



# Les expériences étrangères

**En Grande-Bretagne et au Québec, la gouvernance par programmes en fonction de priorités est expérimentée depuis quelques années. Leurs enseignements sont contrastés, mais un constat s'impose : un trop grand nombre de programmes ou de priorités est un facteur de confusion et entraîne des difficultés de mise en œuvre.**

## Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni

**Karine Chevreul**  
Médecin de santé publique, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)

**A**ctuellement, un nombre défini de programmes nationaux oriente la réforme des services de soins anglais.

Après 1997, avec l'arrivée au pouvoir du gouvernement travailliste, le système national de santé (NHS) a connu des remaniements importants. « Sauver le NHS » fut l'un des thèmes piliers de la campagne électorale du parti de Tony Blair.

En effet, à l'encontre de la plupart des pays d'un niveau économique comparable, le Royaume-Uni avait particulièrement bien réussi à contenir la croissance de ses dépenses de santé<sup>1</sup>. Cependant, ce fut au point que le faible investissement dans le système fut à l'origine de dysfonctionnements importants en termes d'accès et de qualité des soins (déficit en offre de soins, listes d'attente importantes, mortalité périnatale élevée...).

1. La dépense totale de santé représente 7,2 % du PIB en 1999 alors qu'en France elle atteint 9,3 % et 10,6 % en Allemagne (source Eco-santé OCDE, 2004).

Ainsi, l'une des priorités du gouvernement fut d'augmenter de façon considérable les ressources allouées au NHS (En sept ans, le budget du NHS anglais est passé de 33 à 67 milliards de livres en 2004, soit de 680 à 1 345 livres par habitant). En 2000, une stratégie de réforme a été développée dans le NHS Plan (lire encadré). Elle réorganise la délivrance des soins en prenant en compte les priorités de santé publique définies dans le livre blanc *Saving Lives : Our Healthier Nation* publié l'année précédente, qui exposait la stratégie du gouvernement pour améliorer la santé de la population dont nombre d'indicateurs étaient en dessous de la moyenne européenne.

D'une part, il s'agit de réduire la mortalité prématurée dans la population dans son ensemble en se concentrant en particulier sur les « grandes tueuses », soit quatre priorités pour lesquelles sont fixés des objectifs quantifiés de réduction des taux de mortalité à moyen terme (2010). D'autre part, l'amélioration de la santé des plus pauvres devient un axe d'action transversal prioritaire.

Elle illustre la préoccupation de ce gouvernement pour la réduction des inégalités sociales.

### Les priorités

Ainsi, l'objectif est de réduire de 300 000 le nombre de décès prématurés en ciblant les quatre priorités et objectifs suivants d'ici 2010 :

- Maladies cardio-vasculaires : diminution de 40 % du nombre de décès chez les moins de 75 ans (soit 200 000 décès évités),
- Cancers : réduire le taux de décès par cancer de 20 % (soit 100 000 décès évités),
- Accidents : diminuer le nombre d'accidents d'au moins 20 % (soit 12 000 décès évités),
- Maladies mentales : diminuer la mortalité par suicide de 20 % (soit 4 000 décès évités).

Ces priorités étaient mises en exergue dès 1992 dans le livre blanc *The Health of The Nation* qui faisait suite à l'initiative de définitions d'objectifs par l'OMS dans *La santé pour tous en 2000*. Certaines concernant les facteurs de risques comportementaux, retenues alors, n'étaient cependant pas reprises mais allaient faire l'objet de programmes de santé publique spécifiques ou être prises en compte dans les autres programmes (le tabac, les maladies sexuellement transmissibles, l'obésité, l'alcool...).

Quant aux inégalités sociales de santé, le rapport Black en rapportait l'existence dès 1982. Cependant, elles n'avaient pas été prises en compte de façon opérationnelle par le gouvernement conservateur. Le NHS Plan le fera pour la première fois. Il oriente la réforme avec une attention particulière pour la réduction des inégalités de santé, en commençant par poser comme objectif pour 2010 une réduction de 10 % de

l'écart de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale ainsi que de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale.

De plus, des objectifs opérationnels des programmes concernant les quatre priorités de santé sont spécifiquement destinés à réduire les inégalités sociales dans ces domaines. Ils s'attachent à diminuer la prévalence des facteurs de risques comportementaux, dont le gradient économique peut expliquer en grande partie les inégalités sociales de santé. Dans le cadre du cancer, par exemple, un des objectifs est de faire passer la prévalence du tabagisme, chez les travailleurs manuels, de 31 % en 2002 à 26 % en 2010.

Divers rapports et investigations sont à l'origine d'évolutions après la publication du NHS Plan. Depuis juillet 2004, les priorités et objectifs nationaux du NHS pour améliorer la santé de la population sont les suivants :

- Améliorer la santé de la population : d'ici 2010, faire passer l'espérance de vie à la naissance à 78,6 ans chez les hommes et 82,5 ans chez les femmes.
- Réduire les taux de mortalité d'ici 2010 :
  - Par maladies cardio-vasculaires de 40 % chez les moins de 75 ans, avec une réduction de 40 % de la différence entre le quintile des zones les plus défavorisées et la population générale ;
  - Par cancers d'au moins 20 % chez les moins de 75 ans, avec une réduction d'au moins 6 % de la différence entre le quintile des zones les plus défavorisées et la population générale ;
  - Par suicides et traumatismes sous-jacents d'au moins 20 %.

## Le NHS Plan, 2000

Le NHS Plan, publié en 2000, est un plan d'action pour dix ans. Il définit des mesures visant à mettre les patients au centre du service de santé et promettant 6,3 % d'augmentation annuelle des ressources dévolues au NHS sur une période de cinq ans (jusqu'en 2004 compris)<sup>1</sup>.

Il promet :

- Une augmentation du rôle et de l'information des patients,
- Une augmentation du nombre d'hôpitaux et de lits,
- Une augmentation du nombre de médecins et d'infirmières,
- Une diminution du temps d'attente avant l'obtention d'un

rendez-vous de consultation d'hospitalisation,

- Des services plus propres, une amélioration de la nourriture et des prestations non médicales à l'hôpital,
- Une amélioration des soins aux personnes âgées,
- Des standards plus stricts pour les institutions du NHS et de meilleures récompenses pour les meilleurs d'entre eux.

Pour la mise en œuvre, il a été décidé :

- de cibler les maladies les plus tueuses telles que le cancer et les maladies cardio-vasculaires,

- de pointer les changements qui sont les plus rapidement nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population et pour dispenser des services modernes, justes et adaptés aux besoins.

Cependant, cette restructuration des services s'est majoritairement focalisée sur l'accès aux soins curatifs. En juin 2004, le NHS Improvement Plan modifie le plan original et donne une plus grande importance à la santé publique et aux soins de prévention. 🌿

<sup>1</sup>. Augmentée en 2002 à 7,4 % par an et étendue jusqu'en 2007 compris.



## Politiques et programmes nationaux de santé

- Réduire les inégalités de santé de 10 % d'ici 2010 (par rapport à la période 1997-1999) mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance.

- S'attaquer aux déterminants de la santé et des inégalités en :

- réduisant le tabagisme chez les adultes (de 26 % en 2002) à au plus 21 % en 2010 avec une réduction de la prévalence chez les travailleurs manuels (de 31 % en 2002) à au plus 26 % ;

- stoppant la croissance de l'obésité infantile chez les moins de 11 ans d'ici 2010, dans le contexte d'une stratégie plus large de réduction de l'obésité dans la population générale (objectif commun au ministère de l'Éducation et au ministère de la Culture, des Médias et du Sport) ;

- réduisant de 50 % le taux de grossesses chez les moins de 18 ans (par rapport à 1999) dans le contexte d'une stratégie plus large d'amélioration des habitus sexuels (objectif commun au ministère de l'Éducation).

### La mise en œuvre

Des priorités nationales en matière de santé sont ainsi définies et des objectifs opérationnels leur sont assignés. Afin de les atteindre, des programmes nationaux sont mis en œuvre, comme par exemple le programme « Smoking Kills » (fumer tue), mis en place dès 1998. Certains, tel le développement de l'éducation nutritionnelle par la distribution de fruits pour les 4 à 6 ans dans les écoles, sont communs à plusieurs ministères et demandent la collaboration des services sociaux et/ou scolaires.

La réorganisation des services relatifs aux domaines définis par les priorités de santé respecte les autres priorités de la réforme en matière d'accès aux soins et de raccourcissement des délais d'attente. À cet effet, des programmes cadres nationaux, les National Service Frameworks (NSF), définissent les grandes lignes de l'organisation des services.

### Les National Service Frameworks

Ils définissent des standards et des objectifs nationaux à respecter pour l'organisation des soins dans un champ spécifique et proposent des stratégies pour aider au développement et à l'amélioration des services de santé

curatifs comme préventifs dans le champ qu'ils traitent. Le plus souvent, ils impliquent une collaboration avec les services sociaux.

Ils couvrent les thèmes relatifs aux grandes priorités de santé et, dans le cadre de la réduction des inégalités, ils développent également une approche populationnelle en ciblant des groupes particulièrement fragiles : personnes âgées et enfants.

Cependant, d'autres thèmes sont abordés pour l'organisation des soins pour la population porteuse de pathologies chroniques et pour des pathologies spécifiques : diabètes et maladies rénales (lire encadré).

### Les plans locaux : Local Delivery Plans

Ce sont les institutions sanitaires locales, en l'occurrence les Primary Care Trust (PCT), qui ont en charge d'organiser les services dans le cadre des NSF en collaboration avec leurs partenaires locaux (services sociaux, services de l'Éducation nationale, services de l'aménagement urbain, associations...) et les équipes de soins.

En effet, l'une des composantes importantes de la réforme fut de transférer la responsabilité de l'organisation du NHS au niveau local : 303 PCT gèrent 80 % du budget du NHS et sont responsables de l'organisation des services de soins primaires, de l'accès aux soins secondaires et de l'amélioration de la santé pour la population qu'ils couvrent (en moyenne, 150 000 personnes). À ces fins, ils doivent élaborer des Local Delivery Plans (plans locaux d'organisation des soins) qui prennent en compte, d'une part, les objectifs de santé publique et les standards d'organisations des soins définis au niveau national et, d'autre part, les particularités locales en matière de besoins de santé.

Ils peuvent être aidés à cet effet par les Regional Public Health Observatories qui, comme les observatoires régionaux de la santé français, publient des données locales sur la santé et la consommation de soins de la population, mais s'avèrent également être un support méthodologique à la déclinaison locale des mesures imposées par les NSF.

À un niveau intermédiaire, les NHS Strategic Health Authorities (SHA) (au nombre de 28 et couvrant en moyenne 1,5 million de personnes) travaillent en collaboration avec les PCT pour l'élaboration des plans

## Les National Service Frameworks

### Première vague

Maladies coronariennes (2000)  
Cancer (2000)  
Santé mentale (1999)  
Réanimation néonatale (1999)  
Personnes âgées (2001)  
Diabète (1999)

### Deuxième vague

Services de néphrologie (2005)  
Maladies chroniques (2005)  
Enfants (2004)

d'action locaux, s'assurent de la bonne articulation de ces plans sur le territoire qu'elles couvrent et surveillent la performance des PCT pour ce qui concerne les objectifs et standards fixés dans leur plan.

Parallèlement au NHS, des organes de l'État relaient la politique de santé publique du ministère aux niveaux régional (9 groupements régionaux de santé publique) et local. Ils s'assurent, entre autres, du développement d'actions intersectorielles ciblées sur les déterminants de la santé et des inégalités les plus importants.

#### Les résultats et les évolutions

Début 2005, le Kings Fund a publié une évaluation externe des premières années de la réforme du NHS depuis l'arrivée des travaillistes. Il rapporte que la progression du nombre de lits, d'équipements et de personnel pour traiter les cancers, maladies cardio-vasculaires et les maladies mentales correspond aux objectifs. La mortalité pour ces mêmes pathologies décroît de façon substantielle, mais cette tendance existe depuis plusieurs décennies et la part attribuable aux programmes existants est difficile à mesurer. Le programme d'arrêt du tabac semble en bonne voie pour remplir ces objectifs. Cependant, dans les statistiques, les personnes sont considérées sevrées après seulement quatre semaines d'arrêt (un taux de succès moins important est donc

à prévoir à plus long terme). Le programme visant à modifier les consommations de fruits et légumes mis en place dans les écoles ne montre pas de résultats tangibles en termes de consommation ; l'obésité ne semble pas reculer et la population ne paraît pas avoir augmenté son niveau d'activité physique.

En fait, il apparaît que la décentralisation de la mise en œuvre avec gestion des budgets au niveau local est extrêmement encadrée par des politiques nationales. Le trop grand nombre des objectifs et standards nationaux limite l'adaptation des PCT aux besoins locaux. En effet, ces institutions n'ont souvent pas la masse critique nécessaire en ressources humaines pour, d'une part, y répondre et, d'autre part, définir des priorités locales à intégrer en plus dans leur plan d'action. De plus, la réduction des listes d'attentes avant traitement fut rapidement l'objectif principal de la réorganisation des services faisant passer les actions de prévention au deuxième plan. C'est pourquoi, en 2004, le NHS Improvement Plan réoriente la mise en œuvre de la réforme en proposant un nombre moins important de standards et objectifs nationaux, pour laisser la place aux priorités locales, et insiste sur le développement des actions de prévention et de réduction des inégalités de santé visant à faire du NHS un service de santé à part entière et non un service réduit aux soins aux malades. 🌿

## La programmation sanitaire au Québec : trop de cuisiniers gâchent le potage

Le Québec, comme les autres provinces canadiennes, en disposant de son propre parlement, du pouvoir de légiférer et de lever des impôts et taxes, jouit d'une forte décentralisation politique face au gouvernement fédéral. En regard du domaine de la santé, compte tenu de son interprétation des dispositions de la Constitution canadienne, il estime pouvoir assumer seul la pleine responsabilité de son système de santé. Ainsi, les différents gouvernements qui se sont succédé à la tête de l'État québécois ont régulièrement remis en cause les actions du gouvernement fédéral dans ce domaine au Québec.

Après avoir esquissé comment sont mises en œuvre les interventions du gouvernement fédéral en matière de santé, l'article décrit la manière dont, depuis le début des années quatre-vingt-dix, les différents gouvernements du Québec ont planifié et mis en œuvre la programmation sanitaire.

#### Les programmes fédéraux au Québec

En matière de santé, les programmes proposés par le gouvernement fédéral font souvent l'objet d'après

négociations avec les gouvernements des provinces, particulièrement avec celui du Québec. À titre d'exemple, dans le cas du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) proposé en 1992, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec exige tout d'abord un transfert inconditionnel de fonds de la part de son homologue fédéral, considérant la présence du fédéral incompatible avec ce que lui reconnaît la Constitution en matière de santé. Le ministre évoque aussi le fait qu'il vient d'élaborer son propre plan Action jeunesse (1992) et que la Politique de la santé et du bien-être, adoptée en 1991, identifie quatre objectifs prioritaires concernant directement la question de l'enfance, objectifs qui ne sont pas les mêmes que ceux figurant au programme fédéral. Après des négociations qui auront duré plus d'une année, les deux gouvernements signent un protocole d'entente le 13 mai 1993. Le gouvernement fédéral accepte d'inscrire son action dans le respect des orientations et priorités du Québec, de ses lois et des règlements régissant l'organisation de ses services. Il consent également à éviter les chevauchements et à ne pas réduire les sommes allouées

**Jean Turgeon**  
Professeur titulaire,  
École nationale  
d'administration  
publique, Québec  
**Olivier Choinière**  
Assistant de  
recherche à l'Enap