l'ensemble des activités législatives de dimension régionale et participe à la mise en place de collaborations entre les régions et l'Etat et fait ses propres propositions.

Est également mentionné dans le dispositif un ensemble d'institutions dont le rôle spécifique dans les politiques de santé n'est pas précisé : Le conseil de santé national (CSS) ; l'institution nationale de santé (ISS) ; l'institut national de prévention et de sécurité (ISPESL) ; l'agence pour les services de soins régionaux (ASSR) ; le ministère des affaires sociales

2.2 ADMINISTRATION REGIONALE

Le niveau régional a trois fonctions :

- **Fonctions législatives.** Le décret 229/1999 a considérablement accru le pouvoir législatif des régions. Celui-ci est partagé entre le conseil régional et le gouvernement régional. 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 offrant des soins financés par le département régional de santé, et la définition de recommandations techniques et managériales incluant l'évaluation des besoins d'équipements et d'investissements, l'accréditation et le système comptable.
- **Fonctions exécutives.** Les gouvernements régionaux définissent un plan triennal de santé. Ils utilisent ce plan, basé sur le plan national de santé et sur l'évaluation des besoins de la région, pour établir leurs objectifs stratégiques et les initiatives, avec des critères financiers et organisationnels. Les départements régionaux de santé allouent les ressources aux différentes unités, font appliquer les recommandations nationales de pratiques et les procédures d'accréditation.
- **Fonctions d'évaluation et de support technique.** Dans certaines régions, les départements régionaux de santé fournissent un support technique direct aux unités de soins. D'autres régions ont créé une agence régionale responsable de l'évaluation de la qualité et fournissant les supports techniques et scientifiques aux gouvernements régionaux et aux unités de soins. Les agences régionales assurent un support technique aux départements régionaux de santé tout au long du processus de planification pour évaluer les besoins de la population, définir le contenu de l'offre de soins pour répondre à ses besoins et évaluer la qualité des services offerts par les organisations de soins.

2.3 ADMINISTRATION LOCALE

La réforme de 1978 a donné un rôle important aux municipalités qui gèrent les unités locales de soins. Cependant, une série de réformes débutant à la fin des années 1980 transfère le pouvoir du local vers le régional. Quatre catégories d'acteurs locaux existent : les unités locales de santé, les hôpitaux publics, les instituts nationaux de recherche scientifique et les établissements de soins privés

accrédités. Les unités locales de soins évaluent les besoins de santé et fournissent une gamme étendue de soins à une certaine catégorie de population.

2.4 RÔLE DES COMPAGNIES D'ASSURANCE

En 1999, environ 30% de la population est couverte par une compagnie d'assurance privée, mais leur rôle dans le système de santé n'est pas bien connu. La couverture complémentaire permet aux souscripteurs d'être remboursés lorsqu'ils s'adressent à des établissements privés non accrédités qui sont généralement plus accessibles et plus confortables. Le décret de 229/1999 réorganise le système d'assurance complémentaire en établissant un système de fonds supplémentaires garantissant la couverture de services non-inclus dans les prestations du service national de santé.

2.5 RÔLE DES USAGERS

De nombreuses associations d'usagers sont impliquées dans le contrôle de la qualité des soins dispensés par le privé et par le public. Ils n'ont cependant aucun rôle institutionnel dans la planification et le contrôle du système de santé. Leur rôle principal est d'informer leurs membres et le public en général sur la qualité des soins.

3 DEFINITION D'OBJECTIFS NATIONAUX ET REGIONAUX

Le système de santé italien est constitué d'un secteur privé très important est régi par les lois de marché. Ce secteur est relativement autonome en ce qui concerne l'orientation et le financement de son activité.

Il n'y a pas de dispositif propre à la définition de priorités de santé nationales dans le système de santé italien et le concept de priorités de santé n'est pas un concept apparent dans le Plan National de Santé italien. Cependant, en 2003 celui-ci énonce une dizaine de «projets objectifs» qui concernent l'ensemble du dispositif public et privé conventionné de manière à orienter les plans régionaux de santé. Ces objectifs ont un champ relativement étendu : réaliser l'accord sur les niveaux essentiels et appropriés de l'assistance, créer un réseau intégré de services sanitaires et sociaux pour l'assistance aux malades chroniques, aux personnes âgées et aux handicapés, garantir et piloter la qualité de l'assistance sanitaire et des technologies biomédicales, promouvoir les facteurs de développement de la santé, mettre en place une formation permanente de haut niveau en médecine et santé (santé publique), redessiner le réseau hospitalier et redéfinir les nouveaux rôles des Centres d'Excellence (équivalant au CHU) et des autres établissements, développer et améliorer les services d'urgences, promouvoir la recherche biomédicale et biotechnologique ainsi que celle sur les services sanitaires, promouvoir les modes de vie favorables à la santé, la prévention et la communication publique sur la santé publique, promouvoir un usage correct des pharmacies et des pharmacovigilances.

3.1 SCHEMA THEORIQUE DE DEFINITION DES OBJECTIFS

L'allocation des ressources est basée sur le plan national de financement et les objectifs définis par le Plan National de santé. Selon la législation en vigueur, les objectifs, cibles et actions du PNS sont élaborés en tenant compte des propositions élaborées chaque année par les départements régionaux de santé, propositions basées sur l'état de santé de la population et l'offre existante de soins.

Chaque objectif de santé du PNS est développé en un ensemble de cibles, certaines définies en des termes généraux et d'autres de manière très précise à l'aide de normes quantitatives à atteindre par les

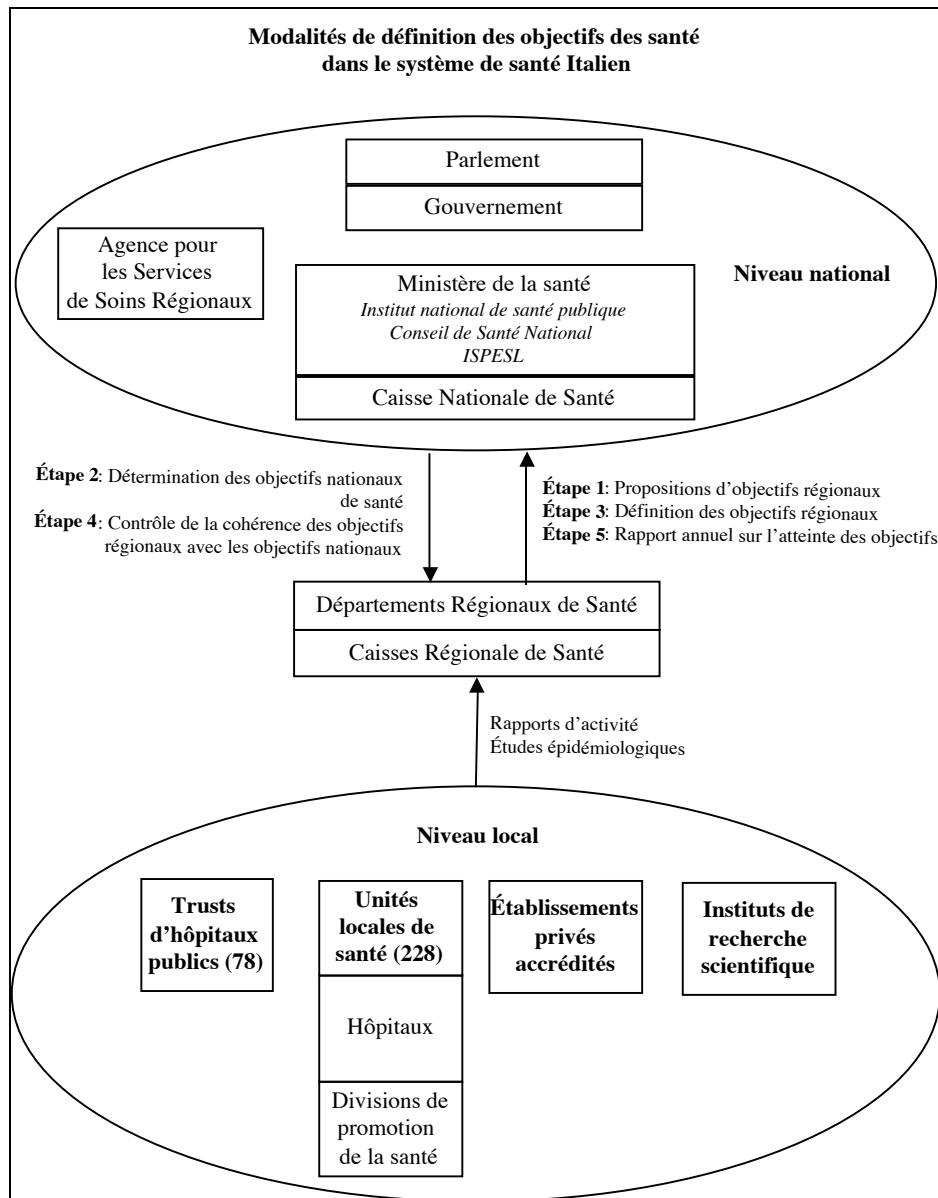
régions. Chaque objectif est associé à des actions qui constituent des interventions prioritaires à inclure dans les plans régionaux et locaux.

Les départements régionaux de santé déclinent les objectifs nationaux au niveau régional selon leur propre agenda politique. Les plans régionaux de santé traduisent les objectifs et cibles en mesures financières et organisationnelles en tenant compte des besoins régionaux évalués par des études épidémiologiques spécifiques. Le processus régional de planification stratégique est formalisé en plan de santé régional et son implémentation effective est contrôlée par le congrès permanent régional pour la santé et la planification sociale.

De plus, les régions doivent rendre compte au gouvernement central de l'atteinte des cibles de santé. Les régions doivent établir un rapport annuel sur le degré d'atteinte des objectifs du plan régional de santé. Ces rapports ont pour objectifs d'aider au pilotage afin d'atteindre les objectifs essentiels du plan national de santé.

Le lien entre le niveau régional et national dans le processus de planification stratégique est garanti par le fait que les régions font des propositions au gouvernement central sur la base des besoins évalués par le niveau local.

Les unités locales assurent l'ensemble des prestations soit directement soit en finançant des hôpitaux publics et privés accrédités. Les activités à mettre en œuvre sont définies par le plan local qui doit être en cohérence avec le plan régional de santé. Selon la réforme de 1999, les unités locales de soin doivent garantir l'égalité d'accès à l'offre de soins, l'efficacité des actions de préventions, de soins et de réinsertion et l'efficience de la production et la distribution des services.



Les critères mobilisés pour définir les objectifs sont l'incidence et la prévalence des maladies. Les objectifs ne sont pas priorisés. Certains budgets sont définis pour des objectifs, mais ces budgets ne sont pas définis en fonction des coûts mais en fonction de l'importance que le gouvernement veut accorder et montrer à l'objectif.

3.2 DECLINAISON EN LOMBARDIE ET MARCHE

Certaines régions, dans le cadre des objectifs nationaux de santé, ont développé des mécanismes intéressants de planification «Bottom up». Ces mécanismes visent à développer la coordination horizontale par la contractualisation entre les organismes sur la base d'engagements réciproques sur un niveau de performance.

La **région de Lombardie** définit les objectifs de santé dans le plan de santé régional 2002-2004. CE plan a fait l'objet d'une approbation par le conseil régional en 2002. Ce plan définit une douzaine d'objectifs de santé tels que la santé mentale, la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer et la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies cardiovasculaires. Ces objectifs régionaux ont été définis par les départements du ministère régional de la santé en collaboration avec la communauté

scientifique et les associations de citoyens. Les associations de citoyens sont impliquées dans les groupes de travail mis en place dans la région. Il en est de même pour les associations d'usagers.

Les critères de choix retenus sont issus des données épidémiologiques concernant la morbidité et la mortalité de la population et des études concernant l'impact social de ces maladies. Les objectifs ne sont pas explicitement hiérarchisés. Le budget est défini pas le conseil régional chaque année et est publié dans le document régional économique et financier. Le budget est prélevé sur l'enveloppe régionale de santé définie par le niveau central.

Les stratégies sont définies par le département de la planification du ministère régional. Les usagers sont impliqués dans les groupes de travail sur la santé mentale, le cancer et les maladies cardiovasculaires. Les critères mobilisés pour déterminer les stratégies combinent les contraintes économiques, politiques, sociales et de santé □ opportunité économique, impact social des maladies, mise à jour technologique, stratégies politiques.

La **région Marche** quant à elle a défini une vingtaine d'objectifs de santé en décembre 2002 tels que □ la formation continue des professionnels de santé, la réduction des dépenses pharmaceutiques et la gouvernance médicale. Les objectifs ont été définis par le conseil régional, les conseils municipaux, les syndicats et les professionnels de santé. Les citoyens ont été interrogés pour connaître leur perception des besoins de santé. Les usagers sont impliqués dans le processus par leur participation à des groupes d'experts. Les critères de choix retenus sont l'équité dans l'accès aux soins, l'efficience et le caractère à propos des services de santé. Les budgets là encore sont prélevés sur le budget régional de santé alloué par le ministère national. Les stratégies de santé sont orientées vers la structure démographique, les taux de morbidité et mortalité, la prévention et l'environnement au travail, la rééducation et réinsertion. Les méthodes employées pour définir les stratégies reposent sur la consultation d'expert. Les stratégies doivent être approuvées par le conseil régional. Les coûts de chaque stratégie sont analysés et des budgets sont alloués *a priori*. Les critères retenus d'allocation budgétaire reposent sur l'importance de la population concernée selon l'âge et le sexe, l'importance de l'impact sur les femmes en âge de procréer, l'orographie du territoire, la concentration industrielle. La nature du contrat qui relie les autorités régionales aux institutions est publique et revêt la forme d'un mandat.

3.3 POINT DE VUE

Le système de santé italien est en pleine réforme avec une décentralisation accrue de la décision en la matière. Le secteur privé est important tant du côté du financement que de l'offre de soins. Par conséquent, les problématiques actuelles italiennes sont plus orientées vers le système de santé avec un gouvernement central n'ayant que très peu de pouvoir pour faire coopérer les régions.

Bien que les objectifs de santé fassent l'objet d'une publicité importante, leur définition est un exercice difficile en Italie qui n'apporte pas de résultats probants. Le système ternaire (local, régional et national) rend la chaîne des priorités difficiles à mettre en œuvre. La définition de priorités est considérée comme un exercice «poétique» face aux contraintes économiques.

La définition des stratégies au niveau local repose sur des négociations politiques et économiques et non sur la logique des priorités de santé. La définition d'objectifs nationaux de santé a un impact très limité qui diminue au fur et à mesure que les régions acquièrent une autonomie financière plus forte.

Un certain nombre de manques sont évoqués □ manque d'information et d'études scientifiques pour alimenter la réflexion, manque de culture managériale, manque d'implication des parties prenantes. Ces manques sont accentués avec en toile de fond une concurrence excessive entre les professionnels, une rigidité importante des relations de travail, un déséquilibre dans l'expression des intérêts particuliers.

LUXEMBOURG

1 CONTEXTE

Le Luxembourg est le plus petit Etat de la communauté européenne, tant en termes de superficie que de population. Son PIB par habitant est le plus élevé de la communauté. La situation du Luxembourg en matière de santé est par conséquent une situation particulière dans la mesure où ce dernier n'a pas connu le même type de problématique de réduction nécessaire des dépenses de santé, d'une part, et où d'autre part, les notions de décentralisation ont peu de sens (le nombre total d'habitants est de l'ordre du nombre d'habitants moyens des départements français).

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ETAT

Le grand Duché du Luxembourg est une monarchie constitutionnelle située en Europe de l'Ouest et bordée par la Belgique, l'Allemagne et la France. Le Luxembourg fut établi comme grand Duché en 1815 par le congrès de Vienne. Le Grand Duc actuel, Jean, a succédé à sa mère en 1964.

Le Luxembourg est le plus petit état de l'Union Européenne. Sa population augmente régulièrement. La population luxembourgeoise est fortement catholique et parle généralement trois langues (un dialecte allemand qui constitue la langue nationale, le français qui constitue la langue officielle, et l'allemand).

Le gouvernement est composé de 12 membres du cabinet (conseil des ministres), dirigé par le Premier Ministre et le Vice Premier Ministre qui sont proposés par un Parlement monocaméral de députés élus au suffrage universel et nommés par le Grand Duc. La chambre des députés comprend 60 membres élus pour cinq ans. Elle comprend généralement des représentants de l'ensemble des partis politiques et notamment le parti des verts, le parti centre-gauche et le parti conservateur. Le parti des démocrates-chrétiens est généralement le mieux représenté dans chaque coalition gouvernementale.

Le pays est divisé en trois districts administratifs.

1.2 POINTS CLEFS DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé Luxembourgeois est caractérisé par

- Un quasi-monopole de la couverture des dépenses de santé de la population par la Sécurité Sociale.
- Les douze caisses d'assurance maladie qui gèrent ces dépenses.
- Une offre de soins organisée selon le mode libéral.

L'assurance maladie est obligatoire et est gérée par la Sécurité Sociale, qui a également en charge les retraites. Chaque individu est inscrit dans l'une des douze Caisses d'Assurance Maladie en fonction de la nature de ses activités. Leur financement est assuré par des contributions fixées par l'Etat qui sont versées à part égale entre les employés et leurs employeurs (en totalité pour les travailleurs indépendants). L'Etat prend à sa charge la contribution de certaines catégories de personnes et les dépenses concernant certaines «maladies» (tuberculose, cancer, poliomyélite...). Les assurances privées proposent seulement quelques couvertures complémentaires qui concernent principalement des contrats couvrant les risques maladies à l'étranger (les mutuelles couvrent 4/5 de la population).

De par sa petite échelle, le système de santé Luxembourgeois bénéficie du recrutement de médecins dans les pays voisins et autorise les soins effectués dans ces mêmes pays. Les médecins des hôpitaux sont fonctionnaires mais payés par répartition des masses d'honoraires. Les soins ambulatoires sont assurés par des médecins généralistes ou spécialistes dont l'activité est privée. Si la publicité est interdite, la liberté d'établissement pour tout médecin est en revanche totale et il n'existe pas de *numerus clausus*. Les honoraires pratiqués sont négociés avec la Sécurité Sociale et les instances représentatives des médecins. Ils sont impérativement respectés par la profession. Sur les 26 hôpitaux existant actuellement, un seul est privé à but lucratif, plus de la moitié des autres sont privés à but non-lucratif (institutions religieuses), le reste étant géré par les communes. Leurs tarifs sont négociés avec la Sécurité Sociale et l'Etat peut participer aux investissements qu'ils engagent. Les patients hospitalisés paient un forfait fixe journalier, mais le reste de dépenses est pris en charge par la Sécurité Sociale. La distribution des médicaments est assurée par des pharmacies privées dont la création est soumise à autorisation de l'Etat. Un ticket modérateur de 20% du prix des médicaments a été institué. En fait, certaines spécialités sont remboursées à 100% tandis que d'autres faisant l'objet de publicité auprès du public, sont complètement exclues du remboursement.

La population a le libre choix de son médecin ou de son hôpital. L'Etat contrôle étroitement l'offre de soins. Depuis 1982, le ministère de la santé a en charge la planification hospitalière avec la collaboration des hôpitaux. Toute création d'établissements ou développement de ceux déjà existants doit recevoir son agrément (il en est de même pour les pharmacies). Quant aux soins ambulatoires, l'Etat exerce un contrôle sur les médecins généralistes et spécialistes par le biais de listes d'appareils médicaux non autorisés aux généralistes et permis aux seuls spécialistes.

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION CENTRALE

Le système de santé est divisé entre le système de prévention et le système curatif. Les services de prévention relèvent de la responsabilité du **Ministère de la Santé**. Les interventions correspondantes sont réalisées par quelques services publics, par des praticiens privés et des associations à but non-lucratif financés par le budget du Ministère. L'offre de soins quant à elle relève de la responsabilité partagée du **Ministère de la Santé** et du **Ministère de la Sécurité Sociale**. Le premier supervise l'organisation des services de santé et subventionne le secteur public. Le deuxième gère le système d'assurance maladie.

Les autres ministères impliqués dans les problématiques de santé sont le **ministère de l'environnement**, le **ministère de la famille**, le **ministère du travail** (définition et contrôle de la sécurité au travail), le **ministère de l'habitation**, le **ministère de l'éducation** (définition des programmes de formations initiales et continues et approbation des qualifications professionnelles des personnes titulaires d'un diplôme étranger), le **ministère des transports** et le **ministère de la justice**.

Le ministre de la santé (1) définit et met en œuvre la politique de santé, (2) prépare la législation, (3) assure la mise en œuvre des lois et dispositifs de régulation de l'offre de soins, (4) donne les autorisations d'exercice d'une activité sanitaire, (5) finance et contrôle les institutions publiques et privées.

Le ministre est assisté pour cela de plusieurs services du Ministère de la santé tels que le service des ressources humaines, le service financier, le service de législation et le service de coordination. Les chefs de ces services et le Directeur général de la Santé (qui est le directeur du directoire de la santé) constituent les membres du bureau ministériel.

La législation générale concernant l'organisation des secteurs sanitaires et sociaux, et diverses lois spécifiques sur les institutions et organisations du secteur requiert des représentants du ministère de la santé impliqués dans différentes commissions interdisciplinaires.

Le directoire de la santé rend compte au ministre de la santé, en tant qu'administration exécutive de la santé publique au Luxembourg. Le directoire a ses propres responsabilités, tels que l'étude de l'état de santé de la population dans le pays, le conseil aux autorités publiques sur les problématiques de santé, le contrôle de la mise en œuvre des lois et dispositifs de régulation, l'application immédiate de mesures de protection de la santé publique en cas de menace et la contribution à la politique nationale et internationale.

Le **Service d'activités sociales et thérapeutiques (AST)** a pour fonction de promouvoir et de contrôler les services fournis aux personnes handicapées physiques et mentales, aux personnes en situations de dépendance et aux services fournis à domicile.

Le **ministère de la sécurité sociale** est en charge du système d'assurance maladie. L'Inspecteur Général de la Sécurité Sociale contrôle les opérations légales, de régulation, statutaires, contractuelles et financières, et le bureau de contrôle médical traite des incapacités au travail, les autorisations de remboursement, les profils médicaux, le contrôle de la qualité des soins et de l'utilisation du système.

2.2 SECTEUR NON GOUVERNEMENTAL

Le secteur privé à but non-lucratif joue un rôle important dans les activités de préventions. La **ligue Luxembourgeoise de Prévention d'action médico-sociale** ainsi que la **Croix-Rouge luxembourgeoise** organisent conjointement un réseau intitulé le Service médico-social et social polyvalent de secteur. Ce réseau fournit des services de prévention dans les zones où les autorités locales ne le font pas elles-mêmes. D'autres services de préventions qui requièrent la participation d'un médecin (vaccination, dépistage...) sont de plus en plus réalisés par des médecins libéraux et sont financés par l'assurance maladie ou par l'Etat. Les fournisseurs de soins gouvernementaux ont un rôle encore plus important dans le système curatif car chaque hôpital est indépendant et la quasi totalité des médecins sont libéraux.

2.3 ADMINISTRATION LOCALE

Les autorités locales ont une responsabilité légale de protection de la santé publique. En pratique, cependant, de nombreuses autorités locales s'occupent uniquement de remplir leur responsabilités «environnementales» telles que la fourniture d'eau potable, la mise en place de dispositifs de traitement des eaux usées, la régulation de la circulation et du logement. Les services de prévention et de promotion de la santé sont généralement fournis par le secteur privé (à but non lucratif), secteur financé pour partie par l'Etat de plus, quelques services de préventions sont remboursés au niveau national par l'assurance maladie (prévention dentaire, dépistage du cancer du sein...).

2.4 LES CORPS PROFESSIONNELS

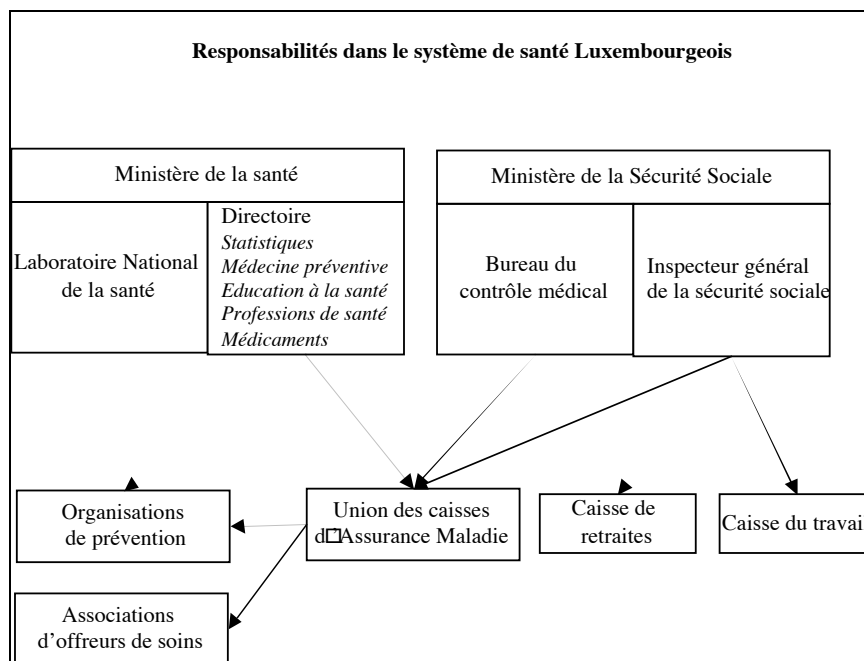
Les professionnels de santé sont représentés par deux catégories de groupes

- Les groupes constituant les interlocuteurs officiels du gouvernement pour tout changement de loi affectant leurs membres. C'est une disposition légale pour le gouvernement de consulter ces groupes pour chaque projet de loi. Ces groupes sont principalement le **Collège Médical** qui représente les médecins, dentistes et pharmaciens et le **Conseil Supérieur des Professions de Santé** qui représentent les autres professionnels de santé.
- Les associations professionnelles qui existent pour chaque spécialité. Le gouvernement n'a aucune obligation de les consulter, mais dans la pratique, elles le sont régulièrement.

3 DISPOSITIF DE PRIORISATION EN COURS

Les politiques de santé sont définies par le ministre de la santé en collaboration avec les autres ministères. Il n'y a quasiment aucune décentralisation de la décision aux autorités locales. Le niveau central définit les orientations de la politique de santé mais pas en termes de priorités.

Les politiques de santé au Luxembourg sont définies par les ministères selon leurs responsabilités respectives. Le Duché du Luxembourg a défini ses objectifs de santé avant l'été 2003 et nous n'avons pu avoir accès aux documents correspondants.



PAYS-BAS

1 CONTEXTE

Les Pays-Bas sont situés au nord-ouest de l'Europe, et couvrent une superficie de 41 864 km². En 1997, la population est de 15,6 millions d'habitants, avec une densité de 457 habitants par km² soit l'une des plus fortes du monde. Ainsi, en 1996, 82% de la population vit dans les zones urbaines. 13% de la population est âgée de plus de 65 ans, et 18% a moins de 15 ans.

Le pays est une monarchie constitutionnelle. Le pouvoir exécutif reste aux mains de la Couronne, et le pouvoir législatif est partagé par la Couronne et le Parlement. Le pays est divisé en 12 provinces et 572 municipalités.

Le financement mixte public-privé est un facteur déterminant du système de santé néerlandais. Le gouvernement joue un rôle important dans la régulation du système de santé, et les organisations privées sont majoritairement responsables de l'offre de soins. Les Pays-Bas comptent environ 130 hôpitaux. La grande majorité des hôpitaux et autres institutions de soins sont des organismes privés. Ils appartiennent à des organisations à but non lucratif ou sont gérés par celles-ci.

1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ETAT

La Hollande est une monarchie constitutionnelle. Le Parlement néerlandais, le *Staten-Generaal*, est constitué de deux chambres. Les 75 membres de la Première Chambre (Sénat) sont élus tous les six ans par les conseils provinciaux. Les 150 membres de la Seconde Chambre (chambre de députés), qui a plus de pouvoir, sont élus tous les quatre ans au suffrage universel. La seconde chambre est la plus importante, elle a le dernier mot vis-à-vis du Sénat. Elle nomme le médiateur, qui a compétence pour recevoir les plaintes des citoyens contre les excès et les abus de l'administration.

Le gouvernement est constitué par la Reine (chef de l'Etat) et les ministres. Les ministres sont responsables devant le Parlement de l'action du gouvernement. La reine n'a pas de responsabilité politique et les députés et les sénateurs ne peuvent lui demander des comptes.

Les ministres assurent les tâches qui incombent au gouvernement, notamment l'administration du pays, la préparation des lois et leur application, le contrôle des provinces et des communes et la gestion des relations extérieures.

Chacune des douze provinces est gouvernée par un commissaire nommé par le souverain et par les Etats provinciaux, corps législatif composés de députés élus localement au suffrage universel à la proportionnelle intégrale. Le commissaire de la Reine préside les débats et a le pouvoir d'en suspendre les décisions s'il les estime contraires à la loi néerlandaise. Les provinces ne disposent pas de pouvoirs très étendus, bien que chacune d'entre elles possède son Parlement local. Il s'agit surtout de pouvoirs administratifs qui assurent la liaison entre l'Etat et les municipalités. L'essentiel des pouvoirs juridiques, politiques et financiers est exercé par le gouvernement central et non par les gouvernements provinciaux.

1.2 POINTS CLES DU SYSTEME DE SANTE

Le financement du système de santé hollandais est mixte. 79 % du financement est public, avec deux régimes d'assurance obligatoire (AWBZ et ZFW), et un système d'imposition. 21% du financement est privé, avec un système d'assurances privées (14,1 %) ou un financement par les ménages (6,4%). Les

primes d'assurances représentent 79.8 % du financement public, contre 4.4 % pour l'impôt. Les pouvoirs publics n'assurent donc le financement que d'une faible part des coûts de santé.

Cependant, l'Etat dispose d'un important appareil législatif lui permettant de répartir de manière équitable les montants provenant de ces différentes sources de financement. Les lois «*WVZ*» et «*ZFW*» régissent l'accessibilité financière, les droits des assurés et la prise en charge des soins médicaux. Deux autres lois, la WTG et la WZV autorisent le contrôle de l'offre de soins en termes de coût et de volume. La loi WTG ou Loi en matière de la tarification de soins de santé a pour but de fixer le tarif de toutes les formes de prestations de soins, y compris honoraires, frais d'hospitalisation et services. Ces tarifs sont établis par le CTG, Collège Tarifs Santé. La loi WZV ou Loi sur les équipements hospitaliers, donne des directives en matière de planification des hôpitaux et autres structures de soins. Selon cette loi, les autorités provinciales sont tenues d'élaborer les plans de développement régionaux, lesquels doivent être approuvés par le Ministère de la santé. Les hôpitaux néerlandais reçoivent chaque année un budget de l'Etat. Ce budget dépend du nombre d'habitants dans la région, du nombre de lits et de spécialistes dans l'hôpital, du nombre de jours d'hospitalisation et du nombre d'actes exécutés au sein de l'hôpital. Les hôpitaux peuvent dépenser ce budget à leur gré, selon les contrats qu'ils signent avec les compagnies d'assurances.

Actuellement, le système de santé est en pleine mutation. D'un côté, le système hybride des assurances de soins, très différent des systèmes européens, est remis en cause. L'idée de la création d'une assurance de base, identique pour tout le monde, se cristallise. Le Ministère de la santé compte introduire un système d'assurance de base en 2005 afin de garantir une certaine forme de solidarité.

Par ailleurs, le Ministère souhaite remplacer progressivement le système actuel par un système de concurrence régulière, dans lequel la responsabilité de l'Etat vis-à-vis des hôpitaux et autres institutions de soins (centres de soins, médecins, pharmacies) sera de plus en plus transférée aux compagnies d'assurances, afin d'améliorer l'efficacité du système de santé et de freiner la croissance des coûts. Dans ce cadre, une des mesures qui devra être introduite courant 2003 sera l'abolition de l'obligation des caisses maladie de conclure un contrat avec tout établissement de soins reconnu par le ministère de la santé. Cette abolition donnera plus de liberté de choix aux caisses maladie et forcera les établissements de soins à être plus compétitifs. De plus, le budget des hôpitaux sera à l'avenir déterminés par les compagnies d'assurance.

2 OBJECTIFS ET STRATEGIES DE SANTE

Les premiers travaux de priorisation aux Pays-Bas étaient orientés vers le système de soins et la définition d'un panier de biens et service au cours des années 1980 et 1990. À la fin des années 1990, le gouvernement central a entamé une procédure de définition d'objectifs de santé prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé sur le modèle de l'OMS. Les objectifs de santé publique étaient alors principalement qualitatifs jusqu'en 2001. EN 2001, un ensemble d'objectifs quantitatifs ont été définis orientés vers six comportements individuels et vers la réduction des inégalités socio-économiques de santé. À présent, le gouvernement se concentre sur un ensemble de problèmes et de pathologies qui ont un impact important sur la morbidité et la mortalité de la population. Nous présentons ici dans un premier temps les premiers travaux de rationalisation de l'offre de soins. Puis nous présentons les travaux en cours autour de la définition d'objectifs de santé.

2.1 DEFINITION DES PRIORITES POUR LE SYSTEME DE SANTE

Les principes fondamentaux des politiques de soins sont la solidarité, l'accès universel, égalité de traitement et une bonne qualité de l'offre de soins. Une des problématique prégnante des Pays-Bas concerne les dépenses de santé avec une volonté forte de les rationaliser. C'est ainsi que les premiers travaux de priorisation se sont axés sur la prise en charge de pathologies jugées prioritaires afin d'en

définir les modalités et les financements. Ainsi, à la fin des années 1980 et au cours des années 1990, des travaux de rationalisation ont été lancés. Ceux- ont abouti notamment au fameux rapport Dunning¹⁰ proposant une méthode pour réaliser des choix dans le domaine des soins de santé aux Pays-Bas. Ces différents rapports n'ont pas été véritablement mis en œuvre et ceci notamment pour des raisons de changements de majorité politique¹¹.

Tous les deux ans, le ministère national de la santé, du bien-être et des sports publie son programme au travers d'un document intitulé *Beleidsagenda* (agenda politique). L'agenda politique¹² en matière de santé pour la période 2003-2006 se caractérise par un prolongement des travaux de production de recommandations cliniques, d'amélioration de la qualité des soins et de réduction des listes d'attente.

Le gouvernement central définit 21 stratégies avec pour chacune les objectifs associés, les acteurs concernés, la date limite de réalisation et le budget affecté. Le ministère distingue des objectifs correspondants à la qualité et sécurité (recommandation et protocoles), des objectifs liés à l'accessibilité du système de soins et à la prévention secondaire (listes d'attentes), et des objectifs liés aux activités à mettre en œuvre (évaluation des technologies médicales) et au financement (évaluation du panier de bien et service)

1. L'évaluation des technologies médicales (ETM)

L'ETM a été préconisée par le Conseil d'Assurance Maladie (*Ziekenfondsraad*) à partir des années 1980, pour des technologies pointues et coûteuses telle la greffe de cœur et de foie. Le Conseil préconise ainsi que les nouvelles technologies soient évaluées par des études coût-efficacité, avant d'être incluses dans le panier des prestations. La notion selon laquelle l'ETM pouvait servir pour le gouvernement à la définition des priorités ayant largement été souscrite par d'autres organes consultatifs, un Fonds d'Investigation en Médecine (FIM) a été créé en 1988, avec pour mission de financer des recherches qui établissent la preuve, permettent une décision politique basée sur la preuve au niveau politique et une utilisation rationnelle des technologies au niveau des professionnels de santé.

Ce fonds, administré par le Conseil d'Assurance maladie, est financé principalement par les Ministères de la Santé, Affaires Sociales et du Sport, et ceux de l'Education, de la Culture et des Sciences. Les financements ne permettant pas d'évaluer toutes les nouvelles technologies, une priorisation a là aussi été établie. Quelles technologies doivent être évaluées afin de maximiser les bénéfices potentiels de l'ETM sur la qualité et les coûts du système de soins dans sa globalité? Au départ, le Fonds s'est concentré sur les nouvelles technologies de pointe dans le domaine de la transplantation cardiaque, sur la base de propositions émises par des chercheurs. Après plusieurs années, l'insatisfaction générée par cette méthode descendante de priorisation a mené à une tentative de priorisation ascendante. À cette fin, le Conseil d'Assurance Maladie a consulté une trentaine d'experts par la méthode Delphi, ce qui a permis de dégager une liste de services utilisés en routine, avec un doute sur leur coût-efficacité. Ces services ont ensuite été classés, bien que les différents organes de consultation aient proposé des classements différents. En plus du FIM, d'autres organes nationaux financent des études d'ETM, proposées directement par le Ministère ou par des experts réunis en groupes de travail.

Ainsi, de manière générale, l'identification et la mise en œuvre de priorités pour l'ETM est un processus compliqué et inégal, et l'utilisation des résultats qu'elle produit (comme les classements) pour l'élaboration des politiques reste actuellement modeste.

¹⁰ Commissie Dunning, *Kiezen en Delen*, Rapport van de commissie Keuzen in de Zorg (choices in health care), Rijswijk, 1991.

¹¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Health care, health policies and health care reforms in the Netherlands*, International publication series Health, welfare and sport n°7, 2001, 52p.

¹² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Beleidsagenda 2003*, Consulté sur Internet le 15 juin 2003. <http://www.minvws.nl/document.html?folder=393&page=18341>

2. L'évaluation d'un panier de prestations sociales

En 1991, le Comité néerlandais sur les choix en santé a produit le Rapport Dunning, dont l'objet principal est l'évaluation d'un panier de prestations sociales de biens et services.

Ce Comité est parvenu aux conclusions suivantes□ il est plus juste d'assurer une offre de soins basique à toute la population plutôt que d'assurer un accès à tous les services et équipements médicaux, limité à une seule proportion de la population. Ainsi, un choix responsable public et explicite est préférable à un rationnement masqué. Le rapport développe quatre critères à appliquer successivement, afin de rationaliser le choix du panier des prestations□

- La nécessité du soin (du point de vue de la communauté)
- La preuve de son efficacité
- La preuve de son efficience
- La possibilité pour un individu d'en assumer le paiement

Cette stratégie de définition des priorités et les critères préconisés ont été sévèrement critiqués, les critiques les plus importantes étant les suivantes□

- La définition large de la santé et celle contestable de la "nécessité" rendent difficile la sélection des équipements à inclure dans le panier de biens et services.
- La possibilité individuelle de prise en charge varie selon les cas et ne peut être déterminée de manière globale.
- L'aspect utilitaire de l'approche de Dunning (c'est-à-dire la préférence pour les services dont le plus grand nombre de personnes peut bénéficier)□ subordonne l'individu à la communauté.
- Seul un petit nombre de services peuvent être qualifiés d'inefficaces ou d'inefficients. L'efficacité et l'efficience dépendent de l'indication médicale, qui ne peut être déterminée de manière globale.

Selon le Gouvernement alors en place (Démocrates Chrétiens et Démocrates Socialistes), bien que la composition du panier des prestations doit être l'objet d'une décision politique, les critères du Comité Dunning ne peuvent être utilisés à cet effet. Le gouvernement a pris des mesures pour inclure tous les types de soins qu'il considérait comme essentiels dans le panier des prestations, soit 95 % des services de soins alors existants. Ces mesures furent écartées par le gouvernement suivant, en 1994, ce qui a donné une seconde chance à l'approche de Dunning. Cependant, en raison de considérations financières et de pressions politiques (de partis politiques et de groupes d'intérêts) s'ajoutant à la mise en œuvre problématique des critères de Dunning, la suppression de certaines prestations a été difficile.

3. Réduire les listes d'attente

La question des listes d'attente est devenue prégnante à partir des années 1990, le développement de deux phénomènes en ayant souligné les conséquences□

- Le développement d'une offre de soins privée, financée par le biais de l'assurance ou par le patient.
- L'accès prioritaire aux soins (dans le service public) accordé à une certaine catégorie de patients, avec des financements supplémentaires.

Le premier processus est une forme de privatisation extérieure au circuit principal (c'est-à-dire celui financé par l'assurance sociale ou les cotisations) et concerne surtout les soins à domicile et les cliniques privées de consultations externes.

Le second processus est une forme de privatisation dans le circuit principal. En raison d'une réforme de 1996, selon laquelle les congés-maladie longue durée des employés étaient assumés financièrement par l'employeur, ceux-ci ont tenté de contourner le problème des listes d'attente en passant des accords avec des cliniques. Ainsi, les employés de certaines entreprises étaient traités en priorité, afin de retourner travailler le plus rapidement possible. Ceci a donné lieu à un débat politique et publique, et en 1998, le gouvernement et les organismes de soins sont parvenues à un accord, pour que les employés ne soient plus prioritaires. Les hôpitaux se sont vus accorder des financements

supplémentaires à condition de proposer et d'appliquer des mesures structurelles pour réduire les listes d'attente. En cas d'échec, ces financements seraient supprimés. Les mesures structurelles consistent en l'enregistrement uniforme des listes d'attente, la mise en place d'indicateurs précis en médecine et pour les urgences, le développement de la coopération entre les établissements de soin, la révision des processus de soins et l'allongement de la durée de travail.

Il apparaît donc que ce processus de réduction de listes d'attente laisse une large place à la créativité et à la ténacité des offreurs de soins.

4. La définition de recommandations et de protocoles

Le Conseil de Santé des Pays-Bas, en 1991, a produit un rapport sur l'efficacité et l'efficience des traitements médicaux. Le Conseil de Santé identifie le manque de connaissance sur le rapport coût-efficacité des diagnostics et des thérapies comme étant le principal obstacle à l'efficacité du système de soins. De nombreux traitements dont l'efficacité n'a pas été démontrée sont utilisés en routine. Les assureurs contribuent à ce phénomène, car leurs paiements ne sont pas basés sur la preuve de l'efficacité-coût, mais sur le critère de la pratique établie. Ainsi le Conseil de Santé recommande de stimuler la création et l'utilisation de recommandations basées sur le résultat d'études de coût-efficacité. En pratique, le nombre de recommandations qui intègrent explicitement des données de coût-efficacité reste encore assez faible.

2.2 PRIORITES DE SANTE ET OBJECTIFS QUALITATIFS

Le 22 février 2001 un **contrat national** de santé publique est publié par le ministère de la santé, du bien-être et des sports¹³. Cette déclaration publique procède d'une volonté du gouvernement d'améliorer la **coordination** entre les politiques locales et nationales d'une part, et d'intégrer d'autres éléments des politiques locales et nationales dans les politiques de santé d'autre part. L'objectif du contrat national est d'engager les autorités locales, l'ensemble des institutions et des professionnels de santé dans une démarche de santé publique globale. **3 principes** guident ce contrat national : Atteindre le meilleur état de santé possible pour tous les résidents, promouvoir un style de vie sain, créer des liens et des coopérations entre le système de soins et la santé publique. Pour chacun de ces objectifs sont définies les orientations envisagées pour le futur.

Ce contrat amorce en 2001 un ensemble de travaux autour des maladies infectieuses, des problématiques liées à l'environnement, de l'éducation et de l'information des citoyens en santé, et des accidents et catastrophes. Un axe transversal de travail est défini et concerne le niveau d'information et de connaissance nécessaire et la construction d'une base de données adaptée. Ceci est le rôle du National Institute of Public Health and the Environment (RIVM). Une réflexion est conduite entre cet institut, le ministère et les services de santé municipaux afin de coordonner la collecte et le traitement des données statistiques.

Le gouvernement se concentre sur un ensemble de problèmes et pathologies spécifiques : maladies cardiovasculaires, cancers de l'appareil respiratoire, diabète, COPD, maladies mentales (dépression et dépendances à l'alcool) et les maladies de l'appareil locomoteur. Pour réaliser ces objectifs, quatre axes prioritaires sont définis : la prévention de l'obésité, la consommation de tabac, le diabète, la dépression et l'alcoolisme. Ces priorités doivent faire l'objet d'une publication en octobre 2003. À partir de ce document, le département de la santé prévoit de discuter des objectifs avec l'ensemble des organismes qui peuvent contribuer à l'atteinte des objectifs. C'est avec eux que la définition d'objectifs quantitatifs doit être réalisée. Les objectifs de santé sont publiés tous les deux ans dans un rapport du ministère de la santé, du bien-être et des sports. Il n'existe aucune législation particulière concernant la définition de ces objectifs.

¹³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *National Contract for Public Health Care, declaration of intent to cooperate 2001-2003*, Consulté sur Internet le 15 juin 2003.
<http://www.minvws.nl/english/document.html?folder=441&page=14396>

Les **pathologies prioritaires** en cours ont été définies en 2001 avec des échéances variables. Les échéances à 2004 concernent la consommation d'alcool, la consommation de fruits et légumes, la consommation de tabac, et les pratiques sexuelles). Les échéances à 2010 concernent l'activité physique et l'obésité). L'objectif de réduction des inégalités socio-économiques est fixé à l'horizon temporel 2020.

La définition de ces objectifs est réalisée par le **ministère national de la santé, du bien-être et des sports**. Une discussion doit être entamée avec les différents organismes concernés et ceux-ci doivent s'inscrire dans les objectifs nationaux. Aucune procédure n'est mise en place pour consulter les citoyens et usagers. Les **critères** retenus pour définir les priorités de santé sont les populations concernées, les gains potentiels, les évolutions dans l'incidence et la prévalence futures prévues, l'impact sur la sécurité, la participation et l'indépendance, les coûts pour la société. Les stratégies de santé qui découlent des objectifs sont elles aussi définies par le ministère national en concertation avec les organismes concernés. Les stratégies sont définies entre autres sur la base d'études de coûts efficacité, d'acceptation sociale et d'attrait pour la stratégie. Les budgets sont prélevés sur le budget de prévention de l'Etat et sur les contributions des organismes d'assurance.

Les modalités de financement des initiatives locales s'inscrivant dans ces priorités de santé publique sont spécifiées. Le ministère et les services de santé municipaux s'engagent à financer certaines stratégies. Pour être financées, les propositions d'action doivent comporter des objectifs à moyens termes et une estimation des coûts.

Les objectifs de moyen terme doivent concerner

- L'égalité des chances,
- La promotion d'un style de vie sain,
- La coopération entre les secteurs de soins et de santé publique,
- Les responsabilités des autorités locales administratives,
- Les outils et instruments de la politique locale,
- La production et le traitement de données nationales et locales

Pour garantir que ce contrat national est engagé, conduit et respecté, un groupe de travail est mis en place composé de représentants de l'ensemble des parties prenantes et disposant d'un secrétariat fourni par le ministère.

2.3 POINTS DE VUE

Les principales limites évoquées du processus de définition des objectifs et stratégies résident dans la nature des stratégies qui apparaissent encore beaucoup trop orientées sur les soins curatifs et pas suffisamment sur la prévention primaire les méthodes qui ne fournissent pas les preuves scientifiques nécessaires, l'opacité de la prise de décision politique la faiblesse des budgets alloués en période de restriction budgétaire.

Le principal point positif évoqué concerne le dispositif de négociation entre les organismes concernés par les objectifs et le ministère national. Le contrat moral national amorce une responsabilisation des acteurs et une coordination des actions autour d'objectifs négociés.

PORTUGAL

1. CONTEXTE

La population portugaise compte 10 millions d'habitants. La densité moyenne de population est de 108 habitants par km² et 48% de la population vit dans les zones urbaines. Le montant total des dépenses de santé en 2000 atteignait 8,2 % du PIB, valeur au-dessus de la moyenne européenne. 70 % de ces dépenses proviennent du secteur public.

Le déficit du secteur n'a cessé d'augmenter ces dernières années. En septembre 2002, un budget rectifié de 900 millions d'euros est attribué pour combler en partie le déficit cumulé du secteur, qui atteint 1,3 milliard d'euros à la fin 2001.

En 2000, un peu plus de 141 000 personnes étaient employées dans des établissements hospitaliers, centres de santé et autres postes médicaux. Avec un peu plus de 318 médecins pour 100 000 habitants, la densité moyenne de médecins se situe dans la moyenne des autres pays de l'OCDE, mais la distribution géographique est relativement asymétrique. 70 % des médecins se concentrent sur les seuls districts de Lisbonne, Porto et Coimbra, et la plupart exercent dans les hôpitaux. La distribution du personnel infirmier dans les différentes régions du pays est plus équilibrée.

STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT

Le Portugal est une démocratie depuis 1974, date à laquelle une révolution a mis fin au régime dictatorial de Salazar-Caetano. Le Président de la République, le Parlement, le Gouvernement et les Cours constituent les principales institutions.

Le Portugal est découpé administrativement en 5 régions (Nord, Centre, Lisbonne, Alentejo, Algarve), 11 provinces, 18 circonscriptions administratives et 305 municipalités. Les archipels de Madère et des Açores situés dans l'Océan Atlantique possèdent le statut de régions autonomes. Les îles possèdent leur propre système politique et administratif, cependant le pouvoir exécutif reste aux mains de l'état central, représenté par un Ministre de la République nommé pour chacune des deux régions autonomes.

Le Premier Ministre est nommé par le Président de la République en fonction des résultats électoraux après que celui-ci a entendu les partis représentés à l'Assemblée de la République. Le pouvoir législatif appartient à un Parlement monocaméral, l'Assemblée de la République, composé de 230 députés élus pour 4 ans au suffrage universel.

POINTS CLES DU SYSTEME DE SANTE

Le Portugal est doté depuis 1979 d'un Service National de Santé, qui garantit à tous les citoyens un droit à la santé, droit universel, total et gratuit. Le SNS est financé à 95 % par le budget de l'Etat (impôts), le reste du budget de la santé provenant de recettes propres du SNS (taxes modérées, hospitalisations, ...).

Parallèlement au Service National de Santé, 25% de la population bénéficie des sous-systèmes (*subsistemas*). Ce sont des régimes de protection hérités du passé, spécifiques à certaines catégories professionnelles (militaires, employés de la poste, des mines...), qui garantissent les soins primaires de santé de leurs employés. Les 2,25 millions de personnes qui bénéficient de ces autres systèmes peuvent, s'ils le désirent, utiliser le réseau de soins du SNS. Les sous-systèmes sont financés principalement par les cotisations salariales et patronales.

Les centres de santé, créés en 1971, sont les unités de base du SNS pour la prestation de soins primaires à la population. Ils ont pour mission de dispenser des soins préventifs et curatifs, évitant ainsi de recourir aux hôpitaux.

Chaque citoyen doit en cas de maladie, se rendre au centre de soins auquel il est rattaché géographiquement et se faire soigner par le médecin attitré du centre. Si un patient décide de consulter ailleurs, les coûts des prestations seront à ses frais. Desservant en moyenne une population de 25 000 personnes, les performances de ces centres sont jugées insuffisantes, ce qui favorise un recours de plus en plus systématique aux urgences hospitalières, créant l'engorgement de ces dernières et la disparition de leur utilité première. On note également une diminution de 67% entre 1990 et 1999 du nombre de médecins exerçant dans les centres de santé. Courant 2003, doit être mise en application une nouvelle législation concernant l'amélioration du réseau des soins primaires de santé, afin de lutter contre ce recours systématique aux urgences.

Au sein du réseau hospitalier public, on distingue les hôpitaux centraux et les hôpitaux de district. Quels que soient les niveaux, il existe de longues listes d'attente pour les opérations et les consultations. Une nouvelle loi de gestion hospitalière a été votée en 2002 et entre en vigueur à partir de janvier 2003. Les principales réformes votées par cette loi sont un financement des hôpitaux en fonction de leur productivité (financement sur le budget de l'Etat en fonction des services et actes médicaux rendus et non plus en se basant sur le budget de l'année précédente) et la transformation des hôpitaux publics en sociétés anonymes (avec une gestion par des économistes ou ingénieurs). Le système portugais se caractérise par l'existence des *Misericordias*, hôpitaux centenaires de solidarité sociale, dirigés par une organisation privée rattachée à l'église catholique portugaise.

Le secteur privé joue un rôle important de complément ou de substitut provisoire au SNS. Il représente 30% des consultations médicales et 22,5% des lits d'hospitalisation. Les hôpitaux et cliniques privées, complètement informatisés, sont réputés pour la qualité de leurs soins. Généralement de petite taille, ces structures s'attachent à offrir un service immédiat et de qualité, contrastant avec les longues listes d'attentes imposées par les établissements publics. Ce sont les hôpitaux privés qui ont enregistré les plus grandes variations de personnel ces dix dernières années 70 % de médecins en plus dans les structures privées contre 14 % dans les structures publiques. Elles visent les strates socio-économiques élevées. Le montant des consultations en cabinet privés varie entre 40 et 80 euros. Ce genre de consultations ne s'adresse là encore qu'à une catégorie sociale très aisée.

Sous la tutelle du Ministère de la Santé, le SNS demeure le principal fournisseur de soins de santé. Il s'organise en trois niveaux distincts. Au plan national, le Ministère de la Santé chapeaute les Directions, Instituts et Conseils gérant tous les aspects de la santé. Au plan régional agissent les Administrations régionales de Santé, appliquant la politique et les directives émanant du Ministère de la Santé. Au plan local agissent les systèmes locaux de santé, qui coordonnent et animent les centres de santé et les hôpitaux de petite envergure.

3 ACTEURS

3.1 ADMINISTRATION CENTRALE

Le Ministère de la Santé est responsable de la régulation, de l'organisation et de la direction du système de santé dans son ensemble. Il développe la politique de santé, contrôle et évalue sa mise en œuvre. Il coordonne aussi les activités en lien avec la santé des autres ministères, tels les services sociaux, l'éducation, l'emploi, le sport, l'environnement, l'économie, le logement, et l'aménagement urbain. Les principales fonctions du Ministère sont la régulation, la planification et la gestion du Système National de Santé. Le Ministère est composé de cinq Directions et de sept Instituts. La **Direction Générale de la Santé**. Elle est responsable de toutes les activités, institutions et services de soin, de prévention et de promotion de la santé, qu'ils soient intégrés au service national de santé ou

non. La **Direction Générale des Infrastructures et Equipements de Santé** évalue, régule et coordonne la fourniture des équipements pour le SNS. Elle s'appuie sur des Directions régionales. Le **Département des Ressources Humaines**. Il est chargé de la régulation, de la direction et de l'évaluation de l'activité des professionnels de santé. L'**Inspection Générale de la Santé** a une fonction d'audit des institutions et services du SNS, en collaboration avec la Direction Générale de la Santé. Elle est de plus responsable des questions disciplinaires. Le **Secrétariat Général du Ministère de la Santé**. Il fournit un support technique et administratif aux autres sections du Ministère et coordonne leurs activités.

Parmi les instituts, on compte notamment l'Institut National des Produits Pharmaceutiques et de Médecine (INFARMED), l'Institut National des Urgences Médicales, l'Institut Portugais du Sang, le Service de Prévention et Traitement des Toxicomanies et l'Institut National de Santé, chargé de la recherche scientifique en santé et qui fait aussi office d'observatoire national de la santé et de centre de surveillance.

Il existe aussi trois programmes nationaux dirigés par le **Conseil National de Prévention de la Consommation de Tabac, le Comité National sur le SIDA et le Conseil National d'Oncologie**, structures rattachées au Ministère de la Santé.

Le **Conseil National de Santé** est un organisme consultatif dont la fonction est, en théorie, de représenter tous ceux qui sont concernés par la performance des fournisseurs de soins □ les patients, les professionnels de santé, les services régionaux de santé et d'autres structures. En pratique, le Conseil National de Santé ne s'est jamais réuni, et ne joue aucun rôle.

D'autres ministères sont impliqués dans le champ de la santé. Le **Ministère des Finances** approuve tous les nouveaux postes dans le SNS. Il détermine aussi le budget du SNS, en lien avec le Ministère de la santé. Le **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale**. La collaboration entre ce ministère et celui de la santé s'est accrue ces dernières années, avec la mise en place de programmes communs pour améliorer la coordination entre les services sanitaires et sociaux et pour améliorer la continuité des soins pour les personnes âgées. Le **Ministère de l'Education**.

3.2 ADMINISTRATION REGIONALE

Le Service National de Santé a une structure régionale. Les services de l'Etat au niveau régional sont représentés par les **Administrations Régionales de Santé (ARS)**. Il existe cinq ARS au Portugal □ la Région Nord, le Centre, Lisbonne et la vallée du Tage, Alentejo et l'Algarve. Dans chacune de ces régions, un conseil régional d'administration de la santé dirige le SNS. Les administrations sont subdivisées en huit sous-régions, avec chacune un coordinateur sous-régional.

Les Administrations Régionales de Santé déclinent au niveau local la politique nationale de santé, en relation avec le Ministère et sur base de plans régionaux.

Elles coordonnent tous les aspects de l'offre de soins, dirigent les hôpitaux et les centres de santé et établissent des accords et des protocoles avec le secteur privé. Elles collaborent avec les *Misericordias* et les autres établissements privés à but non lucratif, et avec les conseils municipaux.

Les conseils régionaux d'administrations de la santé ont six missions spécifiques □ établir les plans régionaux et les budgets □ guider, coordonner et évaluer la gestion du SNS au niveau régional □ représenter juridiquement le SNS □ réguler l'offre de soins régionale et en évaluer la performance □ établir des accords de participation au service public pour le secteur privé □ coordonner le transport des malades à la fois pour le secteur privé et public.

Depuis 1998, ont été créées au sein des administrations régionales les **agences régionales**, structures autonomes chargées de contracter avec les structures sanitaires et les médecins indépendants. Leurs deux principales missions sont d'accroître la participation des citoyens dans le processus de prise de décision en santé et de développer la séparation des fonctions de fournisseur et d'acheteur de soins.

3.3 ADMINISTRATION LOCALE

Au niveau local, la santé est sous la responsabilité de la **Commission Municipale de Santé**. Les compétences de la Commission Municipale de Santé ne sont pas à ce niveau délimitées par un découpage administratif, mais respectent plus les communautés «naturelles». Ainsi, certaines communautés peuvent dépendre d'autres municipalités, afin d'assurer la rapidité et la facilité de l'offre de soins.

Dans certains cas, les grandes communautés urbaines ont leur propre système d'organisation des soins, afin de répondre aux besoins spécifiques de la population.

3.4 ROLE DES COMPAGNIES D'ASSURANCE

L'assurance volontaire existe depuis 1978. En 1998, environ 10 % de la population bénéficie d'une couverture complémentaire, majoritairement par le biais de l'employeur. Moins de 10% des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire volontaire ont des polices individuelles d'assurance.

3.5 ROLE DES USAGERS

Il n'existe pas au Portugal d'association officielle d'usagers, mais des associations de malades (diabétiques, hémophiles, séropositifs), qui agissent dans l'intérêt propre de leurs malades. Les agences régionales ont été créées afin de développer des mécanismes permettant aux citoyens de s'exprimer. Un représentant des citoyens, agissant en tant qu'intermédiaire entre les ARS et la population, sera impliqué dans le développement des systèmes locaux de santé (réseau de soins qui coordonnerait les centres de santé et les hôpitaux de petite envergure). Ce représentant sera nommé soit par le conseil municipal, soit par une association d'usagers, s'il en existe.

Dans chaque établissement public de soins, un Bureau des Usagers permet au patient de déposer une plainte, sur n'importe quel aspect du Système National de Santé.

4 OBJECTIFS ET DE STRATEGIES

L'impact de la stratégie de l'OMS sur la politique nationale de santé n'est pas évident. Les réformes du système de santé ne sont pas explicitement liées à un processus de priorisation. Le plan 1994-1999 définit les objectifs majeurs de la politique de santé. Deux nouveaux plans ont été produits en 1996 et 1997 «*Uma estrategia de saude para o virar de seculo*» et «*Conselho de reflexão sobre a saude 1998-2002*». La nouvelle contribution au plan, émise par le gouvernement en janvier 2003¹⁴, est une contribution au plan de santé quadriennal qui définit un ensemble d'orientations stratégiques que le gouvernement portugais souhaite engager. Le document publié en 2003 correspond à un guide pour l'action qui s'inscrit dans le cadre des objectifs court terme, moyen terme et long terme définis auparavant. Nous présentons dans un premier temps ces objectifs et dans un second temps le plan national de santé de 2003.

¹⁴ Ministerio da saude, *Contributos para um plano nacional de saude, orientações estratégicas*, Janvier 2003

4.1 OBJECTIFS COURT TERME, MOYEN TERME ET LONG TERME

Les objectifs majeurs de la politique de santé sont définis dans le plan de 1997 : développer des programmes de santé pour des groupes de population (santé de la mère et de l'enfant, soutien aux personnes âgées, cancer, addictions, sida), mettre en place de nouvelles structures de soins, améliorer la formation du personnel, promouvoir la qualité et le management optimal du système de santé.

Un ensemble d'objectifs de court terme, de moyen terme et de long terme sont définis :

- La volonté de promouvoir un compromis explicite pour améliorer la santé, qui se traduit par des mesures concrètes pour obtenir des gains en santé
- Promouvoir l'accessibilité à des soins de qualité
- Développer une nouvelle relation entre les agents du système de santé, les financeurs et les offreurs de soins, par le développement de processus de contractualisation
- Entreprendre une réforme de l'administration publique de la santé, avec une réforme profonde de la gestion et de l'organisation des centres de santé et des hôpitaux du SNS
- Promouvoir une relation transparente et contrôlée entre le secteur public et le privé
- Réformer la rémunération des professionnels de santé
- Institutionnaliser un système de santé de qualité, qui offre toutes les garanties pour les citoyens et les professionnels de santé
- Réguler le corps des professionnels de santé, par une démographie appropriée, l'amélioration des conditions de formation à tous les stades, l'implication des professionnels dans les décisions de gestion et le renforcement des mécanismes qui permettent d'améliorer de façon continue les conditions de travail
- Garantir un financement stable du système de santé, de ses investissements et réduire les gaspillages inutiles
- Promouvoir un «gouvernement horizontal», avec la participation des autres ministères et pouvoirs locaux.

Le plan distingue trois dimensions dans la réalisation de cette nouvelle politique de santé : des mesures immédiates ou à court terme, des changements structurels et des instruments pour la gestion de ces changements.

Les **mesures immédiates** concernent des thèmes qui préoccupent une part considérable des citoyens portugais, et qui relèvent de l'accès aux soins et de priorités en termes de prévention et protection de la santé. La première série de mesures concerne ainsi la mise en place d'un programme d'accès aux soins qui vise à réduire les listes d'attente, faciliter l'accès à un médecin de famille, mettre en place des consultations externes, la mise en place d'une ligne «santé 24 heures sur 24», qui fournit des informations (pour les adolescents, sur la sexualité, les médicaments) et oriente dans le système de santé (urgences pédiatriques, autorités en santé) la prise en charge des urgences.

La **seconde série de mesures** concerne la lutte contre les maladies tels le diabète, l'asthme, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension artérielle, l'alcoolisme, avec une série de programmes mis en place : la mise en place d'un nouveau plan de vaccination national, la lutte contre les résistances aux antibiotiques.

Les **changements structurels** concernent principalement la réforme du SNS, le développement du secteur social et du secteur privé et l'évolution des attitudes et des comportements vis-à-vis de la santé et des organismes de soins.

Les instruments de ce changement résident dans l'information et la communication, la négociation et la contractualisation au niveau central, régional et local, la régulation et la planification en matière de professions de santé, de relations entre le public et le privé et de technologies médicales, un processus d'intégration de la décision, des nouveaux schémas de rémunération, la formation et la recherche.

des alliances stratégiques (avec les associations de consommateurs, de malades, de professionnels, les syndicats) et dans la coopération internationale.

Le plan définit ensuite dans ce cadre des priorités générales, des objectifs à atteindre pour l'horizon 2007, des objectifs spécifiques et quantifiés pour 2002, et des orientations d'actions pour atteindre ces objectifs.

4.2 PLAN NATIONAL DE SANTE DE 2003 DANS LA CONTINUITE

Le Plan National de Santé (PNS) est un guide d'action pour 2003, qui s'inscrit dans le cadre de priorités définies dans des programmes nationaux de santé. Il s'agit de recommandations stratégiques relatives à un minimum d'activités que les institutions du Ministère de la Santé doivent assurer dans le contexte d'un agenda pour les gains de santé et l'efficacité en 2003. Le plan est la première étape de la définition de recommandations stratégiques pour le secteur de la santé dans son ensemble; ces recommandations seront définies pour les 10 ans à venir.

Le plan découle du dernier compte rendu sur le programme Gains de Santé, et s'inscrit dans la continuité des programmes existants tels le Programme du Gouvernement, le Programme de Santé Publique de l'Union Européenne, le dernier rapport de l'OMS sur la santé en Europe et la Stratégie de Santé.

Le plan est essentiellement centré sur des plans, programmes et projets qui sont déjà en cours: programmes sida, tuberculose, asthme, dépression, diabète, hémoglobinopathies, traumatismes, personnes âgées, eau et santé à l'école; plans cancer, douleur, vaccination, violence domestique, prévention des accidents de la route, égalité entre hommes et femmes.

Quatre grands champs d'interventions sont dégagés:

- **l'investissement dans les gains de santé, en agissant sur les déterminants de la santé, l'environnement, le cycle vital, les maladies et les groupes institutionnels;**
- **la réorientation du système de santé, qui concerne les unités de santé (centres de soins primaires, hôpitaux, services de santé publique), le diagnostic et le traitement, les ressources humaines, la qualité, les systèmes d'information;**
- **le soutien de la recherche et du développement en santé;**
- **la promotion des interventions dans le contexte de la santé internationale, avec la participation dans l'UE, la coopération avec l'OMS, la coopération avec les pays africains où est parlé le portugais, les négociations avec l'OMC et la coopération avec le Conseil de l'Europe.**

Les principaux déterminants en santé sont les modes de vie, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, la santé mentale, l'exclusion sociale et la violence. Les actions sur l'environnement concernent l'eau, les déchets, les risques chimiques, biologiques et radioactifs, le logement. Le cycle vital est relatif aux différents âges: enfants et femmes enceintes, jeunes, adultes et personnes âgées. Les maladies sont le sida, le cancer, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies dégénératives, les maladies mentales, la douleur et les soins palliatifs, les traumatismes et accidents. Enfin, les groupes institutionnels visés sont l'école, le milieu du travail et les prisons. Pour chaque item identifié est réalisé un état des lieux de la situation actuelle, puis les interventions nécessaires.

Le plan est essentiellement centré sur les professionnels de santé du NHS et sur les institutions avec lesquelles le NHS collabore. Ce plan s'inscrit dans une définition de ce qu'il est nécessaire de faire et comment le gouvernement central se positionne. En revanche, les manières de faire ne sont pas évoquées.

4.3 MODALITES DE PLANIFICATION

La Constitution portugaise stipule que l'organisation économique et sociale doit être guidée et coordonnée par un plan national. Il existe des organes de planification au niveau central, régional et local. La planification centrale relève principalement de la Direction Générale de la Santé, par le biais de plans soumis par les ARS.

Le SNS ne possédant pas sa propre administration au niveau central, l'essentiel des fonctions de planification, régulation et gestion revient au Ministère de la Santé. Le Directeur Général de la Santé n'a pas d'autorité hiérarchique directe sur les ARS, mais il peut faire des suggestions et conseiller. La plupart des ARS suivent la politique nationale, mais il n'existe pas d'obligation légale de le faire. Ainsi, chaque région applique la politique nationale à un rythme différent.

Dans le champ de l'investissement, il existe un plan spécifique, le Plan de Développement et d'Investissement de l'Administration Centrale, la plupart des capitaux provenant du budget de l'état. Depuis une législation en 1998, le Ministère de la Santé a un contrôle total sur l'achat et l'installation d'équipements de haute technologie dans le SNS et le secteur privé.

En 1998, a été définie une liste nationale de l'équipement en santé, qui décrit la répartition de certains équipements et services au Portugal, les variations régionales dans le nombre, l'âge et la répartition entre le secteur public et privé de ces équipements□

Tout le personnel dans le SNS a un statut de fonctionnaire et toutes les créations de postes doivent être approuvées par le Ministère des Finances.

ROYAUME-UNI

Dans ce chapitre sur le Royaume-Uni, nous présentons tout d'abord les éléments du contexte dans lequel s'inscrivent les dispositifs de définition des objectifs de santé. Dans un deuxième temps, nous présentons chacun des dispositifs avec les difficultés rencontrées et les questions soulevées par les parties prenantes au processus. Le Royaume-Uni est traité dans son ensemble sans distinction entre l'Irlande du Nord, le Pays de Galle et l'Ecosse. À l'heure où nous rédigeons ce rapport, ces régions acquièrent de plus en plus d'autonomie dans le cadre du processus de décentralisation amorcé depuis une dizaine d'année. Cependant, en matière d'objectifs de santé, ces régions ont calé leurs méthodes sur celles de l'Angleterre et bénéficient des travaux réalisés par cette dernière.

1 CONTEXTE

Le système de santé britannique repose sur un secteur public fort, le *National Health Service* (NHS) créé en 1948 sur le principe de l'universalité de l'accès aux soins. Ce système est financé par l'impôt et non par un système d'assurance sociale obligatoire. Depuis une dizaine d'années environ, le principe de centralisation très forte sur lequel s'est bâti le système de santé est peu à peu remis en cause au profit d'une responsabilisation et d'une autonomisation des acteurs.

Les indicateurs de l'état de santé de la population anglaise sont légèrement inférieurs à ceux des autres pays de la communauté européenne notamment en termes d'espérance de vie. En revanche, du fait d'une forte immigration, la population reste relativement jeune. Les dépenses de santé par rapport au PIB sont parmi les plus faibles.

Le Royaume-Uni est un pays dont la densité de population est relativement élevée avec une population relativement âgée. Issu du plan Beveridge de 1942, le service national de santé créé en 1948 en Angleterre complète une protection sociale qui obéissait à une logique de redistribution et non d'assurance. Par voie de conséquence, la participation financière des ménages et des entreprises provient des impôts qu'ils acquittent et non de cotisations sociales. Le système de santé est négativement réputé pour engendrer de longues files d'attente et ne pas offrir une qualité des soins maximale aux patients n'ayant pas de couverture maladie complémentaire.

Dans cette section, nous présentons le contexte de la politique de santé publique et de la définition des objectifs et priorités de santé par une description de la structure administrative de l'Etat et du système de santé.

1.1 UNE STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ETAT EN COURS DE DECENTRALISATION DEPUIS 10 ANS

La Grande-Bretagne est une monarchie constitutionnelle de fait, sans Constitution écrite. Son régime ne repose que sur quelques lois anciennes (la Grande Charte de 1215, l'Habeas corpus de 1679, la Déclaration des droits de 1689), la jurisprudence des tribunaux et des conventions coutumières.

La monarchie est la plus ancienne institution britannique, et l'attachement symbolique à la personne du monarque est un ressort essentiel du régime. C'est dans le prestige seul que réside l'essentiel du pouvoir du monarque□ il règne, mais ne gouverne pas, selon la formule consacrée. Symbole de la nation et de son unité, le souverain n'a de pouvoirs que symboliques, même si, en théorie, il pourrait déclarer la guerre ou opposer son veto à une loi.

La suprématie du Parlement est la pierre angulaire du régime. Il peut légiférer sur tout. Il est composé de deux assemblées: la Chambre des lords rassemble environ 800 pairs héritiers de leur titre, quelque 350 notables faits «pairs à vie» (leur titre n'est pas transmissible) et 26 hauts dignitaires religieux. Son pouvoir, qui n'a cessé d'être amoindri, se réduit de fait à un examen technique des lois. L'essentiel du pouvoir parlementaire appartient à la Chambre des communes, composée de 651 députés élus au suffrage universel direct pour cinq ans. L'opposition, dont le statut est officiellement reconnu (*Her Majesty's opposition*), critique le gouvernement, mais ne pratique pas l'obstruction systématique. La Chambre élit le Premier ministre, qui choisit les membres du cabinet. L'ensemble du gouvernement est responsable devant les députés.

Depuis 1945, la prépondérance de l'exécutif s'est affirmée□ le Premier Ministre et le cabinet gouvernent en s'appuyant sur le parti majoritaire□ ils sont le plus souvent à l'initiative des lois. Ce système déséquilibré repose cependant sur un bipartisme très contraignant□ seuls deux grands partis de gouvernement se disputent le pouvoir. Le chef du parti vainqueur devient automatiquement Premier Ministre. L'alternance se joue donc fort simplement, à deux, sans nécessité d'alliances gouvernementales, d'où la position très forte du Premier ministre. Seuls les élus nationalistes gallois, écossais ou irlandais empêchent la formation d'une majorité stable.

Le principe du *Local Government*, accorde une forte autonomie aux pouvoirs locaux et aux collectivités territoriales. Toutefois, le pouvoir britannique est confronté à des problèmes nationaux délicats. Les problématiques de décentralisation, réforme de la chambre des Lords et réforme du système d'élection pour les élections nationales et locales ont été mises en avant par le gouvernement Travailleiste. Les réformes ont conduit à la création d'une Assemblée Nationale au Pays de Galles, et d'un Parlement en Ecosse.

En Angleterre, le système de gouvernement local est constitué de représentants des conseils de province et municipaux. L'Irlande du Nord est constituée de 26 districts. L'Ecosse est constituée de 9 régions et de trois îles. Le Pays de Galles est constitué de 8 provinces.

1.2 POINTS CLEFS DU SYSTEME DE SANTE

En 1948, le système de santé britannique repose sur le Service National de Santé (NHS) qui prend la relève du système d'assurance sociale (*Social Insurance System*) en vigueur depuis 1911. L'organisation est fondée sur les principes suivants□

- L'Etat offre des soins gratuits à l'ensemble des personnes en situation régulière et qui en exprime le besoin.
- Le financement est assuré par l'impôt et est proportionnel au revenu.
- Les prestataires de soins sont autonomes□ ils ont une liberté d'installation et de prescription. Ils ont la possibilité d'exercer dans le privé, le public ou les deux. Pour exercer dans le public, ils passent un contrat avec le service national de santé.

Le service national de santé a connu des réformes en 1974, 1982, 1991 et 1997. Le financement de ce système est principalement assuré par l'Etat par le biais de l'impôt□ le solde étant à la charge d'un Fonds national de solidarité alimenté par des cotisations salariales et des ménages.

Ces réformes institutionnelles ont toutes eu pour objet de déléguer davantage de pouvoir aux autorités de proximité et de favoriser la confrontation acheteurs-fournisseurs de soins. Les ressources du ministère de la santé ont été largement redéployées aujourd'hui autour de huit autorités régionales et de comités locaux de médecine familiale dont les pouvoirs n'ont cessé de s'étendre afin de faire contrepoids aux hôpitaux eux-mêmes autonomisés (*trusts*). La fonction du ministère de la Santé se concentre (avec ses agences) sur une fonction de garant□ définition de standards de soins, information sur les centres d'excellence, évaluation, inspection, soutien des expériences de centres communautaires, intervention dans les zones déficientes et sanctions. Les autorités régionales procèdent à une politique de sous-traitance des activités auxiliaires des soins mise en œuvre par des managers issus du secteur commercial qui développent les appels d'offre.

En 1993, le financement du système de santé est assuré à 82% par l'impôt, 13% par des taxes et 4% par les ménages. Les coûts de gestion du système représentent 7% du budget. Les soins primaires sont exercés par les médecins généralistes (*General Practitioner*) qui sont le point d'entrée dans le système de santé, en dehors de l'urgence. Les médecins généralistes sont libres d'adhérer au service national de santé. En fonction du contrat qu'ils passent avec le NHS, les types de soins et les rémunérations pourront être variables. La rémunération est composée d'une allocation de base couvrant les frais fixes, de diverses indemnités (incitations à s'installer dans des régions à faible densité médicale, incitations au regroupement, à la formation continue...), de subventions (emploi de personnel auxiliaire ou administratif) et d'une somme forfaitaire pour chaque personne inscrite auprès de lui (rémunération à la capitation). Cette somme est calculée en fonction de l'âge et représente environ 50% des revenus. Un paiement à l'acte complète la rémunération des médecins et porte sur les prestations spécifiques comme la vaccination, le dépistage de cancers, la prescription de contraceptifs ou les consultations de nuit. **Grâce à cette rémunération à l'acte, l'administration de la santé peut orienter les priorités de santé publique.** En dehors du temps qu'il s'est engagé à consacrer au NHS, le médecin a la possibilité de pratiquer la médecine libérale.

Au 1er avril 1999, 481 groupes de soins primaires (PCGs) existaient en Angleterre. Première étape de remplacement du " *Fundholding* " par un système de coordination entre tous les fournisseurs de soins primaires. Les PCGs couvrent tous les services de soins primaires à l'intérieur d'une aire donnée et sont responsables de la santé des populations concernées, en développant les soins primaires, en négociant les soins secondaires, en recherchant la qualité, et en réduisant les inégalités dans le domaine de la santé.

Depuis avril 2000, les PCGs ont la possibilité de devenir des structures de soins primaires, indépendantes des autorités sanitaires locales, avec plus de pouvoir pour acheter ou fournir des services délivrant des soins. Les médecins généraux (MG) sont conscients qu'ils auront alors moins d'influence au sein de ces structures issues des PCGs et que celles-ci ébranleront le rôle traditionnel de " *Gatekeeping* " ou passage obligé par le généraliste.

L'Ecosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord ont des propositions d'évolution propres à l'intérieur de cette réforme du NHS. Ainsi, les MG écossais seront tenus à l'écart des commissions d'achat de soins secondaires.

Le plan du gouvernement de 1997 avait mis l'accent sur le développement de la qualité, par l'intermédiaire de recommandations cliniques, ainsi que sur l'auto-évaluation. De nombreuses critiques de la part des médias ont été faites qui mettaient en cause la qualité à l'intérieur d'un système aussi directif (*Gatekeeping*). La profession a fait depuis des propositions pour renforcer l'auto-évaluation, y compris par des revalorisations couplées à la possibilité de conventionnement.

De 1991 à 1995, les hôpitaux du service national de santé ont été transformés en structures publiques indépendantes appelées *trusts*. Ces *trusts*, indépendants et non gouvernementaux, assurent des soins secondaires et tertiaires. Ils passent des contrats avec les acheteurs de soins (médecins généralistes et autorités locales du NHS) pour l'ensemble de leurs prestations. Cette mise en compétition entre les *trusts* sur les prestations doit les inciter à réduire leurs coûts. Les *trusts* sont libres de déterminer leur taille, le prix de leurs prestations et les conditions de travail de leurs personnels. L'ensemble de leurs fonds est contrôlé par le ministère de la santé auquel ils doivent rétrocéder 6% de leur budget.

Pour bénéficier de la gratuité des soins, le consommateur doit s'inscrire sur la liste d'un médecin généraliste (le choix est libre, mais le changement demeure difficile). En 1999, un nouveau comité, l'Institut National d'Excellence Clinique (*National Institute of Clinical Excellence*), a été créé pour évaluer l'éventuelle prise en charge par le service national de santé des produits de santé innovants, sur la base de leur valeur clinique et économique.

Le consommateur peut également bénéficier de soins privés, encouragés par des listes d'attente importantes en cas de soins non urgents. Ces soins couvrent les soins primaires (pratique mixte publique/privée des médecins généralistes) et les soins hospitaliers grâce à la présence de lits privés dans des hôpitaux publics et de cliniques strictement privées. Pour couvrir ces frais, 11% de la

population a contracté une assurance privée. Les possibilités de déductions fiscales ont favorisé le développement des assurances privées en faveur des personnes âgées.

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION CENTRALE

Le Département de la santé (*DoH*) sous la direction du secrétariat d'Etat à la santé, avec l'équipe ministérielle composée de 5 membres, est responsable de la santé et des services sociaux en Angleterre. Les secrétaires d'Etat à la santé d'Ecosse, du pays de Galles et de l'Irlande du Nord ont des compétences séparées.

En Angleterre, le **Département de la Santé** définit l'ensemble des politiques de santé, comprenant les politiques de santé publique et les actions sur les autres déterminants de la santé que sont l'environnement et l'alimentation. Le Département de la Santé anglais contrôle directement le système national de santé (*National Health System*). Le secrétariat d'Etat à la santé est composé du «**Secrétariat permanent**», du *Chief Medical Officer* (CMO), et du **NHS exécutif**.

En 1997, un ministre d'Etat à la santé publique est nommé pour la première fois. Celui-ci a des compétences relativement étendues incluant entre autre la définition de la stratégie de santé publique, la promotion de la santé, les maladies transmissibles, le planning familial et la sécurité alimentaire. Actuellement une attention toute particulière est portée sur les problèmes d'inégalités de santé.

Une autre innovation importante est la création d'une division au sein du département de la santé avec comme responsabilité la conduite de programme de recherche et de développement orientés vers des problématiques pertinentes pour la gestion du NHS. Le premier directeur de cette division fut nommé en 1991. Les recherches se sont orientées vers les problématiques de prise de décision concernant le NHS. Depuis, un programme national de recherche et de développement, associé à une série de programmes régionaux, a joué un rôle majeur dans le missionnement et le financement de recherches liées aux besoins du NHS.

Le gouvernement travailliste accorde une importance considérable à la coordination des politiques entre les ministères. Cette approche souligne le rôle des autres ministères dans les problématiques de santé. Le **département de sécurité sociale** (*Department of social security*) a en charge le financement des aides sociales. Le **département de l'environnement, des transports et des régions** (*Department of the Environment, Transport and the Regions*) a en charge l'administration des services sociaux par le biais des autorités locales. Le **ministère de l'agriculture, de l'alimentation et de la pêche** (*Ministry of Agriculture, Food and Fisheries*) qui a en charge la définition de standards. Le Département de l'Education et de l'Emploi (*Department for Education and Employment*) finance la formation médicale continue et initiale.

Le NHS est constitué de quatre organisations principales□ les bureaux régionaux du NHS exécutif (*Regional offices of the NHS Executive*), les autorités de districts de santé, les praticiens généraux détenteurs de fonds et les NHS trusts.

2.2 ADMINISTRATION REGIONALE

Il existe 8 bureaux régionaux. Ces régions assurent le management des unités sanitaires pour le compte du NHS. Chaque district passe un contrat avec le bureau régional spécifiant les tâches à réaliser tout au long de l'année suivante. Les trusts doivent eux aussi rendre compte de leur performance aux bureaux régionaux.

2.3 RÔLE DES ASSOCIATIONS DE CONSOMMATEURS

Il existe un nombre pléthorique d'associations de consommateurs travaillant pour le compte des patients. Une grande partie est constituée autour des intérêts des personnes atteintes de maladies telles que le SIDA, ostéoporose, diabète, leucémie... D'autres associations s'occupent des intérêts de certaines catégories de personnes tel le «*Age Concern*» qui défend les intérêts des personnes âgées.

Ces associations diffusent l'information aux patients, à leurs proches et travaillent aussi à l'amélioration des soins fournis par le NHS.

L'association des patients, association indépendante, travaille à promouvoir les intérêts des patients en général. D'autres mécanismes formalisés d'intégration des intérêts des patients existent au travers des conseils de santé communautaires et des comités de soins primaires.

Les conseils de santé communautaires (*Community Health Councils*) constituent un lien entre le NHS et la communauté, séparant le management de l'offre de soins et la représentation des intérêts des patients et de la communauté. Les conseils de santé sont au nombre de 207 et sont constitués de 16 à 30 membres dont la moitié sont des représentants des autorités locales, un tiers sont élus par le secteur local volontaire et le reste nommé par le secrétaire d'Etat à la Santé. Les conseils sont financés par un budget national détenu par le NHS exécutif, mais sont indépendants de la structure de management du NHS.

2.4 CORPS PROFESSIONNELS

L'association médicale britannique (*British Medical Association*) est à la fois une organisation professionnelle de médecins et un syndicat indépendant de protection des intérêts professionnels et personnels de ses membres. Plus de 80% des médecins sont membres de cette association. La régulation et le contrôle de la profession médicale relève de la responsabilité du Conseil Général Médical (*General Medical Council*). Des organisations similaires existent pour les autres professions de santé telles que l'association dentaire. Il y a aussi plusieurs syndicats représentant les professionnels de santé. Les principaux sont *UNISON*, qui représentent les intérêts des fonctionnaires de l'Etat et *MSF* qui représente plus de 60 000 professionnels, dont les professionnels paramédicaux du NHS.

De plus, chaque spécialité médicale est dirigée par un Collège Royal (*Royal College*), responsable de l'évaluation des pratiques et de l'attribution de qualifications et dans la plupart des cas de la formation continue, la définition de recommandations cliniques et l'audit médical.

2.5 SECTEUR PRIVE

En 1996, 25 assureurs privés offraient une assurance médicale au Royaume-Uni. 7 d'entre eux étaient à but non lucratif. La majorité d'entre eux rentrèrent sur le marché dans le courant des années 1980.

Du côté de l'offre, il y a environ 230 hôpitaux médicaux et chirurgicaux indépendants. Cinq groupes principaux dominent le marché : *General Healthcare Group Ltd*, *Nuffield Trust Ltd*, *BUPA Hospitals Ltd*, *Community Hospitals Group* et *PPP Columbia Healthcare Ltd*. Ces cinq groupes correspondent à 60% des hôpitaux privés et 65% des lits privés.

3 PRIORITES NATIONALES DE SANTE PUBLIQUES, PROGRAMMES REGIONAUX ET PROPOSITIONS LOCALES

Le dispositif britannique de définition d'objectifs et de stratégies de santé est un dispositif qui attire l'attention dans la mesure où celui-ci a atteint un niveau de maturité unique en Europe. En effet, les profondes difficultés du système de santé et le niveau de santé de la population ont conduit le gouvernement à réorganiser les modalités de régulation de l'activité sanitaire et sociale.

La structuration du processus repose sur trois principes majeurs □ le niveau national définit les priorités de santé et les objectifs quantitatifs à atteindre et établit des recommandations de pratiques et de stratégies pour chacune des priorités. Les niveaux régionaux définissent alors leurs plans régionaux en les inscrivant dans les priorités et les recommandations nationales. Ces plans définissent l'ensemble des actions envisagées pour atteindre les objectifs régionaux et définissent un ensemble d'indicateurs d'évaluation des résultats. Sur la base de ces plans, les offreurs de soins font des propositions d'interventions qui sont alors analysées par les autorités locales et financées sur la base de contrats.

Nous présentons dans cette section, dans un premier temps les travaux réalisés au niveau national (les priorités, objectifs et recommandations). Puis dans un deuxième temps nous présentons les stratégies telles qu'elles sont définies au niveau local. Nous concluons enfin par quelques avis recueillis.

3.1 PLAN DE SANTE ET RECOMMANDATIONS NATIONALES

En ce qui concerne les objectifs de santé, le Royaume-Uni a défini dès le début des années 1990 au travers du plan quadriennal «*Health of the Nation Strategy*» des objectifs quantitatifs à atteindre en termes de prise en charge et d'état de santé de la population. En 1996 un second plan a été défini qui amorce le processus d'autonomisation et de responsabilisation des acteurs par la mise en place de mécanismes de contractualisation, et qui détermine un ensemble de recommandations visant à améliorer la qualité de l'ensemble des prestations sanitaires et sociales.

3.1.1 NATURE ET CHAMP

Depuis sa création en 1948, le NHS doit faire face à des crises financières et des agitations politiques continues à propos des délais d'attente pour les patients. Les gouvernements successifs affirment qu'il n'y a pas de mécanismes de rationnement en place dans le système de santé. Cependant les mécanismes de listes d'attente sont des mécanismes directs de rationnement. Cette forme de rationnement est toujours bien présente dans le système britannique malgré les réformes successives du gouvernement Thatcher et du gouvernement Blair visant à introduire plus de coopération entre institutions et plus de mécanismes de marché pour réguler les actions.

Au début des années 1990, le constat est fait que les indicateurs de l'état de santé de la population britannique ne sont pas très bons comparativement aux autres pays développés et que le système de santé ne permet pas de répondre aux besoins de la population par des prestations suffisantes en nombre et en qualité. Les inégalités sociales très fortes et l'importance des disparités économiques entre régions conduisent à une réflexion globale de santé publique visant à définir les axes prioritaires de travail.

Ainsi, l'identification de priorités, trouve son origine dans «*Health of the Nation Strategy*», plan du gouvernement diffusé en 1992 qui identifie 5 priorités et 25 objectifs-cibles quantitatifs. En 1992, un comité ministériel composé de représentants des différents départements du gouvernement avait été créé afin de contrôler le développement, la mise en œuvre et le pilotage de la stratégie. Cependant, il n'existe aucune preuve que ce comité se soit déjà réuni.

En 1996, dans le prolongement de la stratégie de définition de priorités de santé, le Royaume-Uni a défini au travers de «*Our Healthier Nation*» quatre priorités de santé publiques déclinées en

objectifs-cibles précis. Laissant aux régions le soin de décliner ces cibles en activités de prévention et de traitement.

Les 4 priorités de « <i>Our healthier nation</i> »	
Priorités	Objectifs pour 2010
Infarctus et pathologies cardiovasculaires	Réduire de 33% le taux de mortalité chez les personnes âgées de moins de 65 ans
Les accidents nécessitant une hospitalisation et/ou l'intervention d'un médecin généraliste	Réduire de 20% le taux de ces accidents
Les cancers	Réduire de 20% le taux de mortalité chez les personnes âgées de moins de 65 ans
Les maladies mentales	Réduire de 17% le taux de mortalité par suicide et blessures diverses

Responsabilité partagée

Reconnaissant ses limites en matière d'intervention, le gouvernement appelle l'ensemble des individus, institutions et organismes à participer à la hauteur de leur moyen à ce projet. Avec cette notion de responsabilité partagée, il propose alors un véritable contrat national pour la santé «*Contract for Health*» pour chacune des quatre priorités. Ce nouveau contrat concerne l'ensemble des acteurs qui sont divisés en **trois grandes catégories**, auxquelles sont assignés des domaines de compétences et des pouvoirs d'intervention

- Le **gouvernement** et tout organisme ou comité ayant une action au niveau national
- Tout **organisme ou comité** ayant une action au niveau local
- La **population**

Exemple du «National contract» établi pour la priorité «Infarctus et pathologies cardiovasculaires»

Objectif : réduire de 33% le taux de mortalité chez les personnes âgées de moins de 65 ans d'ici 2010			
	La population peut	Les acteurs nationaux peuvent	Les acteurs locaux peuvent
Social et économique	Saisir des opportunités pour améliorer sa vie et celle de la famille par un recours à l'exercice, à une meilleure éducation et au travail	Augmenter les taxes sur le tabac, aborder les problèmes des chômeurs, de l'exclusion sociale, de l'insuffisance de l'éducation ainsi que tous les facteurs pouvant jouer défavorablement sur la santé	Aborder le problème de l'exclusion sociale et des répercussions sur les modes de vie et la santé
Environnement	Respecter les non fumeurs	Encourager les employeurs locaux et autres à installer des zones non fumeurs	Encourager les employeurs et autres à installer des zones non fumeurs. Encourager les employeurs et l'encadrement à mettre en place des méthodes de travail de manière à diminuer le stress Développer des voies propres aux cycles et à la marche
Mode de vie	Arrêter de fumer ou diminuer Faire attention à l'alimentation	Promouvoir l'arrêt de la publicité sur le tabac Durcir la vente des cigarettes aux jeunes Développer des «Healthy living centers» Améliorer l'accès à une nourriture plus équilibrée Fournir des informations sur les risques liés à la consommation de tabac, à une alimentation déséquilibrée et à un manque d'activité physique.	Encourager le développement des «Healthy Schools» et des <i>Healthy Workplaces</i> Mettre en place la politique des transports visant à développer la stratégie nationale sur les cycles et à encourager le recours à la marche Fournir des informations pour l'amélioration de la santé au travers des modes de vie pour les populations à risque.
Services	Apprendre à reconnaître les signes d'une attaque et savoir ce qu'il faut faire (incluant les techniques de réanimation) Faire contrôler la tension artérielle régulièrement Prendre les médicaments exactement comme le médecin l'a prescrit	Encourager les médecins, infirmiers et autres professionnels de santé à prodiguer des conseils, S'assurer de la formation des professionnels de la restauration en matière d'alimentation équilibrée S'assurer de la formation des professionnels du loisir en matière d'activité physique	Fournir de l'aide à toutes les personnes désirant cesser de fumer Améliorer l'accès à une plus grande variété de nourriture de qualité aux populations en difficulté Fournir des infrastructures et équipements pour l'activité physique et la relaxation ainsi que des moyens de transport convenables Identifier les populations à risque pour l'infarctus et les pathologies cardiovasculaires et leur fournir des services de qualité.

3.1.2 LES MODALITES DE DEFINITION

C'est le ministre de la santé qui a la compétence pour définir la stratégie de santé publique du système national de santé. Une division existe au sein du département de la santé chargée de réaliser des recherches sur les problématiques de décisions concernant le NHS. C'est un système encore fortement centralisé malgré une «Autonomisation» progressive des régions en matière de santé, dans la mesure où les allocations budgétaires relèvent toujours du niveau central.

Le niveau national définit les objectifs et des objectifs-cibles et les niveaux locaux déclinent ces objectifs-cibles en actions. Le gouvernement national définit les priorités de sa santé publique avec des objectifs quantitatifs associés (*our healthier Nation*), puis il définit les stratégies à mettre en œuvre et

émet des recommandations de pratiques pour atteindre ces objectifs au travers de rapports réalisés sur chacune des priorités (*National Service Frameworks*). Chaque priorité donne lieu à la production d'un *National Service Framework* qui notamment définit les interventions clefs et détermine des stratégies de mise en œuvre de celles-ci. Les recommandations identifient, pour chaque priorité, les zones prioritaires, où le NHS dirige et contrôle seul les activités, et les zones où il partage cette responsabilité avec les services sociaux locaux (*local government social services departments*).

3.1.2.1 CHOIX DES PRIORITES DE SANTE

Le choix des priorités de santé se déroule en deux grandes étapes. Tout d'abord il y a élaboration et distribution d'un recueil, le «**Green Paper**», comprenant des propositions et les stratégies de mise en œuvre au niveau national et local. Ce dernier est envoyé à **toutes les personnes concernées** par le projet afin qu'elles puissent s'exprimer, juger des solutions proposées et pouvoir suggérer des modifications au processus initial. Puis par rapport à l'ensemble de ces informations, une version finale, sous la forme d'un **livre blanc** est proposée. Il définit l'ensemble des objectifs choisis et les stratégies pour y parvenir.

L'élaboration du *Green paper* s'est faite sur la base de deux rapports sur la stratégie des cinq dernières années et ses résultats. Ces rapports ont été réalisés par deux laboratoires de recherches universitaires pour le compte du Département de la Santé.

Les méthodes d'évaluation utilisées reposent sur plus de 250 entretiens individuels ou de groupe avec des acteurs clefs du système de santé (membres des autorités nationales et locales, professionnels de santé, représentants des usagers, ...). Plus de 400 documents ont été analysés ainsi que les données financières.

Trois critères de sélection ont été retenus

- Cause majeure de morts prématurées et/ou d'évènements évitables
- Domaines au sein desquels une amélioration est réalisable compte tenu des moyens disponibles
- Possibilité de fixer des objectifs et disposer d'un système d'informations de qualité permettant de faire le suivi.

3.1.2.2 L'ELABORATION DES NATIONAL SERVICE FRAMEWORK

L'élaboration des recommandations est réalisée sur la base de groupes de travail réunissant les fournisseurs de soins, des représentants d'usagers et des experts.

Chaque *National Service Framework* est constitué de trois chapitres le premier chapitre définit les recommandations, le second définit des actions envisageables pour mettre en œuvre les recommandations, le troisième chapitre définit les indicateurs retenus pour évaluer les progrès réalisés.

Chaque priorité est analysée sous 4 axes: la promotion de la santé, l'accès au service de soins, la qualité des prestations et la gestion des professionnels. Pour chacun de ces axes sont définis des standards qui sont justifiés.

Exemple du chapitre 1 issu du *National Service Framework* sur la santé mentale

Priorité santé mentale	Axe accès aux services de soins
Standards	Chaque personne qui contacte le service de soins primaires avec un problème courant de santé mentale doit faire l'objet d'une identification et d'une évaluation de ses besoins, d'une part, doit être orienté vers la structure adéquate et bénéficier du traitement efficace, d'autre part.
Justifications	Les problèmes de santé mentale sont courants. La majorité des soins est dispensée par les structures de soins primaires et cela devrait être la même chose en santé mentale.
Modèles	Les centres locaux de santé et les centres sociaux doivent développer la capacité et l'aptitude des soins primaires à prendre en charge les problèmes de santé mentale et ceci par <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de protocoles • La gestion de l'adressage aux spécialistes nécessaires • Aider les patientes et leurs familles à comprendre le problème de santé mental et le traitement associé et les orienter vers les associations locales de discussion et d'entraide.
Évaluation de la performance	La performance est évaluée au niveau national par <ul style="list-style-type: none"> • L'amélioration long terme de la santé psychique de la population réalisée au travers d'une enquête nationale de morbidité psychiatrique • La réduction du taux de suicide • Le respect des recommandations cliniques en matière de prescription médicamenteuse • L'accès à des thérapies psychologiques • Revue de dossiers et notamment des dossiers de patients issus de communautés minoritaires.
Répartition des rôles et des responsabilités	Organisation pilote Primary care group Partenaires clefs les médecins généralistes, les autorités locales, les trusts, les fournisseurs indépendants.

L'ensemble des recommandations faites dans les trois chapitres est défini à partir des travaux d'un groupe de référence externe. Ces groupes de référence réunissent des professionnels des systèmes sanitaires et sociaux, des usagers, des managers d'institutions sanitaires et sociales et des représentants d'agences partenaires.

À partir des objectifs définis par le gouvernement et des recommandations réalisées, les régions déterminent leurs programmes régionaux de santé.

3.2 LES PLANS STRATEGIQUES : LES DELIVERY PLANS OU FRANCHISE PLANS

Les plans stratégiques triennaux sont préparés par les départements de planification, finance et santé publique (*Planning, finance and public health departments*) de chaque autorité sanitaire de district et sont approuvés par le comité sanitaire de district (*Health authorities board*).

Ces plans stratégiques sont définis selon 5 étapes principales

- Identification des priorités nationales et locales et des objectifs-cibles des trois prochaines années
- Détermination des capacités nécessaires pour répondre à ceux-ci.
- Détermination des responsabilités respectives de chaque organisation sanitaire et sociale.
- Établissements de plans robustes qui montrent systématiquement comment les améliorations sont envisagées et quelles sont les implications des professionnels et du public nécessaires.
- Amélioration de la communication locale et de l'information au public de manière à rendre compte des progrès réalisés et de la valeur ajoutée chaque année.

Chaque autorité sanitaire met en place des techniques différentes de prise de décision concernant les objectifs-cibles. Et la réflexion est plus ou moins nourrie de l'avis des citoyens, professionnels, universitaires.

3.3 LES OFFREURS DE SOINS COMME FORCE DE PROPOSITION

Sur le plan local, les autorités sanitaires doivent assurer la coordination et la mise en œuvre de la stratégie au travers d'alliances avec d'autres organisations, telles que les autorités locales, les agences volontaires et le secteur privé.

Le choix des stratégies à mettre en œuvre repose sur un principe similaire à l'appel d'offre. En effet, les plans triennaux régionaux définissent l'ensemble des objectifs de la région, les recommandations nationales définissent l'ensemble des stratégies envisageables. Sur cette base, les offreurs de soins font des propositions d'action. Sur la base de ces propositions d'action, les autorités locales choisissent alors les actions qu'elles souhaitent voir mettre en œuvre et contractent avec les offreurs de soins concernés. Les indicateurs d'évaluation sont définis ainsi que les financements.

Un système de cotation est mis en place. Une institution qui parvient à atteindre les objectifs fixés se voit alors attribué un certain nombre d'étoiles qui vont conditionner ses financements futurs.

3.4 POINT DE VUE

Le gouvernement central a un rôle clef dans la mesure où il est le garant d'une politique de santé homogène, fondée sur des preuves scientifiques et réduisant les inégalités. Les niveaux locaux ont besoin d'un soutien du niveau central afin de développer leurs stratégies de santé. Or celui-ci semble faire défaut et une certaine démotivation caractérise les actions de santé des institutions locales. En effet, le modèle en théorie séduisant d'autonomisation et de responsabilisation des acteurs par des mécanismes de type *appel d'offre* trouve ses limites dans le manque d'organisation de l'évaluation des projets et le manque de cohésion des institutions locale. De plus, des financements importants ont été annoncés par le gouvernement, mais ces financements ne semblent pas parvenir jusqu'au bas de la chaîne et notamment dans les zones défavorisées qui se sentent lésées face à des problèmes sociaux importants.

Il semble qu'il y ait de plus un problème non résolu de niveau de la décision. Pour l'instant celle-ci est encore fortement centralisée quant à la définition des objectifs du système de santé. Mais de nombreuses critiques sont émises et notamment sur la vision court terme et non long terme du département de la santé, motivé par des contraintes politiques.

Une autre critique formulée à l'encontre de la politique de santé du Département de la Santé est le manque de crédibilité de certains objectifs-cibles qui de plus sont orientés uniquement sur la base des maladies. Certes, les objectifs sont définis par des indicateurs fixés précisément (e.g. réduire le taux de mortalité dû au cancer du poumon d'au moins 30% chez les hommes et 15% chez les femmes pour 2010). Mais cette précision fait perdre de la crédibilité aux mesures elles-mêmes. De plus, l'orientation morbidité des objectifs est beaucoup trop centrée sur le curatif et le préventif court terme sur des comportements individuels (tabagisme ou alcoolisme par exemple) et néglige tous les autres facteurs de plus long terme).

Hunter D., Fulop N. et Warner M.¹⁵ dénoncent quant à eux un manque de diffusion et de communication de la stratégie nationale de santé tant auprès des autorités locales que des professionnels et du public. Par conséquent, les orientations stratégiques ont perdu en effectivité.

¹⁵ Hunter D., Fulop N. et Warner M., «From Health of the Nation to Our Healthier Nation», *Policy Learning Curve, European Center for Health Policy*, N°2, August 2000, 27p.

SUEDE

1 CONTEXTE

La Suède est fréquemment perçue comme synonyme d'Etat providence le plus élaboré. De cette conception a découlé l'expression «*le modèle suédois*». Recouvrant une multitude d'aspects très divers, cette notion s'applique en particulier au système d'assurances sociales, considéré comme un archétype universel dans la mesure où il est censé couvrir tous les citoyens, voire tous les résidents. En réalité, l'Etat suédois n'a jamais été réellement universaliste, le droit à diverses prestations sociales ne reposant pas uniquement sur des critères de résidence, mais aussi sur des critères de condition de ressources, d'activité professionnelle et d'affiliation volontaire. La sécurité de revenu garantie par le système d'assurance sociale a été largement remise en cause par la profonde récession économique des années 1990¹⁶.

La Suède est un pays qui connaît un vieillissement de la population relativement important et qui a dû faire face à une série de difficultés économiques au cours des trente dernières années. C'est pourquoi, celle-ci a rapidement mis en place des mécanismes de redressement économique et de contingentement des dépenses publiques.

L'espérance de vie des suédois est relativement bonne par rapport aux autres pays de l'Union Européenne. L'état de santé de la population suédoise s'est amélioré notamment par une réduction des maladies et lésions cardiovasculaires. Cependant, la consommation d'alcool reste un phénomène préoccupant ainsi que l'augmentation de la précarité de la santé psychique.

Dans cette section, nous présentons le contexte de la politique de santé publique et de la définition des objectifs de santé par une description de la structure administrative de l'Etat et du système de santé.

1.1 UNE STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT DECENTRALISEE

La Suède est une monarchie parlementaire. Le roi est le chef de l'Etat, mais sa position est uniquement symbolique et le pouvoir est détenu par le Parlement. Les processus administratifs reposent sur trois niveaux élus démocratiquement : le *Riksdag* au niveau national, les Conseils des 21 provinces (*landsting*) au niveau régional et les 289 municipalités au niveau local, chacun des niveaux ayant des sphères de compétences différentes. Les élections quel que soit le niveau ont lieu tous les quatre ans. Le *Riksdag* élit le Premier Ministre qui nomme les membres du gouvernement.

Au plan régional, l'Etat est représenté par le Bureau Administratif Départemental (*Länsstyrelsen*) qui en constitue le bras séculier. Les membres des Bureaux Administratifs de chaque province sont nommés par le conseil départemental. Les champs de compétences du bureau sont principalement l'offre de soins médicaux et dentaires, le transport public, le tourisme et la culture dans la région.

Le troisième niveau administratif est constitué par les municipalités. La Suède comprend 289 municipalités avec leur propre champ de compétences. Les municipalités sont généralement constituées d'un conseil exécutif municipal, d'un conseil municipal et de plusieurs comités locaux. Le conseil exécutif municipal conduit, coordonne et contrôle l'ensemble des affaires municipales. Le

¹⁶ Institut suédois, «*Assurance Sociale en Suède*», *feuilleton de documentation sur la suède*, avril 2002, 4p.

conseil municipal prend des décisions concernant les taxes, les objectifs et les budgets pour la collectivité ainsi que pour les comités.

Les municipalités sont responsables des problématiques locales en relation avec l'environnement immédiat des citoyens (éducation, soins à l'enfance, soins aux personnes âgées, routes, eau, système d'évacuation, énergie...). Les prélèvements obligatoires (taxes proportionnelles sur le revenu) réalisés par les provinces et les municipalités sont directement affectés au financement des services rendus.

La croissance économique suédoise s'est accélérée dans les années 50 et 60, malgré une inflexion au cours des années 70 à laquelle l'Etat a répondu par une expansion de la politique économique et une augmentation des salaires, mesures qui n'ont pas eu les résultats attendus. Une série de dévaluations sont alors réalisées dans les années 1980 pour favoriser l'exportation. La déréglementation des marchés financiers a, quant à elle, engendré un accroissement de la consommation. Dans le courant des années 1990, la Suède doit renoncer à la fixité de son taux de change et le cours de la couronne suédoise chute immédiatement de 25%. Parallèlement, les exportations décroissent ce qui conduit à un fort taux de chômage.

Afin de relever l'économie, le gouvernement resserre la contrainte budgétaire et se concentre sur les mesures économiques à mettre en place. En 2000, les taux d'intérêts ont diminué, la consommation a repris ainsi que les exportations (47% du PIB).

1.2 UNE OFFRE DE SOINS PUBLIQUE FINANCEE LOCALEMENT

L'offre de soins relève du secteur public et l'offre du privé est relativement marginale et soumise aux mêmes contraintes d'autorisations et de régulation. En 1994, 90% des médecins exercent dans le public. C'est en 1947 que la population reçoit une couverture pour les soins ambulatoires. Le programme national d'assurance maladie tel qu'il existe aujourd'hui a été mis en place en 1954. Le système de santé suédois est décentralisé au niveau de sa gestion et pour partie au niveau du financement.

La Suède est composée de 7 régions sanitaires, chacune constituée de trois provinces en moyenne. Chaque région compte au moins un hôpital régional qui comporte la plupart des spécialités médicales et auquel est affiliée une école médicale pour développer l'enseignement et la recherche. Chaque province possède au moins un hôpital central (15 à 20 spécialités médicales) et des hôpitaux de district (4 spécialités au moins □ médecine interne, chirurgie, anesthésie et radiologie). Les soins primaires sont gérés au niveau local et prodigués par les médecins du district dans des centres de soins.

L'offre de soins est sous la responsabilité des **conseils de provinces** qui constituent des organes de l'Etat régionaux et indépendants. Cependant, leur autorité ne peut prévaloir sur les droits constitutionnels des municipalités.

Chaque conseil est généralement constitué de plusieurs «districts» sanitaires, chacun ayant en charge son bassin de population. Un district est constitué d'un hôpital et de plusieurs unités de soins primaires. Les districts sanitaires recouvrent généralement les municipalités locales.

Les conseils de province ont la possibilité de prélever un impôt proportionnel sur le revenu (en 1999, 66% de leur budget provient des taxes prélevées directement). Le reste est constitué de 21% d'allocation de l'état, et 11% d'autres sources.

Les conseils de provinces sont responsables de l'offre de soins, des soins primaires aux soins hospitaliers en incluant la santé publique et la prévention. Généralement, le conseil élit un comité hospitalier qui définit les modalités d'organisation et de gestion.

L'Etat s'assure de l'efficacité du système et que les objectifs de santé qui ont été fixés par le gouvernement sont atteints □ il est également responsable de la recherche et de la formation des médecins, alors que la formation des personnels paramédicaux relève de la responsabilité des provinces. Le financement des systèmes de santé est assuré par plusieurs sources □ tout d'abord par des impôts sur le revenu qui sont collectés par l'Etat et les provinces, puis par les cotisations employeurs

et enfin par la contribution directe des ménages sous la forme de tickets modérateurs à acquitter lors de consultations médicales ou de l'achat de médicaments. Les jeunes de moins de 20 ans sont exonérés de ticket modérateur. Ainsi, 70% environ des dépenses de santé proviennent des impôts et taxes locaux, 10% par des impôts et taxes nationaux, le reste étant à la charge de l'utilisateur.

Depuis 1993, une réforme du système de santé est en cours, elle s'inspire de la réforme du système anglais. Le but est d'introduire une forme de concurrence entre les offreurs de soins par le biais de marchés internes—par exemple, les médecins généralistes reçoivent un budget calculé sur la base de la liste des patients qu'ils suivent ce qui leur permet d'acquérir pour leurs patients malades les soins nécessaires auprès d'autres offreurs. Un système de tarification des soins hospitaliers basé sur le concept de groupe homogène de malades est en cours.

Le système de soins suédois est quasi exclusivement public et repose sur le niveau régional. Il est composé de trois niveaux—national, régional et local. Le niveau national a la responsabilité globale du système de santé au travers du **Ministère de la Santé et des Affaires Sociales**.

2 ACTEURS

2.1 ADMINISTRATION CENTRALE

Le rôle principal du **Ministère** est d'assurer que le système de santé est efficace et efficient au regard de ses objectifs fondamentaux. Le Ministère s'occupe des questions politiques et législatives du système de soins, des services sociaux et de l'assurance maladie. Le Ministère peut allouer des financements directement à certains traitements spécifiques et supervise les activités des conseils de province (par exemple, celui-ci peut fixer des taux plafond de prélèvements obligatoires).

Le **Comité National de la santé et du bien-être** (*Socialstyrelsen*) est une agence de contrôle et de consultation des services de santé et sociaux. Il contrôle la mise en œuvre des politiques publiques et la législation sanitaire et sociale. Sa tâche la plus importante est le suivi et l'évaluation des services offerts dans le cadre des objectifs définis par le gouvernement central. Le comité national de la santé et du bien-être collecte les données statistiques officielles sur la santé et l'offre de soins. Il est assisté par le **centre d'épidémiologie** (*Epidemiologisk Centrum*) dont l'objectif est de décrire, d'analyser et de rendre compte de l'incidence et de la prévalence, présentes et futures, des morbidités. Tous les professionnels de santé relèvent de la compétence du Comité National de la Santé et du Bien-être. Le Comité donne les autorisations d'exercice d'activités aux professionnels de santé. De plus, le comité constitue l'autorité désignée par les directives communautaires aux travaux de reconnaissance réciproques des diplômés des professionnels de santé.

Le **Centre National pour les priorités de santé** a été créé en 2001. C'est une agence nationale dont les missions sont—la construction d'une base de données recensant la littérature nationale et internationale—la conduite de revue de la littérature et de la réalisation de l'état de l'art de l'existant—l'identification des projets en cours—la poursuite du travail sur la définition des priorités de santé (analyser et définir le concept de priorités de santé, définir les bases de données nécessaires au processus, déterminer les contraintes et opportunités pour une rationalisation explicite de l'offre de soins)—fournir une assistance consultative et de formation dans le champ des priorités de santé—initiation et soutien de projets de recherche et développement—création d'un réseau national d'échange de connaissance et d'expérience—diffusion de l'information sur les activités du centre par l'outil Internet.

Le **Comité sur la Responsabilité Médicale** (*Hälso-och Sjukvårdens Ansvarsnämnd*), agence gouvernementale dont l'organisation est similaire à un tribunal, définit les mesures disciplinaires à prendre en cas de plaintes ou de mauvaises pratiques professionnelles. Il rend compte au comité national des dysfonctionnements dans la prise en charge des patients et de leur famille. Il s'assure que

les mesures disciplinaires sont respectées, et il peut aussi limiter l'exercice professionnel des praticiens voire même l'interdire. En ce qui concerne l'indemnisation de victimes de mauvaises pratiques ou d'erreur médicale, celle-ci est prise en charge par chaque établissements de soins qui s'assurent auprès d'organismes spécifiques.

Le Ministère de la Santé et le Comité National de la Santé et du Bien-être sont associés à d'autres corps gouvernementaux. **L'agence des produits médicaux** (*Läkemedelsverket*) est l'agence gouvernementale dont le rôle principal est le contrôle et l'évaluation de la qualité, de l'utilisation, et des coûts des produits pharmaceutiques. Chaque médicament est soumis à une autorisation de mise sur le marché et est répertorié par l'agence. Dans le cadre de l'harmonisation européenne, les médicaments autorisés dans plusieurs pays européens sont agréés par l'agence. Les activités de l'agence sont financées par les honoraires perçus en fonction de la nature de celles-ci.

Le **Conseil Suédois d'Evaluation des Technologiques Sanitaires** a pour objet principal de promouvoir l'utilisation des technologies réputées efficaces en termes de coût-efficacité. Il évalue l'impact des technologies existantes et émergentes. L'information correspondante est diffusée aux niveaux locaux pour aider à la décision en matière d'investissement.

L'Institut National de Santé Publique est une agence «étatique». Il rend compte au ministère et à un comité indépendant de directeurs. Son rôle principal est de promouvoir la santé et de prévenir les maladies pour assurer une bonne santé pour tous.

La **Société Nationale des Pharmacies Suédoises** (*Apoteket AB*) est un monopole d'état qui possède toutes les pharmacies et assure ainsi une distribution large des produits pharmaceutiques.

Le **Comité National d'Assurance Sociale** (*Riksförsäkringsverket*) contrôle les assurances sociales locales afin d'assurer l'uniformité et la qualité des procédures de couverture sociale. L'assurance sociale recouvre l'assurance maladie, les pensions de retraites, les allocations familiales et les allocations au logement. Ce comité national a une antenne dans chaque province pour assurer le service aux individus.

La **Fédération des Conseils de Province** (*Landstingsförbundet*) est une organisation dirigée par un bureau composés de représentants des provinces et chargé de veiller au respect de l'intérêt de chacune des provinces, de les assister dans leurs activités et de les informer. La fédération représente les conseils de province auprès du ministère pour discuter des problèmes de politiques sanitaires et sociales et d'organisation de l'offre de soins. Elle est aussi en charge de négocier les salaires et les conditions de travail des professionnels de santé auprès du Comité National. La fédération est indépendante et financée par les cotisations de ses membres.

2.2 ADMINISTRATION REGIONALE

L'offre de soins est sous la responsabilité des **conseils de provinces** qui constituent des organes de l'Etat régionaux et indépendants. Cependant, leur autorité ne peut prévaloir sur les droits constitutionnels des municipalités.

Chaque conseil est généralement constitué de plusieurs «districts» sanitaires, chacun ayant en charge son bassin de population. Un district est constitué d'un hôpital et de plusieurs unités de soins primaires. Les districts sanitaires recouvrent généralement les municipalités locales.

Les conseils de province ont la possibilité de prélever un impôt proportionnel sur le revenu (en 1999, 66% de leur budget provient des taxes prélevées directement). Le reste est constitué de 21% d'allocation de l'état, et 11% d'autres sources.

Les conseils de provinces sont responsables de l'offre de soins, des soins primaires aux soins hospitaliers en incluant la santé publique et la prévention. Généralement, le conseil élit un comité hospitalier qui définit les modalités d'organisation et de gestion.

Les 21 conseils de province sont regroupés en 6 régions médicales. Ces régions ont été définies pour faciliter la coopération pour les soins tertiaires.

2.3 ADMINISTRATION LOCALE

La Suède comprend 289 municipalités avec leur propre champ de compétences. Les municipalités sont généralement constituées d'un conseil exécutif municipal, d'un conseil municipal et de plusieurs comités locaux. Le conseil exécutif municipal conduit, coordonne et contrôle l'ensemble des affaires municipales. Le conseil municipal prend des décisions concernant les taxes, les objectifs et les budgets pour la collectivité ainsi que pour les comités.

3 OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE ET PRIORITES DE L'OFFRE DE SOINS

En ce qui concerne les objectifs et les stratégies de santé, la Suède a mis en place deux mécanismes distincts : l'un pour la définition d'objectifs de santé publique basé sur le modèle des health targets. L'autre pour la définition des priorités du système de santé basé sur un modèle de hiérarchisation des prestations de soins afin de réduire les inégalités d'accès, de rationaliser et homogénéiser l'offre de soins. À l'heure actuelle, ces deux problématiques sont encore en chantier. Le Ministère de la santé travaille, par le biais notamment du Bureau National (*National Board*), d'une part à la déclinaison des 10 priorités de santé en stratégies et d'autre part à la hiérarchisation des prestations de soins pour chaque pathologie prioritaire. En conséquence, il est difficile de parler d'impacts mesurables des dispositifs de définition des objectifs et des priorités. Cependant, l'organisation du dispositif telle qu'elle est prévue apporte des éléments intéressants de nature à éclairer la réflexion sur les modalités de décentralisation de certaines décisions en la matière.

3.1 NATURE ET CHAMP

3.1.1 LES PRIORITES DU SYSTEME DE SOINS

Les problématiques principales du système de santé sont de trois ordres : la première correspond aux inégalités d'accès aux soins, la deuxième au manque de cohésion dans les pratiques, la troisième à une meilleure adaptation de l'offre aux besoins.

La Suède s'est engagée très rapidement dans la démarche de priorisation des actions de santé avec la création par le gouvernement suédois dès 1992 d'une « Commission Priorités » ayant trois principales missions : (1) analyser les responsabilités, le rôle et le champ du système de santé ; (2) mettre en lumière les principes éthiques fondamentaux qui doivent guider les réflexions ; (3) faire de recommandations sur les modalités de priorisation des services de santé.

C'est ainsi que la commission publie un ouvrage¹⁷ en 1995 faisant une synthèse des trois années de réflexion sur le concept de priorités de santé associée à quelques recommandations de mise en œuvre d'un dispositif de définition de priorités de santé.

Ces principes et réflexions ont fait l'objet d'une législation particulière par le biais de « *The Health and Medical Services Act*¹⁸ ». Les principes sous-jacents à la définition de priorités pour le système de santé sont énoncés de la sorte : « *Health and medical services are aimed at assuring the entire population of good health and of care of equal terms. Care shall be provided with the respect for the*

¹⁷ Priorities Commission, *Priorities in health Care – ethics, economy, implementation*, Final report by the Swedish Parliamentary, 1995, 180p.

¹⁸ The Health and Medical Services Act, 1997 : 142.

*equal dignity of all human beings and for the dignity of the individual. Priority for health and medical care shall be given to the person whose need of care is greatest*¹⁹.

À partir de ces principes, des priorités pour le système de santé sont en cours de définition selon deux axes. Le premier axe concerne la hiérarchisation de l'ensemble des prestations et interventions dans le système de santé afin de définir les investissements efficaces et efficients au regard des besoins de la population (réflexion réalisée au niveau national). Le deuxième axe concerne une réflexion sur l'accessibilité aux soins avec une hiérarchisation selon les besoins et capacité de financement individuels (réflexion menée au niveau local).

3.1.2 LES OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE

En 1997, le gouvernement suédois crée une commission nationale de santé publique dont l'objectif est de définir des objectifs nationaux de santé publique et des stratégies pour les atteindre. Selon le gouvernement, ces objectifs doivent guider la société à promouvoir la santé, à développer la prévention des maladies et traumatismes et à réduire leurs conséquences en termes de morbidité et de handicap.

Les objectifs et stratégies ainsi définis doivent contribuer à la réduction des inégalités de santé entre les catégories sociales, entre les hommes et les femmes, entre les groupes ethniques et entre les régions. Il est de plus spécifié que les propositions faites doivent être fondée scientifiquement et stimuler un large processus démocratique de réflexion sur les problématiques de politique sanitaire²⁰.

Aujourd'hui, la politique sanitaire a 10 objectifs principaux²¹ tels que l'amélioration de la sécurité sociale et lutte contre la pauvreté et l'exclusion, respect de principes démocratiques, créer les bonnes conditions de développement pour les enfants et adolescents, améliorer la qualité de l'environnement et de l'alimentation, augmenter l'activité physique de la population, éduquer la population en matière d'hygiène alimentaire et de vie, réduire la consommation de tabac et d'alcools, réduire l'incidence et la prévalence des maladies infectieuses.

3.2 LES MODALITES DE DEFINITION

Le système de soins suédois est quasi exclusivement public et repose sur le niveau régional. Il est composé de trois niveaux national, régional et local. Le niveau national a la responsabilité globale du système de santé au travers du **Ministère de la Santé et des Affaires Sociales**.

3.2.1 LES PRIORITES DU SYSTEME DE SOINS

3.2.1.1 UNE HIERARCHISATION DES PRESTATIONS DE SOINS REALISEE AU NIVEAU NATIONAL PAR LA NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE (SOCIALSTYRELSEN)

Le *National Board* est l'agence de conseil et de contrôle en matière de santé et de bien être du gouvernement (1) il contrôle la mise en œuvre des politiques publiques et la législation sanitaire et sociale (2) il effectue le suivi et l'évaluation des services offerts dans le cadre des objectifs définis par le gouvernement central (3) il produit des recommandations de pratiques (4) il collecte les données statistiques officielles sur la santé et l'offre de soins (5) il donne les autorisations d'exercice aux professionnels de santé.

¹⁹ Les services de santé et médicaux ont pour objectif d'assurer à l'entière population une bonne santé et des soins de qualité de manière équitable. Les soins doivent être dispensés dans le respect des principes d'équité et de dignité humaine, individuelle et collective. La priorité dans l'accès aux prestations doit être donnée aux personnes dont les besoins en matière de santé sont les plus importants.

²⁰ Östlin P., Diderichsen F., «Equity-oriented national strategy for public health in Sweden», *WHO Europe Policy learning curve series*, n°1, 2001, 37p.

²¹ The National Institute of Public Health, *Sweden's New Public-Health Policy*, octobre 2002.

Le *National Board* est assisté par le centre d'épidémiologie (*Epidemiologisk Centrum*) dont l'objectif est de décrire, d'analyser et de rendre compte de l'incidence et de la prévalence, présentes et futures, des morbidités. Tous les professionnels de santé relèvent de la compétence du *National Board*. De plus, le comité constitue l'autorité désignée par les directives communautaires aux travaux de reconnaissance réciproques des diplômes des professionnels de santé.

Partie intégrante de sa fonction de recommandation, le *National Board* travaille à la définition de priorités du système de soins. Ainsi, celui-ci a ouvert un groupe de travail en 2001 ayant pour objectif la hiérarchisation des prestations de soins afin de fournir aux localités des éléments communs et objectifs sur lesquels s'appuyer pour définir leur politique sanitaire. Ces travaux sont relativement récents et viennent s'ajouter aux initiatives locales. En effet, avant que le *National Board* soit chargé de travailler à la hiérarchisation des besoins et des interventions, les travaux de ce genre dépendaient des initiatives locales. Lorsque de telles initiatives étaient mises en places, elles étaient conduites par les hôpitaux régionaux et un ensemble de professionnels concernés.

Le processus de hiérarchisation des prestations de soins repose sur deux étapes principales

- La première correspond à la définition des axes de travail prioritaires. Quatre axes ont été choisis : les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, le cancer, les maladies chroniques. Pour chacun de ces axes ont été choisis cinq types de pathologie (ex : l'asthme, la thrombose...). Les **critères de choix** sont : **la sévérité de la maladie, le risque de mortalité, le risque de lésions permanentes, la nature des symptômes et l'impact sur la qualité de vie**. Mais la volonté du *National Board* est de réaliser des recommandations sur l'ensemble des pathologies. Par conséquent, les premiers travaux réalisés sur ces axes doivent être élargis à l'ensemble des besoins de santé.
- La seconde étape correspond à l'évaluation des technologies et interventions possibles pour le traitement des pathologies. Le classement des interventions est réalisé en deux temps

Le premier temps consiste à donner les résultats attendus de chaque intervention. Ceci correspond aux résultats des études médicales Evidence Based Medicine, aux résultats des études de type coût par Quality Adjusted Life Years et aux résultats des études économiques de coût efficacité.

Le deuxième temps consiste à réunir un groupe composé d'experts pour définir le classement final. Environ 50 experts sont impliqués dans le processus de classification des interventions. Ceux-ci sont chargés de réunir l'information sur chacune des pathologies. Puis, une discussion est menée pour définir l'ordre final de classement sur la base des critères énoncés ci-dessus. Ce classement est ensuite soumis pour discussion et validation à un ensemble plus large de professionnels et de représentants d'usagers.

Pour chacune des interventions envisagées sont repris les critères de choix présentés plus haut ainsi que les impacts et les risques. Puis les résultats des trois études sont présentés et enfin le classement tels que nous le présente le tableau suivant.

Tableau 1: Items de classement des interventions

Pathologie Et technologie envisagée	Sévérité			Résultats des études médicales (Evidence based medicine)	Coût/QALY	Coût efficacité	Rang
	Risque de mortalité	Risque de lésions permanentes	Impact de l'intervention et risques liés à l'intervention				
	Nature des symptômes						
	Impact sur la qualité de la vie						

À l'heure actuelle, le *National Board* a ouvert cinq axes de travail : l'arthrite, la thrombose, l'asthme, les maladies pulmonaires et la prévention du cancer du sein. Ces axes vont être étendus à la suite des premiers travaux d'évaluation réalisés dans le courant des mois de juin et de juillet.

3.2.1.2 DES STRATEGIES CHOISIES AU NIVEAU LOCAL AVEC LE SOUTIEN DU PRIORITERINGSCENTRUM

En théorie, à partir des recommandations effectuées par le *National Board*, les comtés doivent définir leurs propres stratégies d'offre de soins, stratégies fondées sur les priorités de santé locales. Pour les aider dans cette tâche complexe aux enjeux politiques très lourds, le gouvernement a créé en 2001 un centre national pour les priorités de santé, le *PrioriteringsCentrum*. Le *PrioriteringsCentrum* a été mandaté pour trois ans avec un budget annuel de 5 millions de couronnes suédoises (environ 550 000 euros). Seuls quatre équivalents temps pleins sont rattachés à la structure, les autres ressources humaines étant sollicitées sur la base d'appels d'offre de recherche ou sur des missions de consultation ponctuelles.

Le *PrioriteringsCentrum* est constitué notamment par des consultants dont la tâche est d'aider à la définition des stratégies. Les autorités locales font appel aux ressources du centre selon leur besoin et sans aucune obligation. La reconduction du mandat du *PrioriteringsCentrum* est en théorie soumise à l'évaluation de son activité qui doit être réalisée au cours de l'année 2004. Aucun indicateurs d'évaluation n'a été défini *a priori*. Le projet défini pour évaluer l'activité du centre est de réunir un groupe mixte de personnes représentant différents groupes de travail et de les interroger sur l'impact de l'activité du centre, sur l'atteinte de ses objectifs initiaux, sur une évaluation de l'ensemble des travaux réalisés et sur les objectifs des trois prochaines années.

Au moment où nous avons observé le dispositif suédois, les travaux du *National Board* étaient en cours. Par conséquent, ceux-ci n'ont pu donner lieu à des déclinaisons réelles dans les provinces suédoises. Cependant, des initiatives locales de définition de programmes de santé ont pu être observées, indépendamment des travaux nationaux.

Nous avons pu observer par exemple, que dans le comté de Linköping, une démarche de consultation des citoyens a été mise en œuvre afin de réfléchir sur les priorités de santé locales. Pour cela, neuf patients ont été désignés par des médecins. Ces patients ont été invités à suivre un ensemble de conférences et à participer aux débats sur les recommandations et les priorités de santé. L'objectif de cette consultation était de déterminer s'il fallait accroître la prise en charge des troubles gastriques ou celle des troubles pneumologiques. Les résultats de cette consultation fortement critiqués du fait de la méthode, n'ont pas donné suite.

Les parties prenantes rencontrées nous ont fait part de la difficulté actuelle de la décision politique régionale en la matière. Il existe des initiatives, mais celles-ci n'aboutissent pas encore à la définition de programmes de santé sur la base de hiérarchisation des prestations et des besoins locaux.

3.2.2 LES OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE

En avril 1997, le gouvernement Suédois crée une nouvelle Commission Priorités qui a pour mission de définir les objectifs nationaux de santé et les stratégies à mettre en œuvre pour les atteindre. Cette commission est composée de représentants des 7 partis politiques présents au Parlement et d'un certain nombre d'experts scientifiques et de conseillers issus des autorités nationales, des universités, syndicats et organisations non gouvernementales. Le président de la commission est affecté à temps plein à cette fonction. Les membres de la commission se réunissent au moins une fois par mois. Ils consacrent un temps important à l'élaboration des objectifs et stratégies nationales. Leur travail est facilité par la mise à disposition d'un secrétariat composé de quatre équivalents temps plein.

La définition des objectifs nationaux est un processus démocratique en trois étapes

1. Développer un cadre d'analyser pour amorcer la discussion publique

Ce cadre d'analyse, réalisé par la commission, fournit les outils nécessaires à la réflexion, tels que les différentes modalités d'évaluation de l'état de santé de la population, et les critères possibles. Ce cadre d'analyse est soumis aux avis des membres des autorités sanitaires, des institutions de soins et des experts. Un ensemble de documents sont publiés sur des questions clefs telles que les facteurs

d'accroissement des inégalités en santé, le concept de santé mentale, la législation sur la consommation d'alcool et de tabac. Ces publications sont écrites par des journalistes, scientifiques, politiciens, dans un langage accessible à toute la population (disponibles aussi en braille et en cassette audio) et sont gratuites quel que soit leur support²².

2. Éthique, faits scientifiques et priorité

Une distinction est délibérément réalisée entre les considérations éthiques et scientifiques. La discussion éthique est alimentée par les travaux de Amartya Sen et John Rawls. L'impact des priorités doit alors être évalué par quatre dimensions : impact sur l'incidence des morbidités, impact sur les taux de mortalité et de morbidité, impact sur la distribution entre catégorie sociale de ces taux, impact sur le « trade-off » entre efficacité économique et éthique.

Au cours de cette étape sont confrontées les données statistiques et scientifiques issues d'études épidémiologiques et d'expérimentations avec l'état actuel du système, les évolutions attendues et les défis futurs, les choix de société en matière de solidarité et d'équité.

À partir des deux premières étapes, la commission fait une proposition d'objectifs-cibles du système de santé, proposition définie en termes de réduction à l'exposition aux facteurs de morbidité et mortalité et non en termes de réduction de la morbidité et mortalité. Autrement dit, en terme de prévention plutôt qu'en terme de thérapie. Ce choix provient du fait que c'est la réduction de l'exposition aux facteurs de morbidité et mortalité qui permet d'uniformiser la distribution des taux entre les catégories sociales. De plus, cela permet de mettre immédiatement en exergue l'influence des autres secteurs économiques et politiques tels que le marché du travail, l'éducation et le logement.

Les déterminants de la santé auxquels sont donnés la plus grande priorité sont ceux dont l'efficacité en termes d'amélioration du niveau global de santé et de la distribution de celle-ci est scientifiquement prouvée. La proposition est signée par l'ensemble des membres de la commission.

3. Finaliser les stratégies

Cette troisième phase est en cours en Suède par le biais des « *Health Target Groups* ». Cette troisième phase est basée sur les commentaires faits par le gouvernement sur les propositions de la commission.

Selon les instructions données par le gouvernement, la commission doit alors définir l'impact financier de chaque action spécifique proposée. Un groupe d'experts a été nommé pour assister la commission dans l'évaluation de coûts et bénéfices attendus des différentes propositions d'action. La version définitive doit aussi définir les équipements, les organisations à mettre en œuvre et les responsabilités respectives des différents acteurs du système pour atteindre les objectifs-cibles.

3.3 EFFECTIVITE

La définition d'objectifs de santé et de priorités du système de santé n'a pas d'impact mesuré sur les stratégies locales mises en œuvre en l'état actuel d'avancement du processus. Jusqu'à présent, beaucoup de travaux ont été menés dans les différents comtés. Mais ces travaux ne se traduisent jamais par des décisions politiques. Cependant, un des aspects positifs de ces processus est que cela a intégré l'ensemble des acteurs dans une démarche commune de réflexion visant à réaffirmer certains grands principes du système de santé et certains fondements de la constitution.

Cependant, de nombreuses difficultés sont rencontrées dans les processus qui en ralentissent l'achèvement.

Des difficultés liées aux méthodes

- La loi est très vague sur les concepts d'objectifs et de priorités de santé. Elle définit des grands principes éthiques d'équité et de respect de la dignité humaine, mais ne donne aucune direction

²² Nous n'avons pas trouvé trace de ces documents lors de nos recherches

opérationnelle. Ces principes ne permettent pas de guider le travail d'élaboration des priorités de santé, ils sont très difficilement traduisibles en méthodes.

- Il n'existe pas de critères scientifiques absolus permettant de classer objectivement les besoins ni les interventions les uns par rapport aux autres. Les classements peuvent toujours être remis en cause en modifiant les méthodes sans qu'une méthode ne puisse véritablement prouver une plus forte légitimité que les autres.
- Le processus de définition de priorités se base sur des études épidémiologiques, économiques et médicales très longues et il requiert des ressources humaines et matérielles très importantes.

Des difficultés liées à l'organisation politique

- La forte décentralisation a conduit à démultiplier les études locales et la production de recommandations locales. Ceci conduit à une surconsommation de ressources.
- Les politiques locaux sont beaucoup trop engagés dans la production de soins et peu dans la représentativité des citoyens. Les politiques ne connaissent pas suffisamment les citoyens ni leurs besoins.

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 \square Priority setting in health care. UNIVERSITY PRESS sous presse : 25 P.

BLONDIAUX (L.)

Décider en politique

Projet 01/2002, n° 268 \square 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 \square 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 \square the development of cost-effectiveness league tables.

Bulletin World Health Organization 2001, Vol.79, n°7 \square 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 utilisation 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, Vol.47, 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□Editions du Conseil de l'Europe 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□Department of Health and Children 2001 : 42P.

Department of Health and Children (Ireland)

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

Dublin□Department of Health and Children (Ireland) 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.)

ASTEC (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.)

ASTEC (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.)

ASTEC (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.)

ASTEC (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.)

ASTEC (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 saúde em portugal. Ponto de Situação

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

Ministerio da Saude (Portugal)

Saúde um Compromisso. A Estratégia de Saúde 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 Programme 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 Programme 2001 , Vol. 5 : 186 P.

NHS Health Development Agency

Health Improvement Programmes (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-STEVENSON (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 République et Canton de Genève, Direction Générale de la Santé, 2001 92 P

République et Canton de Genève

Planification qualitative du système de santé Genevois. Rapport 2001 La santé des Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS

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

République et Canton de Genève

Planification qualitative du système de santé Genevois. Rapport 1001 Les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé

Genève République et Canton de Genève, Direction Générale de la Santé, 1998 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 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 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 OMS, 2000.

World Health Organization

Evaluation of WHO's strategic budgeting and planning process

Geneva WHO 2001 : 7P.

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

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

Geneva WHO 1999 : 160 P.

World Health Organization

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

Geneva WHO 1997 : 13 P.

World Health Organization, JANOVSKY (K.)

Health policy and systems development. An agenda for research

Geneva 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 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

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

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

TABLE DES MATIERES TOME II

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
ALLEMAGNE.....	5
1 CONTEXTE	5
1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT	5
1.2 POINTS CLEFS DU SYSTÈME DE SANTÉ	6
2 ACTEURS.....	7
2.1 ADMINISTRATION FÉDÉRALE	7
2.2 ADMINISTRATION DES <i>LÄNDERS</i>	8
2.3 CORPORATIONS	8
3 OBJECTIFS QUANTITATIFS FÉDÉRAUX ET PRIORITÉS RÉGIONALES DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	9
3.1 HEALTH TARGETS.....	9
3.2 POINT DE VUE	10
AUTRICHE	11
1 CONTEXTE	11
1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT	11
1.2 POINTS CLEFS DU SYSTÈME DE SANTÉ	11
2 ACTEURS.....	12
2.1 ADMINISTRATION FÉDÉRALE	12
2.2 ADMINISTRATION DES <i>LÄNDERS</i>	13
2.3 CORPORATIONS	13
3 OBJECTIFS CIBLES EN COURS	14
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE.....	15
1 CONTEXTE	15
STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT	15
1.1 POINTS CLÉFS DU SYSTÈME DE SANTÉ	16
2 ACTEURS.....	16
2.1 ADMINISTRATION FÉDÉRALE	16
2.2 ADMINISTRATION DES COMMUNAUTÉS ET DES RÉGIONS.....	17
3 PRIORITÉS DE SANTÉ ET PROGRAMME QUINQUENNAL	17
3.1 LE PROGRAMME QUINQUENNAL.....	18
3.1.1 <i>Quatre problèmes prioritaires de santé publique</i>	18
3.1.2 <i>Critères d'appréciation des propositions d'action</i>	19
3.1.3 <i>Evaluation et recherche par le conseil supérieur de promotion de la santé</i>	21
PROVINCE DE QUÉBEC AU CANADA.....	25
1 CONTEXTE	25
1.1 STRUCTURE ADMINISTRATIVE GÉNÉRALE	25
1.2 SYSTÈME DE SANTÉ	26
2 PLAN D'ENSEMBLE FÉDÉRAL ET PROGRAMME NATIONAL DU QUÉBEC	27
2.1 UN PLAN D'ENSEMBLE FÉDÉRAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ.....	27
2.2 LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC.....	28
2.3 LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC.....	29

2.4	BILAN DES PRIORITÉS EN 2002.....	31
DANEMARK.....		33
1	CONTEXTE	33
1.1	STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT	33
1.2	POINTS CLEFS DU SYSTÈME DE SANTÉ	33
2	ACTEURS.....	34
2.1	ADMINISTRATION CENTRALE.....	34
2.2	ADMINISTRATION DES COMTÉS.....	35
2.3	ADMINISTRATION DES MUNICIPALITÉS.....	35
2.4	COMPAGNIES D'ASSURANCE.....	35
3	OBJECTIFS ET PRIORITÉS DE SANTÉ.....	35
3.1	PROGRAMME NATIONAL.....	36
3.2	PLANS RÉGIONAUX ET MUNICIPAUX	37
3.3	POINT DE VUE	38
ESPAGNE.....		39
1	CONTEXTE	39
1.1	STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT	39
1.2	POINTS CLÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ	40
2	ACTEURS.....	40
2.1	ADMINISTRATION CENTRALE.....	40
2.2	ADMINISTRATION RÉGIONALE	41
2.3	SECTEURS SANITAIRES	42
2.4	ZONES PRIMAIRES DE SANTÉ.....	42
2.5	RÔLE DES USAGERS	42
3	NOUVELLE LOI DE COHÉSION EN MATIÈRE D'OBJECTIFS	43
3.1	LOI DE COHÉSION ET DE QUALITÉ	43
3.1.1	<i>Une volonté d'harmonisation.....</i>	<i>43</i>
3.1.2	<i>Élaboration de la loi de cohésion</i>	<i>45</i>
3.2	PLANS RÉGIONAUX L'EXEMPLE DE LA PROVINCE AUTONOME DE NAVARRE	46
3.2.1	<i>Plan de la Navarre.....</i>	<i>46</i>
3.2.2	<i>Modalités de définition des priorités et objectifs du plan régional de la Navarre</i>	<i>47</i>
3.3	LIMITES ET DIFFICULTÉS DE CES INSTRUMENTS	48
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE.....		49
1	CONTEXTE	49
1.1	STRUCTURE ADMINISTRATIVE GÉNÉRALE	49
1.2	POINTS CLEFS DES SYSTÈMES DE SANTÉ	50
2	OBJECTIFS ET STRATÉGIES VERTICAUX ET TRANSVERSAUX.....	51
2.1	PROGRAMMES FÉDÉRAUX D'ASSURANCE MALADIE MEDICARE ET MEDICAID	51
2.1.1	<i>Medicaid.....</i>	<i>51</i>
2.1.2	<i>Medicare</i>	<i>52</i>
2.1.3	<i>L'administration de la sécurité sociale.....</i>	<i>52</i>
2.2	RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ EN OREGON.....	54
2.3	POINT DE VUE	56
FINLANDE.....		57
1	CONTEXTE	57
1.1	STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT.....	57
1.2	POINTS CLÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ	57
2	ACTEURS.....	58

2.1	ADMINISTRATION CENTRALE	58
2.2	PROVINCES	58
2.3	MUNICIPALITÉS	59
2.4	RÔLE DES CITOYENS ET USAGERS	59
3	NOUVELLE LOI RELATIVE AUX OBJECTIFS DE SANTÉ	59
3.1	PROJET NATIONAL DE SANTÉ	60
3.2	PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTÉ	60
3.3	MÉTHODES DE DÉFINITION DES OBJECTIFS	61
3.3.1	<i>Plan quadriennal</i>	61
3.3.2	<i>Projet national de santé</i>	61
3.3.3	<i>Programme de promotion de la santé</i>	62
3.4	POINT DE VUE	62
	ITALIE	63
1	CONTEXTE	63
1.1	STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT	63
1.2	POINTS CLEFS DU SYSTÈME DE SANTÉ	64
2	ACTEURS.....	65
2.1	ADMINISTRATION CENTRALE	65
2.2	ADMINISTRATION RÉGIONALE	66
2.3	ADMINISTRATION LOCALE	66
2.4	RÔLE DES COMPAGNIES D'ASSURANCE.....	67
2.5	RÔLE DES USAGERS	67
3	DÉFINITION D'OBJECTIFS NATIONAUX ET RÉGIONAUX	67
3.1	SCHÉMA THÉORIQUE DE DÉFINITION DES OBJECTIFS	67
3.2	DÉCLINAISON EN LOMBARDIE ET MARCHE.....	69
3.3	POINT DE VUE	70
	LUXEMBOURG	71
1	CONTEXTE	71
1.1	STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT	71
1.2	POINTS CLEFS DU SYSTÈME DE SANTÉ	71
2	ACTEURS.....	72
2.1	ADMINISTRATION CENTRALE	72
2.2	SECTEUR NON GOUVERNEMENTAL	73
2.3	ADMINISTRATION LOCALE	73
2.4	LES CORPS PROFESSIONNELS.....	73
3	DISPOSITIF DE PRIORISATION EN COURS.....	74
	PAYS-BAS.....	75
1	CONTEXTE	75
1.1	STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT	75
1.2	POINTS CLÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ	75
2	OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE SANTÉ	76
2.1	DÉFINITION DES PRIORITÉS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	76
2.2	PRIORITÉS DE SANTÉ ET OBJECTIFS QUALITATIFS.....	79
2.3	POINTS DE VUE	80
	PORTUGAL	81
1.	CONTEXTE.....	81
	STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT	81
	POINTS CLÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	81

3	ACTEURS.....	82
3.1	ADMINISTRATION CENTRALE.....	82
3.2	ADMINISTRATION RÉGIONALE.....	83
3.3	ADMINISTRATION LOCALE.....	84
3.4	RÔLE DES COMPAGNIES D'ASSURANCE.....	84
3.5	RÔLE DES USAGERS.....	84
4	OBJECTIFS ET DE STRATÉGIES.....	84
4.1	OBJECTIFS COURT TERME, MOYEN TERME ET LONG TERME.....	85
4.2	PLAN NATIONAL DE SANTÉ DE 2003 DANS LA CONTINUITÉ.....	86
4.3	MODALITÉS DE PLANIFICATION.....	87
	ROYAUME-UNI.....	89
1	CONTEXTE.....	89
1.1	UNE STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT EN COURS DE DÉCENTRALISATION DEPUIS 10 ANS.....	89
1.2	POINTS CLEFS DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	90
2	ACTEURS.....	92
2.1	ADMINISTRATION CENTRALE.....	92
2.2	ADMINISTRATION RÉGIONALE.....	92
2.3	RÔLE DES ASSOCIATIONS DE CONSOMMATEURS.....	93
2.4	CORPS PROFESSIONNELS.....	93
2.5	SECTEUR PRIVÉ.....	93
3	PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUES, PROGRAMMES RÉGIONAUX ET PROPOSITIONS LOCALES.....	94
3.1	PLAN DE SANTÉ ET RECOMMANDATIONS NATIONALES.....	94
3.1.1	<i>Nature et champ</i>	94
3.1.2	<i>Les modalités de définition</i>	96
3.1.2.1	Choix des priorités de santé.....	97
3.1.2.2	L'élaboration des <i>National Service Framework</i>	97
3.2	LES PLANS STRATÉGIQUES □ LES <i>DELIVERY PLANS</i> OU <i>FRANCHISE PLANS</i>	98
3.3	LES OFFREURS DE SOINS COMME FORCE DE PROPOSITION.....	99
3.4	POINT DE VUE.....	99
	SUÈDE.....	101
1	CONTEXTE.....	101
1.1	UNE STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ÉTAT DÉCENTRALISÉE.....	101
1.2	UNE OFFRE DE SOINS PUBLIQUE FINANCÉE LOCALEMENT.....	102
2	ACTEURS.....	103
2.1	ADMINISTRATION CENTRALE.....	103
2.2	ADMINISTRATION RÉGIONALE.....	104
2.3	ADMINISTRATION LOCALE.....	105
3	OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE ET PRIORITÉS DE L'OFFRE DE SOINS.....	105
3.1	NATURE ET CHAMP.....	105
3.1.1	<i>Les priorités du système de soins</i>	105
3.1.2	<i>Les objectifs de santé publique</i>	106
3.2	LES MODALITÉS DE DÉFINITION.....	106
3.2.1	<i>Les priorités du système de soins</i>	106
3.2.1.1	Une hiérarchisation des prestations de soins réalisée au niveau national par la National Board of Health and welfare (<i>Socialstyrelsen</i>).....	106
3.2.1.2	Des stratégies choisies au niveau local avec le soutien du PriorieringsCentrum.....	108
3.2.2	<i>Les objectifs de santé publique</i>	108
3.3	EFFECTIVITÉ.....	109
	BIBLIOGRAPHIE.....	111
	TABLE DES MATIÈRES TOME II.....	129

