

Le choix des priorités de santé publique en Europe

Diane Lequet-Slama

Chargée de mission sur les dossiers internationaux, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Apparues généralement avec les réformes des systèmes de santé, les priorités de santé sont déterminées de façon différente selon les pays, en associant à des degrés plus ou moins importants les usagers, les experts, les professionnels de santé ou encore les assureurs.

Le concept d'objectifs de santé a été explicitement mis en avant dans le domaine sanitaire en 1977 par l'OMS dans son document « Santé pour tous en l'an 2000 ». En 1984, l'OMS région Europe adoptait 38 objectifs pour l'an 2000, accompagnés d'un assez large éventail d'indicateurs à suivre.

Inspirés par ce document, plusieurs États, dont en premier les pays scandinaves, décidaient d'élaborer des programmes stratégiques de santé où ils arrêteraient leurs priorités.

L'analyse des politiques menées dans certains pays européens montre que les débats concernant les priorités de santé tournent autour de deux grands thèmes : la fixation d'objectifs de santé publique prioritaires, le classement des prestations dans le cadre d'une limitation de la couverture publique des dépenses maladie. Bien que forts différents dans leur inspiration, ces deux démarches ne s'en recoupent pas moins assez souvent.

Dans tous les pays européens, l'initiative a toujours été le fait des autorités gouvernementales généralement après consultation des professionnels et parfois des usagers. La plupart des réformes actuelles tendent désormais à associer davantage experts et usagers à la détermination des priorités en matière de santé. C'est le cas en Suède où a été mise au point à partir du début des années quatre-vingt-dix, une procédure de consultation des experts et des usagers à travers des commissions *ad hoc* pour toutes les décisions majeures qui impliquent des réformes législatives.

Il est intéressant de rappeler la démarche lancée en 1989 en Oregon, par les autorités sanitaires dans le cadre d'un élargissement de la prise en charge des soins offerts par les programmes fédéraux comme Medicaid. Les usagers ont été associés étroitement aux décisions concrètes concernant l'étendue du panier de biens et services et la hiérarchisation des pathologies à prendre en charge.

La Finlande, des choix décentralisés

En Finlande, l'essentiel des pouvoirs en matière de distribution des soins, de santé publique revient aux municipalités, au nombre de 455 et couvrant une population allant de 1 000 à 100 000 habitants. Les régions ne sont qu'un simple échelon administratif du gouvernement central et jouent un rôle assez réduit en matière sanitaire.

Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, avant la grave dépression économique subie par le pays, la Finlande n'a pas connu de réel débat sur les choix et priorités en matière de santé.

Les objectifs généraux de l'action sociale et de la santé publique ainsi que les dispositions nécessaires pour y parvenir sont fixés dans le programme qui est adopté et entériné lors de la constitution de tout nouveau gouvernement. Ainsi, le Premier ministre, Paavo Lipponen qui a formé son gouvernement le 15 avril 1999, a énoncé dans son discours programme, des priorités générales : réformer le système de protection sociale finlandais pour l'adapter

aux ressources, le rendre plus efficace et aussi développer la participation des usagers...

La préparation, l'exécution et le contrôle du programme gouvernemental sont assurés par un groupe d'orientation composé de représentants de l'Association finlandaise des Autorités locales et régionales, des institutions de recherche et des organisations non gouvernementales.

Depuis 1995, le gouvernement s'est engagé à fournir tous les deux ans au Parlement, un rapport décrivant l'état de santé de la population ainsi que 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. Le dernier rapport retient ainsi six axes prioritaires : la recherche de l'équité dans l'accès aux soins, la promotion de la santé des jeunes, le développement des services de santé, la coordination de l'ensemble des soins au sein du service national de santé, l'amélioration de la participation des usagers à la promotion de la santé.

Le rapport au Parlement est accompagné d'une analyse des disparités observées entre municipalités rédigée par l'Institut national de santé publique (KTL), composé pour moitié de chercheurs. Il est également accompagné d'une analyse de la protection sociale maladie, publiée par le Centre national de recherche et de développement pour la santé et la protection sociale (Skates), qui joue un rôle très important dans le débat public sur les priorités.

L'association des municipalités, qui joue un rôle reconnu d'expertise et de diffusion, participe aux discussions sur les priorités de l'action gouvernementale et au suivi des objectifs. On peut donc penser que les municipalités sont généralement en phase, pour la plupart d'entre elles, avec les choix effectués. Il est probable que dans un tel système les usagers peuvent relativement aisément faire entendre leur voix, l'essentiel des décisions étant prises à un niveau très décentralisé

La Suède s'appuie sur ses experts

En Suède, le service national de santé est également très décentralisé dans son fonctionnement et sa gestion. Il est géré par des conseils élus à tous les niveaux, national, régional et local. Sa tutelle est

exercée par le ministère de la santé et des affaires sociales.

Les priorités en matière de santé sont en principe élaborées par le ministère. Toutefois, si les choix sont particulièrement importants ou en cas de réforme, celui-ci n'agit pas seul. La préparation de réformes ou de textes devant être votés au Parlement s'accompagne en effet de la mise en place de groupes d'experts, qui constituent en général une commission d'enquête. Les priorités qui donnent ainsi lieu à consultation peuvent concerner la protection sociale, les réformes du service national de santé mais aussi la constitution de pôles d'excellence au détriment éventuel de soins de proximité, la liberté de choix dans l'accès aux soins, le rôle des autorités sanitaires, le degré de décentralisation. La commission d'enquête constituée a un large degré de liberté pour poursuivre ses enquêtes et recherches. Les discussions sont en général fermées au public mais ouvertes à la presse.

L'Allemagne, des initiatives dans les régions et les caisses maladie

En Allemagne, l'idée de définir des priorités en matière de santé publique n'a jamais été réellement évoquée au niveau national. En revanche, certains Länder ont développé des stratégies de soins incluant des objectifs très concrets. Ainsi, en 1995, la région Nord Westphalie a publié un programme politique incluant dix objectifs concrets à atteindre. Ces objectifs ont été qualifiés de « participatifs » 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 scientifiques. Plusieurs autres régions sont en train de développer à leur tour des plans stratégiques de santé.

Un exemple intéressant est la procédure qu'a mise en place un des régimes publics d'assurance maladie avec la constitution d'un groupe de travail destiné à réfléchir de façon très concrète sur les objectifs prioritaires en matière de santé. Ainsi, s'agissant d'une des plus sévères maladies chroniques, le diabète, une expérience est actuellement tentée. Il s'agit de déterminer quels objectifs seraient envisageables si tous les malades étaient soignés selon des standards de qualité. Ces standards ont été consignés dans un protocole de soins que doivent suivre des médecins spécifiquement qualifiés. Le point essentiel

pour la caisse d'assurance maladie est, bien sûr, le remboursement des soins qui ne devrait, dans un second temps, concerner que les patients traités par ces médecins qualifiés et selon le protocole arrêté.

Cette expérimentation est sans doute intéressante dans la mesure où elle peut influencer dans un sens positif tant le comportement des patients que celui des médecins.

Les Pays-Bas, une réflexion sur les services de santé nécessaires

Aux Pays-Bas, la réforme du système de santé et de protection maladie a joué un grand rôle dans les débats politiques néerlandais depuis la fin des années quatre-vingt.

En août 1990, dans le cadre de la réforme Dekker, un comité sur les choix en matière de santé, dit Comité Dunning, du nom de son président, a été créé.

Ce Comité a présenté son rapport au gouvernement en novembre 1991. L'établissement de priorités est fondé sur l'exclusion de certains services de santé et soins de la couverture maladie, l'utilisation de protocoles ainsi que la sélection individuelle des patients par le corps médical. Selon ce rapport, quatre critères doivent guider les choix à effectuer en matière de prise en charge des soins et donc d'établissement d'un panier de biens et services : la nécessité du soin, l'efficacité, l'efficience et la responsabilité.

Pour distinguer les services nécessaires des autres, le Comité Dunning propose une approche fondée de prime abord sur un consensus concernant les valeurs sociales (justice sociale, égalité d'accès aux soins, solidarité...). C'est ainsi que, selon lui, trois groupes de services peuvent être distingués : les services utiles à tous les membres de la communauté et qui garantissent un fonctionnement normal de la société (nursing homes et soins aux personnes handicapées mentales par exemple), les services utiles à tous les membres de la société pour les maintenir capables de participer à l'activité sociale (services d'urgence, prévention des maladies transmissibles et services de psychiatrie) et enfin les services dont la nécessité est déterminée par la sévérité de la pathologie ainsi que par le nombre de patients souffrant de cette affection.

Concernant les soins devant ressortir

de la responsabilité individuelle, le Comité considère que les limites à la solidarité sont le coût élevé des soins et la faiblesse de leurs chances de réussite.

C'est sur la base de ces critères, qui ont guidé pendant plusieurs années les responsables politiques dans leurs choix, que le Comité a, par exemple, demandé l'exclusion du panier de biens et services, des soins dentaires aux adultes et réclaté en revanche l'intégration dans la couverture maladie, de la fécondation *in vitro*. Sur ces deux points, après de vifs débats au sein des comités d'usagers et au Parlement, le comité Dunning a été désavoué, ce qui montre bien la difficulté d'établir des critères simples de choix en matière de protection sociale santé.

Les associations d'usagers sont très importantes aux Pays-Bas et leurs interventions pèsent en réalité assez fortement sur les choix qui peuvent être arrêtés au niveau national. Par ailleurs, en cas de réformes importantes, la population est généralement consultée au moyen d'enquêtes d'opinion.

Le rapport Dunning a eu un impact important aux Pays-Bas et dans d'autres pays européens comme la Norvège, la Suède et le Royaume-Uni. C'est ainsi qu'en 1996, s'est tenue à Stockholm, sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé, une conférence européenne pour discuter des méthodes d'élaboration des choix et de leurs conséquences.

La Grande-Bretagne : des consultations de professionnels et d'usagers

En Grande-Bretagne, le gouvernement a encouragé les autorités de santé, depuis le début des années quatre-vingt-dix, à interroger les usagers sur leurs priorités en matière de santé. Le dernier Livre Blanc publié à la fin de l'année 1998 est issu de la consultation d'un grand nombre de groupes professionnels et de consommateurs. Souvent inspirées par l'exemple de l'Oregon, quelques autorités de santé ont, par ailleurs, développé des procédures de consultation des usagers : jurés citoyens, consultations à large échelle par voie postale, mise en relation de petits groupes. La plupart des consultations d'usagers ont été effectuées par voie d'enquêtes ou de questions adressées à des associations locales de consommateurs.

Les résultats de ces enquêtes montrent

non seulement des différences importantes selon les régions mais mettent aussi en lumière des écarts révélateurs dans la perception des médecins et des patients quant au fonctionnement du service national de santé (NHS) et surtout quant au classement des priorités. Or, l'élaboration de listes de priorités est un sujet politiquement sensible au Royaume-Uni, en raison des difficultés de fonctionnement chronique du NHS et des trop faibles ressources qui lui sont accordées.

Bien que le rationnement des soins et l'élaboration de priorités de santé constituent deux débats différents, l'opinion britannique se focalise toujours sur le premier sujet. Il est vrai que dans certains cas, les autorités locales de santé rationnent de façon explicite l'accès à certains soins en se fondant souvent sur des enquêtes d'opinion et sans contrôle ou sanction de la part du pouvoir central.

Arrêter des choix et des objectifs en matière de santé n'est pas une question simple. Les expériences menées à l'étranger montrent qu'il n'y a guère de méthode infaillible pour y procéder. Une des questions essentielles concerne le ou les décideurs. Qui en effet doit décider et dans quels domaines particuliers ? la population dans son ensemble, les patients, les professionnels de santé, les assureurs (publics ou privés), des experts, le gouvernement ? Sachant que toutes ces catégories développent généralement des points de vue assez divergents sur la question. ■