

Organisation mondiale de la santé  
Bureau régional de l'Europe  
Copenhague



Rapports et Etudes EURO 102

# Planification et gestion de la santé

Rapport sur une conférence européenne

La Haye, 27 août – 1<sup>er</sup> septembre 1984

ISBN 92 890 2268 X  
ISSN 0250-8400

© Organisation mondiale de la santé 1986

Les publications de l'Organisation mondiale de la santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Ce rapport exprime les vues collectives des participants à une réunion et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la santé.

## SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Introduction .....	1
Discussions liminaires .....	2
Tendances de la planification et de la gestion sanitaires .....	3
«Health planning and management structures and processes in European Member States — an overview of the state of the art» .....	4
Questions se posant dans la planification et la gestion dans le domaine de la santé .....	6
Principaux sujets de discussion .....	8
L'équilibre entre la centralisation et la décentralisation .....	8
La participation aux processus de décision en matière de santé .....	10
Répartition des ressources en période d'austérité économique .....	12
Incidences économiques de la politique de la Santé pour tous .....	16
Mécanismes de collaboration multisectorielle .....	21
La responsabilité première en matière de planification et de gestion de la santé .....	25
Démarches de la planification et de la gestion de la santé orientées vers l'avenir .....	26
Conclusions et recommandations .....	29
Recommandations à l'intention des Etats Membres .....	29
Recommandations à l'intention du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe .....	32
Annexe 1 Liste des participants .....	33



## INTRODUCTION

La Conférence européenne sur la planification et la gestion pour la santé, organisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en collaboration avec le gouvernement des Pays-Bas, s'est tenue à La Haye du 27 août au 1er septembre 1984.

Cette conférence devait promouvoir et renforcer l'élaboration de processus gestionnaires appropriés à la Santé pour tous d'ici l'an 2000 (Santé 2000) dans les Etats de la Région européenne. Il s'agissait essentiellement de permettre aux pays de procéder à des échanges d'idées et de données d'expérience sur la façon de favoriser une évolution visant à assurer des politiques et programmes de santé plus équitables et plus complets, en vue d'améliorer la santé et, ce faisant, de faire un usage plus rationnel des ressources.

Plus précisément, les participants devaient :

1. étudier les changements en matière de planification et de gestion de la santé intervenus dans les Etats Membres de la Région depuis la Conférence européenne de 1974 sur la planification sanitaire nationale (Bucarest 1974) et examiner l'adéquation des systèmes de gestion en vue de l'instauration de la Santé pour tous d'ici l'an 2000;

2. étudier les solutions possibles aux questions cruciales de la planification et de la gestion, et notamment :

- l'équilibre entre centralisation et décentralisation du processus de gestion et de planification et le rôle des divers échelons de l'administration de la santé dans ce processus;
- une participation accrue de la collectivité et de différentes catégories de dispensateurs de soins de santé à la prise de décisions et à la planification de la santé;
- les mécanismes de participation et de coordination intersectorielle en matière de santé;

- les perspectives qui s'ouvrent à la planification sanitaire dans la conjoncture actuelle d'austérité et d'instabilité économiques;
- les exigences en matière de recherche et de formation pour promouvoir la planification et la gestion sanitaires;

3. analyser les conséquences économiques possibles du mouvement de la Santé pour tous;

4. examiner les modalités de la planification et étudier d'autres options ouvertes pour la mise en œuvre de la stratégie régionale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000, grâce à l'élaboration de scénarios.

A la conférence ont participé des représentants de vingt et un Etats Membres de la Région européenne et du Canada, de la Commission des Communautés européennes, de l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne, de l'Association européenne des programmes d'études sur les services de santé publique, du Conseil international des infirmières et de la Fédération internationale des hôpitaux. Vingt-six conseillers temporaires étaient également présents, ainsi que des fonctionnaires du Siège de l'OMS et du Bureau régional de l'Europe.

Le Dr Leo A. Kaprio, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, a ouvert la conférence en présence de Sa Majesté la Reine Béatrix des Pays-Bas. M. J.P. van der Reijden, secrétaire d'Etat à la santé, à la protection sociale et aux affaires culturelles a souhaité la bienvenue aux participants avant de prononcer une allocution officielle. Le Dr J. van Londen, directeur général de la santé néerlandais, le Dr S. Khanna, médecin-chef au service du Siège de l'OMS chargé de la coordination de la stratégie de la Santé pour tous, et le Dr Leo A. Kaprio ont également fait des exposés.

Le Dr J. van Londen et le Dr O.P. Sčepin ont été élus respectivement président et vice-président de la conférence. Le Dr D.M. Pendreigh a fait fonction de rapporteur et le Dr J.E. Asvall, directeur de la gestion des programmes au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, de secrétaire.

## DISCUSSIONS LIMINAIRES

Lors de la séance d'ouverture, les documents suivants ont fait l'objet d'une présentation :

- «Les tendances de la planification et de la gestion pour la santé dans la Région européenne», préparé par le Dr I.S. Luculescu, fonctionnaire régional pour la programmation sanitaire nationale au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe;

- *«Health planning and management structures and processes in European Member States – an overview of the state of the art»*, par M. D. Affeld et le Dr S.E. Ekeik;
- «Questions se posant dans la planification et la gestion dans le domaine de la santé», par le Dr D.M. Pendreigh.

Chacun de ces documents donnait – selon des modalités différentes – une vue d'ensemble de la situation présente et récente de la Région européenne en matière de planification et de gestion de la santé, dans le contexte des stratégies mondiale et régionales de la Santé pour tous.

### **Tendances de la planification et de la gestion sanitaires**

Le document du Dr Luculescu récapitule les faits notables de l'évolution de la gestion sanitaire dans la Région européenne. On y note que les initiatives de l'OMS en matière d'orientations et de gestion sont tributaires des mutations de l'environnement dans la Région, ainsi que de l'émergence du mouvement de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. On y trouve aussi un exposé des principales caractéristiques du processus gestionnaire nécessaire pour le succès des stratégies de la Santé pour tous et les observations de l'auteur à ce sujet.

Depuis la conférence de 1974 sur la planification sanitaire nationale, certains concepts spécifiquement liés à la gestion de la Santé pour tous sont devenus plus clairs; on peut les énoncer comme suit :

- les nouvelles relations intégrées entre planificateurs et responsables de la gestion et de la prise de décisions en matière de santé, et la place faite à ces rapports dans les méthodes de travail de l'OMS;
- le concept de la planification multisectorielle en tant qu'auxiliaire d'une vue panoramique de la santé et de la prise en compte des éléments déterminants de l'état de santé;
- le principe de la participation à la planification, pour amener celle-ci à mieux répondre aux besoins effectifs, pour qu'elle donne satisfaction, qu'elle soit acceptée, approuvée et en dernière analyse appliquée. L'intervention des usagers comme des dispensateurs de soins de santé et des responsables des décisions conditionne la réussite de cette approche;
- l'accent doit être mis sur une planification stratégique de la santé, notamment lorsque la planification à long terme se déroule dans un contexte d'incertitude à l'égard du futur;

- la nécessité d'éviter une démarche rigide et bureaucratique et de tenir compte des principes de décentralisation, de surveillance continue, d'évaluation et de reprogrammation, qui doivent faire partie intégrante de tout processus rationnel de planification;
- les conséquences pour la planification sanitaire susceptibles d'être liées à la conjoncture actuelle d'austérité économique et d'instabilité;
- la nécessité d'étudier comment les politiques de Santé 2000 pourraient être exécutées dans les meilleures conditions dans des systèmes sanitaires pluralistes moins structurés.

Après avoir examiné les développements récents sur ces points, le document retrace dans leurs grandes lignes les principales activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans le domaine de la gestion et de la planification sanitaires, réalisées en étroite collaboration avec les Etats Membres.

**«Health planning and management structures and processes in European Member States – an overview of the state of the art»**

Ce document, qui a fait l'objet d'une introduction par M. D. Affeld, constitue essentiellement une synthèse des débats du groupe de travail sur la planification et la gestion sanitaires, réuni à Athènes en septembre 1983. Au cours de cette réunion, qui a prélué à l'organisation de la présente conférence, des experts représentant douze Etats Membres européens ont examiné dans quelle mesure les systèmes existants de gestion et de planification sanitaires répondent aux exigences du mouvement de la Santé 2000. Ils ont ensuite identifié certains secteurs critiques dans la promotion ou le perfectionnement des pratiques gestionnaires. Des contributions écrites, reçues de quinze Etats Membres, viennent s'ajouter à ce document. Leur expérience dans ce domaine y est décrite et analysée. Leur contenu est très stimulant aux fins d'une discussion, et le débat s'en est largement inspiré.

Les débats d'Athènes, de même que les contributions écrites des pays, ont mis en évidence un accord général sur les fondements politiques globaux des buts de la Santé 2000. Pour ce qui est de la base des orientations en matière de gestion et de planification, on a fait remarquer que la plupart des documents de l'OMS peuvent être interprétés comme favorisant une vue relativement rigide de la gestion et plus particulièrement de la planification. Aussi est-il apparu utile de redéfinir cette dernière comme la recherche des mécanismes, officiels ou non, visant systématiquement à améliorer le développement ultérieur de la santé.

Cela constitue déjà une réalité dans le cadre européen, où les solutions de planification sont variées. Ainsi, on va d'une conception formelle de la planification, qui est bien illustrée dans les contributions de la Bulgarie, de la Pologne, de la République démocratique allemande et de la Tchécoslovaquie, à des mécanismes moins formels et fortement décentralisés, qui combinent direction et contrôle d'une part avec, de l'autre, négociation et concurrence, de manière à assurer un développement régulier du secteur sanitaire et à réaliser entre les individus et les groupes en cause un consensus. On en trouve des exemples dans les communications de la République fédérale d'Allemagne, de la Belgique, du Luxembourg et des Pays-Bas.

Il est apparu dans les débats que la Région européenne peut faire état d'une vaste gamme d'approches en matière de direction, de planification et de gestion. Dans plusieurs pays, certains services de santé ne sont soumis qu'à un contrôle nominal du gouvernement, et l'on s'efforce d'obtenir des résultats grâce à des négociations et à un consensus entre les professions libérales, les consommateurs, les caisses d'assurances sociales, les groupes de pression, etc. Le rôle du gouvernement, dans ce cadre, est plutôt celui d'un partenaire, responsable d'un cadre de négociation, ou encore promoteur d'idées acquises, plutôt que d'une autorité suprême en matière de prise de décisions. Dans d'autres pays, l'orientation gouvernementale de la planification repose sur des fondements juridiques clairement précisés. L'ensemble des systèmes présente toutefois la caractéristique commune d'accepter les buts généraux du mouvement Santé 2000 en tant que politique générale de la santé.

Les débats ont montré que les réalisations en matière de prestations de service de santé et d'état de santé ne sont pas nécessairement liées aux méthodes retenues par les divers pays aux fins de la planification.

Au cours des dernières années, un certain nombre d'Etats, notamment dans le bassin méditerranéen, ont entrepris de mettre en place des services nationaux de santé et les systèmes nationaux de santé qui en découlent. Cela apparaît clairement dans la contribution espagnole. Par contre, dans un certain nombre de pays de la Région d'ores et déjà dotés de systèmes de santé nationaux complets – comme c'est le cas pour le Royaume-Uni –, un secteur privé relativement important commence à se dessiner à côté du système national de services de santé.

Pour réaliser l'objectif de la Santé 2000, il faudra adopter une approche globale qui va bien au-delà du secteur sanitaire. Néanmoins, les méthodes de planification en vigueur dans de nombreux pays se concentrent essentiellement sur le secteur des soins de santé, encore que l'on ait pu percevoir un déplacement d'accent délibéré en faveur d'une planification intégrée des soins de santé. Les participants ont toutefois été dans l'incapacité d'identifier une tendance notable à une planification globale de la santé, sauf dans quelques pays où cette planification fait partie intégrante des plans de développement socio-économique.

Certains participants ont signalé l'existence d'une planification à long terme officielle. Il était cependant manifeste que, dans l'actuel climat d'instabilité économique, la formulation de politiques de santé comportant souvent des éléments stratégiques a remplacé la planification à long terme et ce, dans un grand nombre de pays. Dans la plupart des Etats, la planification est orientée vers les couples apports/ressources et réalisations/prestations. Quelques-uns s'efforcent d'en arriver à une planification et à une programmation des résultats dans certains secteurs et ce plus particulièrement pour des problèmes de santé déterminés.

Les pays centralement planifiés semblent faire confiance aux approches normatives de la planification, en ce sens que les propositions de plan issues du niveau local et harmonisées au niveau central prennent, après avoir été adoptées, forme et force de loi, alors que les pays dont les systèmes de gouvernement les orientent vers la régionalisation ou la décentralisation tendent à être dotés d'une planification indicative au plan national, cette planification revêtant un aspect plus autoritaire au plan local.

### **Questions se posant dans la planification et la gestion dans le domaine de la santé**

Cette communication, qui a été l'objet d'une présentation par le Dr D. Pendreigh, examine diverses questions intéressant le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à savoir les moyens par lesquels il peut encourager, promouvoir et favoriser les activités liées au processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, mettre en place des réseaux appropriés, entreprendre des activités de formation et faciliter la collaboration et la coordination multisectorielle.

Les questions qui se posent en liaison avec les tendances actuelles de la planification sont alors étudiées et en particulier examinées par rapport à certains des points de vue qui se sont dégagés à la conférence de Bucarest en 1974. Ces questions sont examinées sous les titres ci-après :

- la planification sanitaire ou la planification des services de santé;
- le rôle changeant des planificateurs;
- le changement de l'horizon de planification;
- la planification en tant que processus de gestion;
- la planification : dimensions et approches nouvelles;
- le concept stratégique;
- l'apparition des scénarios.

Les problèmes économiques nouveaux liés à l'évolution de l'environnement sont discutés. L'environnement dans lequel se situent la planification et la gestion sanitaires a notamment changé à deux égards : les ressources disponibles ne croissent plus comme par le passé, et de nouveaux buts ont été formulés pour l'utilisation de ces ressources. Le conflit entre les objectifs sectoriels à court terme et les buts à long terme est mis en lumière. Pour pouvoir affecter de nouvelles ressources à la promotion sanitaire et à la prévention des maladies, tout en maintenant à leur niveau actuel les services de santé, il faudra modifier profondément la manière dont ces services sont planifiés et gérés. Une action sur ces points doit s'accompagner d'efforts pour rendre fournisseurs et consommateurs de soins de santé plus conscients des coûts.

Le document soulève de nombreuses questions relatives aux insuffisances des structures actuelles de gestion aux fins de la réalisation de l'objectif Santé pour tous ou de l'application du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. D'autres questions, étroitement liées à ce thème, portent sur l'équilibre qu'il faudrait établir entre la centralisation et la décentralisation des structures de gestion sanitaire.

Pour ce qui est de la participation, on a fait remarquer qu'un vaste éventail de questions exigent un débat, non pas seulement pour ce qui est de la collectivité, mais aussi des professions sanitaires et de certains autres secteurs. Enfin, on a dressé une liste des questions à résoudre dans les domaines de l'éducation, de la formation et de la recherche.

Ces trois documents, ainsi que les débats en séance plénière qu'ils ont suscités, ont mis en évidence le déplacement d'accent intervenu depuis la Conférence européenne sur la planification sanitaire nationale de 1974. Ainsi, on a adopté un concept de planification générale de la santé au lieu de la planification des services de santé, l'accent est mis davantage sur la formulation d'orientations et sur les processus politiques et sociaux intervenant dans la planification et distingués de ses aspects purement techniques; on admet en outre que la planification ne saurait être distinguée de la gestion, d'où l'approche intégrée du processus gestionnaire de la planification sanitaire nationale. Un rapport, en pleine évolution, du processus gestionnaire de la planification sanitaire nationale, opposé aux concepts antérieurs de l'OMS concernant les systèmes de planification, de programmation et de budgétisation, l'analyse des systèmes dans les projets et la programmation sanitaire nationale, etc., est apparu dans les débats. Dans leur contribution écrite, de nombreux pays ont fourni des informations précieuses permettant de mieux connaître l'évolution continue des démarches de gestion et de planification.

La discussion a permis de mieux connaître la situation, les activités, la pertinence et l'impact de la planification sanitaire dans divers Etats Membres de la Région. Les participants ont admis que la démarche de planification et de gestion reflète essentiellement la structure et l'organisation politico-administrative d'un pays, d'où la diversité des modèles européens.

Les débats ont mis en évidence des questions particulièrement critiques : a) comment amener les usagers ou les consommateurs à participer à la prise de décisions et b) comment obtenir un équilibre entre centralisation et décentralisation dans les divers systèmes de santé. On devrait s'efforcer de retenir les éléments centralisateurs susceptibles de favoriser l'égalité géographique et sociale devant la santé et, d'autre part, les éléments d'une approche décentralisée qui rende les administrations plus sensibles aux besoins et aux aspirations des collectivités locales.

Les participants se sont ultérieurement occupés en détail de ces questions. On a fait remarquer que les systèmes de santé, qu'ils soient unitaires ou pluralistes, peuvent généralement se garantir contre le développement des tendances bureaucratiques, dès lors qu'ils incorporent des moyens d'examen critique, d'appréciation et, partant, d'adaptation régulière.

La planification est un concept global, ouvert aux approches potentielles les plus variées, aussi il importe de choisir dans chaque situation déterminée la démarche qui convient le mieux. En conséquence, la planification étant un ensemble concerté de politiques ou de mesures visant à améliorer la situation future, chaque pays peut mettre en place ses propres mécanismes où l'équilibre entre centralisation et décentralisation et l'échelle temporelle peuvent varier dans de larges proportions, selon l'environnement national.

## PRINCIPAUX SUJETS DE DISCUSSION

### **L'équilibre entre la centralisation et la décentralisation**

Les discussions en séances de groupes et plénières ont permis de formuler des observations et conclusions détaillées en grand nombre. Les principaux points ayant fait l'objet d'un large consensus peuvent être exposés comme suit :

- l'élément déterminant de l'équilibre réalisé et la forme que le système revêtira sont fonction de la structure politico-administrative fondamentale du pays en cause;

- un système équilibré est indispensable pour permettre à l'élément centralisé de s'efforcer de réaliser l'équité sur le plan géographique et social; simultanément, les éléments décentralisés devraient être présents en nombre suffisant pour que l'administration demeure sensible aux besoins et aux aspirations locales;
- certains mécanismes centralisés peuvent présenter des avantages pour les intérêts locaux en ce sens qu'ils permettent d'assurer un appui plus total (services d'information, d'approvisionnement, de développement des personnels de santé, etc.);
- il est capital, quel que soit le système, que les fonctions et les responsabilités de direction soient définies de manière explicite à tous les niveaux. Le premier niveau, qui contrôle les ressources et est en mesure de prendre des décisions de sa propre initiative, détermine le degré de décentralisation d'un système de santé déterminé;
- il faudra se souvenir que la situation du secteur sanitaire est évolutive; les besoins ne cessent de changer et l'équilibre qui convient le mieux à un moment déterminé a parfois aussi besoin d'être ajusté dans le temps; il peut aussi différer selon les problèmes qu'il faut résoudre. Ainsi, on a noté, dans de nombreux Etats Membres considérés comme répondant au type centralisé, une tendance manifeste à la décentralisation. Au contraire, des Etats Membres essentiellement décentralisés mettent sur pied des mécanismes destinés à renforcer la coordination;
- il est probable que plus un pays est décentralisé, plus la participation des consommateurs a de chances d'être efficace et directe;
- il importe de favoriser le système par un service d'information valable, susceptible d'assurer la rétro-information des gestionnaires, des dispensateurs et des utilisateurs. L'information requise aux différents niveaux administratifs et gestionnaires diffère souvent de par son contenu de celle qui est exigée pour la gestion clinique des cas de morbidité;
- si le système de santé doit être efficacement décentralisé, un effort analogue est nécessaire dans tous les autres secteurs. Il importe aussi de disposer au plan local d'un personnel de direction suffisamment qualifié;

- en période d'austérité économique, la centralisation est parfois le seul moyen de répartir le fardeau encore que, dans la plupart des cas, l'autorité centrale conserve le contrôle des ressources et des décisions;
- notamment dans les pays dans lesquels on assiste actuellement à une réorganisation profonde du secteur de la santé, il peut être nécessaire de définir des projets pilotes dans certains domaines pour mettre à l'épreuve des stratégies nouvelles. Un projet pilote peut donner entre autres des renseignements précieux sur les capacités gestionnaires au niveau sous-national;
- l'adoption, prévue par le Comité régional de l'Europe, à sa trente-quatrième session, de buts régionaux clairement définis (cf. document EUR/RC34/7), devrait encourager les pays à examiner dans quelle mesure leur système est adapté aux exigences gestionnaires de la Santé pour tous, à savoir l'orientation à long terme, l'accent mis sur les éléments stratégiques et les réalisations, une participation plus large de la base, l'acceptation politique, la sensibilité aux coûts et la notion de rentabilité des stratégies retenues, l'équité et enfin la capacité à faire face à des besoins sans cesse mouvants.

### **La participation aux processus de décision en matière de santé**

Bien qu'il ait été prévu d'examiner ici les notions de participation des usagers et des dispensateurs d'autres secteurs, on a, à fort juste titre, donné la priorité, tant dans les discussions de groupes qu'en plénière, à la participation des usagers (ou consommateurs) de soins de santé, étant donné que la collaboration multisectorielle était examinée en fin de semaine et que de nombreux pays disposent de structures de participation mieux définies pour les dispensateurs que pour les utilisateurs.

Les principaux points suivants sont apparus :

- la question qui se pose ici consiste en fait à déterminer comment faire face aux pressions qui s'exercent en faveur du changement, compte tenu des perceptions et intérêts divers des différents groupes d'usagers et de dispensateurs et du fait que leur rôle est parfois interchangeable;
- dans de nombreux pays, l'appartenance aux organisations représentatives de participants constitue un thème de réflexion important; en particulier, leurs membres devraient-ils être directement

élus ou être désignés de façon plus indirecte ? En composant ces groupes, il faudrait toujours prendre en compte le risque potentiel que l'on court de voir négliger les intérêts des déshérités, des migrants et d'autres groupes vulnérables;

- la participation apparaît nécessaire tant au plan local que central, et il conviendrait d'établir des communications appropriées tant en amont qu'en aval, l'accent étant mis sur l'expression des opinions «à la base», car ces dernières sont souvent négligées;
- en un sens, l'équilibre entre participation directe et par des intermédiaires est fonction de l'équilibre entre centralisation et décentralisation et partant du système administratif et politique de chaque pays. Toute évolution vers la régionalisation et la décentralisation des services de santé devrait faciliter la participation et notamment rendre plus viable une participation directe;
- un système d'information «bienveillant» est essentiel pour informer et former les usagers aux contraintes s'exerçant sur les ressources et ailleurs, mais aussi pour faire prendre conscience aux planificateurs des besoins et des exigences des différents groupes d'utilisateurs. Dans ce contexte, le recours aux sondages d'opinion se justifie. Toute activité en ce sens devrait être considérée comme renforçant le processus démocratique;
- la formation des professionnels de la santé devrait leur apprendre qu'il ne leur suffit pas de demander l'avis des usagers et de le prendre en compte, mais qu'il leur faut encore établir des relations de travail actives avec les groupements de consommateurs;
- si les moyens de communication et de participation officiels sont essentiels, il faudrait aussi encourager d'autres rapports informels qui, dans certains systèmes, jouent un rôle important;
- pour pouvoir participer efficacement, les usagers doivent être mieux informés, non pas seulement des différentes contraintes économiques, mais aussi des choix très complexes qui s'imposent dans le secteur sanitaire. Il est essentiel de concilier les préoccupations individuelles et de groupes avec l'intérêt du public;
- il faudrait encourager le développement et l'amélioration des recherches sociales et comportementales sur la façon de favoriser une participation plus significative à la prise de décisions.

## Répartition des ressources en période d'austérité économique

Pour orienter les débats sur ce sujet, le professeur A. van der Werff a fait un bref exposé introductif sur l'étude intitulée «Planification et gestion de la santé en période d'austérité et d'instabilité économiques».

Le milieu des années 70 a marqué la fin de la période de croissance économique ininterrompue la plus longue de l'histoire. Après la crise du pétrole notamment, la croissance réelle de l'économie mondiale s'est brutalement ralentie. Dans le même temps, la structure économique internationale a subi de profonds bouleversements. L'Europe est frappée de stagnation et connaît l'instabilité tout comme d'autres régions du monde. Les pays à économie de marché ne sont toutefois pas les seuls à souffrir de la contraction de l'activité et, dans les pays à économie planifiée, la croissance semble également se ralentir. Mais les plus touchés par la récession sont les pays en développement. L'explosion de prospérité passée a, par ailleurs, eu des répercussions sur le plan de la santé. La demande de soins n'a cessé de progresser sans que l'état de santé de la population en général s'en trouve sensiblement amélioré et sans que l'on ait pris toutes les mesures propres à provoquer l'évolution nécessaire, dans la limite de ressources qui vont s'amenuisant et dans le laps de temps alloué. Le changement de priorités voulu par les stratégies de la Santé pour tous doit être replacé dans un contexte caractérisé par le vieillissement de la population, l'instabilité sociale et la constante transformation des modes de vie qui ne deviennent pas nécessairement plus sains. Sur le plan économique, l'avenir semble aussi s'annoncer sous de sombres couleurs.

La situation économique influe sur le contexte dans lequel se situent les activités de planification et de gestion. Un «environnement de planification» différent peut réclamer une «conception de la planification» différente et un «style de gestion» différent. Avec le temps, la conception que l'on se fait de la planification et le style de gestion sont également appelés à se modifier. Ils peuvent ne pas être les mêmes en période d'expansion qu'en période de ralentissement de l'économie.

L'étude résumée ici se proposait d'analyser l'évolution des conditions de la planification dans les moments d'austérité et d'instabilité économiques et de formuler sur cette base des recommandations concernant — s'il en est un — le type de planification et de gestion sanitaires que l'on peut utiliser pour la réorientation des politiques dans l'optique de la Santé pour tous. Elle n'a pas vraiment pour propos d'évaluer les diverses stratégies de maîtrise des dépenses.

L'auteur analyse les questions ci-après :

- les principales caractéristiques de l'environnement de planification, ainsi que la cause et le contexte des changements qui peuvent se produire sous la pression des difficultés économiques et de l'instabilité;

- les modifications du système de santé lui-même (évolution des problèmes de santé, concepts présidant à l'élaboration des politiques de santé, systèmes de services de santé et développement des ressources et du financement);
- les mutations du contexte socio-politique de la planification de la santé et des styles de gestion, notamment pour ce qui est de l'évolution des attitudes et de la résistance au changement. Une large place est consacrée à l'examen du cadre administratif dans lequel se déroulent les activités de planification et de gestion et les effets de la récession économique sur l'ampleur et l'étendue du contrôle des pouvoirs publics, aussi bien que la coordination multisectorielle et la décentralisation.

Les répercussions de l'austérité et de l'instabilité économiques sur le processus de prise de décisions en général et le changement dans le rôle et les pouvoirs de ceux qui interviennent dans la prise de décisions en matière de santé sont évoquées, de même que la complexité croissante de la prise de décisions et les possibilités et les limites des interventions inspirées par la nécessité de maîtriser les dépenses.

Enfin, l'étude comporte un inventaire des questions à résoudre dans le domaine de l'éducation, de la formation et de la recherche.

On peut récapituler comme suit les principales interventions des participants aux discussions en groupes et en plénière sur la question de la répartition des ressources en période d'austérité économique :

- l'austérité force parfois les individus comme les systèmes à opérer des choix délicats quant à leurs priorités, et cela peut les inciter à se préoccuper davantage, à participer de plus près, à évaluer au plus juste et à faire montre d'une plus grande conscience de leurs responsabilités, et tout cela ne peut être que positif;
- néanmoins, en période d'austérité économique, on court le grave risque d'adopter précipitamment des mesures de maîtrise des coûts visant à réduire les facteurs de production et ce, sans s'interroger suffisamment sur les réalisations souhaitables, voire même sur la façon dont elles peuvent se trouver affectées par ces mesures;

- on peut tendre à sacrifier le dynamisme de la prévention et de la promotion de la santé à long terme en faveur d'objectifs plus immédiats, et il convient de combattre cela;
- les systèmes de santé devront être mieux informés de l'efficacité et de l'efficience des différentes actions en faveur de la santé et se préparer à adopter une attitude plus souple, à assurer une surveillance continue et à procéder à des refontes plus fréquentes de leur programme;
- au lieu de manipuler les prix à la consommation en tant que méthode de maîtrise des coûts, on peut progresser en adoptant des mesures incitatives visant à rendre les dispensateurs de soins plus efficaces et plus efficients;
- en situation d'austérité économique, il faut se doter d'indicateurs plus appropriés et poursuivre des objectifs plus précis, de façon à mieux défendre les priorités qui ont été fixées et à favoriser l'évaluation correcte des résultats. En outre, les ressources étant limitées, le secteur de la santé devrait être en mesure de démontrer de façon plus convaincante l'intérêt des investissements sanitaires par rapport à celui que présentent d'autres types d'investissements et ce, pour conserver sa part du budget;
- les conflits entre les usagers et les dispensateurs ont davantage de chances de se produire, et les gestionnaires de la santé sont parfois appelés à prendre certaines mesures telles que le renforcement des soins de santé primaires, à l'encontre des vues ou des intérêts des professionnels de la santé ou des consommateurs;
- les divergences tendent à s'accroître en période d'austérité économique, celle-ci étant de nature à faire obstacle à la création de nouveaux services ou à l'adoption de nouvelles mesures en faveur de groupes sous-privilegiés;
- en période d'austérité, on tend souvent aussi à régionaliser et à décentraliser. Le fardeau économique est alors transféré à l'échelon inférieur, l'autorité centrale continuant toutefois d'exercer sa tutelle sur l'affectation des ressources;
- une croissance économique zéro, des problèmes budgétaires et la nécessité de limiter les coûts n'ont pas nécessairement un effet positif ou négatif sur les buts de la Santé pour tous. Ce qui

importe en vérité, ce sont les réactions des sociétés, des économies et des gouvernements aux pressions économiques;

- dans certains pays, des groupements d'usagers et de dispensateurs ont obtenu une stabilisation des systèmes à un niveau déterminé de services et d'utilisation, et il est alors difficile d'amener une évolution. Les changements d'orientation peuvent en tel cas n'être réalisables que par des mesures gouvernementales strictement orientées et parfois en conflit avec l'objectif d'une participation accrue des consommateurs;
- la santé étant largement conditionnée par des facteurs autres que les soins de santé, il conviendra d'élaborer des indicateurs spécifiquement aptes à démontrer et à mesurer le rôle du secteur des soins de santé. Leur utilité serait d'autant plus grande que l'austérité économique est de nature à influencer négativement sur les tendances de l'état de santé, indépendamment des efforts consentis au titre des soins de santé;
- le mouvement de la Santé pour tous trouve son origine dans la nécessité de faire un meilleur usage de ressources devenues exiguës et de faire face à des dépenses de santé croissantes. Il devrait donc exister une contradiction entre la politique de la Santé pour tous et des orientations rationnelles régies par la sensibilité aux coûts et le désir de les réduire. Ce point devrait cependant être précisé et toutes les parties prenantes devraient être amenées à l'admettre;
- les pressions économiques peuvent renforcer la tendance qu'ont les soins de santé primaires à devenir le principal outil de la protection sanitaire. Néanmoins, certains pays dont le système de prestation des soins de santé est fondé sur les soins hospitaliers peuvent, bien que désireux de développer leurs soins de santé primaires, considérer qu'une telle évolution est de nature à accroître les dépenses de santé, car il est très difficile de réduire les dépenses hospitalières;
- les pressions économiques peuvent inciter à remettre en question la division du travail entre médecins et autres professionnels de la santé, en vue de déterminer les solutions les moins coûteuses. L'instabilité économique engendre de nouvelles contraintes en matière de qualification, et particulièrement à long terme. En effet, l'horizon temporel de toute projection significative s'en

trouve réduit de façon spectaculaire. Cela exige de nouvelles méthodes de qualification, une plus grande souplesse et une aptitude à revoir les méthodes de planification; il s'agit en effet de planifier les stratégies plutôt que les ressources et, dans l'ensemble, d'être plus ouvert à l'influence d'un environnement en constante mutation;

- l'Organisation mondiale de la santé a des responsabilités évidentes quant à l'assistance requise par les Etats Membres dans ce domaine.

### **Incidences économiques de la politique de la Santé pour tous**

L'étude du professeur A. Maynard, clé de voûte de la conférence, intitulée «La mobilisation des ressources, tâche économique de la planification et de la gestion en vue de réaliser la Santé pour tous d'ici l'an 2000», est analysée dans les paragraphes qui font suite.

Dans leur structure nouvelle, les systèmes de soins de santé dans la Région européenne de l'OMS se caractérisent par un emploi inefficace des ressources limitées du point de vue des soins de santé disponibles et par une répartition inégale de la santé et des soins de santé. Ces défauts résultent du fait que les institutions ont des structures de stimulation qui tendent à favoriser les modes de fonctionnement inefficaces et inéquitables. Les systèmes de soins de santé, publics ou privés, n'offrent aux producteurs et aux consommateurs aucune incitation à économiser les maigres ressources économiques, ni à atteindre les buts de justice sociale fixés par les politiques publiques aussi bien à l'Est qu'à l'Ouest. Dans tous les systèmes de soins de santé, ce sont des tiers (en l'occurrence l'Etat ou les compagnies d'assurances) qui paient la note, sans contrôler les services pour lesquels ils dispensent généreusement des ressources pourtant limitées.

La production de santé, c'est-à-dire la maximisation du nombre d'années de vie qualitativement pondérées (AVQP) est complexe et tributaire de facteurs autres que les soins de santé. D'après les données incomplètes dont on dispose, les soins de santé contribuent pour une part limitée à la production de santé. C'est le comportement des individus vis-à-vis d'eux-mêmes pendant leur cycle de vie qui est le principal facteur déterminant la santé. Modifier le comportement est une tâche difficile et compliquée par le fait qu'elle entraîne une perte de revenus et d'emplois pour les firmes produisant des substances nocives (tabac par exemple) et une moindre satisfaction pour les consommateurs qui prennent plaisir à utiliser ces produits.

Toute modification des politiques comporte aussi des coûts de substitution : pour augmenter le nombre d'AVQP, on doit modifier les pratiques en matière de revenus et d'emploi, ce qui se fait au détriment de certains groupes.

Compte tenu de ces coûts de substitution et du problème universel de la pénurie de ressources, on doit veiller à ce que celles-ci soient employées efficacement. Par «efficacité», il faut entendre ici la minimisation du coût par unité de résultat produit. Les décideurs (médecins par exemple) qui travaillent de manière inefficace privent de soins des patients potentiels. Un comportement inefficace de ce genre est contraire à l'éthique; l'efficacité en effet minimise les coûts de substitution et maximise la production d'AVQP.

Pour évaluer les soins de santé et la production de santé, il est nécessaire d'appliquer les méthodes d'analyse coût-efficacité et coûts-avantages. Il importe en outre de mieux comprendre la philosophie qui sous-tend ces techniques. Grâce à ces analyses, on obtient, dans un cadre explicite, des estimations des coûts et des avantages des variantes de stratégies et des variantes de solutions pour traiter les patients. L'évaluation économique ne suffit pas à donner des informations complètes : elle en donne davantage dans un cadre rigoureux. Une meilleure circulation de ces informations utiles pourrait améliorer la prise de décisions.

Actuellement, la plupart des thérapies médicales n'ont pas été évaluées d'une manière scientifique, c'est-à-dire que ces méthodes n'ont pas été soumises à des essais contrôlés aléatoires avec application d'un élément économique. Faute d'une telle évaluation, il n'est pas possible de déterminer le rapport coût-efficacité des soins de santé primaires, ni de définir si la qualité des soins hospitaliers pourra être maintenue après un transfert des ressources vers le secteur primaire. Cela n'est pas en soi une raison de renoncer à un changement de politique : la plupart des politiques de santé sont adoptées et appliquées sans que l'on dispose de faits démontrant leur bien-fondé. Cependant, les politiques radicales telles que celles qui sont préconisées en liaison avec la stratégie de la Santé pour tous appellent une évaluation sérieuse (qui ne doit pas se limiter à une simple description et à un contrôle incomplet) des coûts et des avantages de ces innovations de politique.

Il ne sera pas facile de transférer des ressources vers les soins primaires et la prévention, parce que les groupes pénalisés s'opposeront énergiquement à ce transfert de ressources, alors que les groupes favorisés seront trop discrets et mal coordonnés dans leur soutien à la politique de soins de santé primaires. En modifiant la structure d'incitation dans les soins de santé primaires et secondaires (hospitaliers), on favorisera ce processus de déplacement des ressources. Ainsi, en réaffectant les crédits à des équipes de soins de santé primaires ayant pour responsabilité de dispenser des soins complets à leurs patients et en leur imputant le coût des services qu'ils utilisent (soins hospitaliers par exemple), on les inciterait à tenir compte des coûts. En outre, si tout excédent financier était attribué aux membres de l'équipe de soins de santé primaires comme revenu ou comme ressources pour leur usage propre, ils pourraient en évaluer

rigoureusement les coûts et avantages et le comportement de chacun. Une structure d'incitation ne sera efficace que si elle récompense les gens efficaces et pénalise les gens inefficaces. De tels systèmes d'incitation sont rares dans le secteur des soins de santé, mais ils sont indispensables si l'on veut que les ressources soient mises en œuvre avec efficacité et équité.

Les groupes de pression qui seront pénalisés par la stratégie Santé 2000 sont nombreux et puissants à l'Est comme à l'Ouest. Le marché des soins de santé est fortement réglementé, et la réglementation favorise ceux qui entrent dans son cadre. Le fait de modifier le système de soins de santé en faveur des soins de santé primaires aura des répercussions dans le domaine des revenus et de l'emploi. Les actionnaires des industries du tabac et de l'alcool se serviront des institutions politiques pour orienter l'action novatrice dans des voies où leurs intérêts ne sont pas menacés. Si l'on veut augmenter le nombre d'AVQP, et si l'on veut donner aux citoyens de la Région européenne de l'OMS la possibilité de vivre plus longtemps et mieux, il faudra surmonter ces obstacles.

Pour faciliter ce processus, il est nécessaire d'axer la recherche sur la réponse aux questions ci-après :

- quels sont les objectifs actuels de la politique et comment s'effectuent les dépenses dans les systèmes qui intéressent la santé ?
- qui contrôle l'affectation des ressources, plus particulièrement dans les domaines marginaux ?
- quel est le système actuel d'incitation, surtout dans les domaines marginaux, et quelles sont les variantes possibles ?
- quels sont les critères de rationnement dans les systèmes de soins de santé ? Qui reçoit quoi, et pourquoi ?
- qui sont les décideurs (médecins par exemple) et comment leur formation en matière de gestion peut-elle être améliorée ?
- comment procéder à une évaluation économique plus poussée, et comment améliorer les systèmes d'information pour permettre de juger des critères d'efficacité, des mécanismes de contrôle et d'établir des systèmes efficaces de récompense et de pénalisation ?

C'est en répondant à des questions de ce genre que l'on pourra peut-être transférer les ressources vers des types efficaces de soins primaires et s'orienter vers des domaines de la politique de prévention où le rapport coût-efficacité est le meilleur.

En examinant les incidences économiques des politiques de la Santé pour tous, les participants à la conférence ont plus particulièrement axé leurs débats sur les points suivants : les effets économiques d'une meilleure santé; les aspects économiques de la prévention, l'évaluation des coûts et des avantages des soins de santé, les instruments économiques dont on dispose pour réorienter le système de santé et le rôle de l'économie de la santé dans une meilleure prise de décisions. Les questions suivantes ont été examinées :

- l'évolution démographique a des effets économiques manifestes, tels que la charge financière que représente une population croissante de personnes âgées (néanmoins, certaines dépenses de santé pourront être économisées en ce sens qu'il y aura relativement moins de nourrissons, d'enfants et de femmes enceintes). L'ensemble de cette question, et plus particulièrement le point de savoir comment les dépenses au titre de la santé varient selon le stade de la vie, exige des recherches plus approfondies;
- que se passe-t-il lorsque le progrès technologique libère des ressources ? Vers quoi sont-elles alors transférées ? Comment étudier mieux et prévoir les changements technologiques futurs et leurs effets possibles sur le profil des soins de santé ?
- le coût de nombreuses formes de prévention est très faible, et particulièrement lorsque le changement est marginal ou progressif. En d'autres termes, la prévention est parfois coûteuse lorsqu'on recherche une lutte totale ou l'éradication d'une maladie, mais bien plus économique si l'on poursuit des objectifs moins ambitieux tels qu'une réduction des risques, une régression de l'incidence d'une maladie, etc.;
- pourquoi certains pays semblent-ils ne s'intéresser que faiblement au renforcement de la prévention et à la promotion de la santé ? Est-ce parce que les politiciens ne s'intéressent qu'aux avantages à court terme, opposés aux bénéfices à long terme ?
- les groupes de pression œuvrant en faveur de la médecine clinique sont très efficaces. Les efforts de recherche devraient viser à déterminer des façons d'organiser un lobby puissant de la prévention et de la promotion de la santé. La collaboration entre ministères de la santé et départements universitaires de la médecine communautaire et sociale et écoles de santé publique pourrait se révéler utile à cet égard. Il en est de même pour la collaboration entre l'OMS et les organisations non gouvernementales, telles que les

institutions européennes proposant une formation spécialisée aux personnels de santé dans les domaines de la santé publique et de la gestion de la santé;

- il faudrait s'efforcer davantage de promouvoir la prise de conscience de certains principes économiques de base parmi les représentants des professions de santé et le grand public. Il faudrait encourager les enquêtes ponctuelles et l'éducation systématique des professionnels et gestionnaires de la santé;
- il incombe aux Etats d'étudier la rentabilité des diverses solutions aux problèmes de santé; il faut rechercher sérieusement des options pour l'avenir. Chacun, c'est-à-dire les politiciens, les décideurs, les gestionnaires et les planificateurs, les dispensateurs comme les usagers, devrait s'efforcer de déterminer la façon la moins coûteuse d'assurer la maximum de santé;
- le recours à des techniques de scénarios illustrant les conséquences économiques hypothétiques des stratégies de rechange a des chances d'aller dans le sens d'une expansion et d'arriver à favoriser la promotion de la Santé pour tous d'ici l'an 2000;
- il est nécessaire d'examiner dans quelle mesure les solutions suggérées dans le document consacré à la stratégie de la Santé pour tous sont économiquement viables. Leurs conséquences sociales, politiques et économiques dans différents contextes européens devront être étudiées;
- les retombées économiques en dehors du secteur de la santé (dans l'industrie, dans les familles, etc.) engendrées par la mise en œuvre du programme Santé 2000 devraient être examinées de près et servir à convaincre des partenaires potentiels;
- il importe de passer en revue les dispositifs financiers destinés à permettre l'exécution des politiques de Santé 2000. En d'autres termes, tout engagement financier devrait se justifier par les résultats d'ensemble prévus, le financement de certains secteurs des structures sanitaires devant peser moins lourd dans la balance;
- il importe de modifier le système d'information dans le sens d'une amélioration et ce, dans de nombreux pays. A l'heure actuelle, certains systèmes sont hors d'état de confirmer si les ressources sont bien affectées aux priorités qui ont été préalablement déterminées;

- certains effets économiques secondaires imprévus de la politique de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 exigeront peut-être d'être étudiés. Dans ce cas encore, les scénarios pourraient aider à élucider certaines questions.

## **Mécanismes de collaboration multisectorielle**

Les deux communications présentées avant le débat sur ce thème sont intitulées respectivement «L'approche multisectorielle de la protection de la santé de la population», par le Dr O.P. Scépin, et «La collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé : la situation des pays à structure décentralisée», par M. C. Kleiber.

La première, qui décrit l'expérience acquise en URSS dans ce domaine, soulève essentiellement les points suivants :

L'évolution des soins de santé dans le monde est actuellement caractérisée par un transfert de priorités, jusque-là axées sur le traitement médical des maladies, vers une action de santé publique dans la collectivité. Ce dernier aspect est particulièrement typique des pays socialistes où les systèmes de soins de santé de l'Etat visent à préserver et à améliorer régulièrement la santé de la population, en assurant des conditions optimales au travail, dans les loisirs et dans la vie familiale, afin de permettre la croissance de la population, un développement physique et spirituel harmonieux de l'individu et une vie active prolongée pour chaque membre de la société. Toutes ces conditions ont pu être remplies grâce à la participation de la population aux décisions sur les questions liées à la santé.

En URSS, on traite le problème de la protection et de la promotion de la santé et de la participation des organismes d'Etat et publics aux activités liées à la santé par une approche multisectorielle complexe, fondée sur la législation. La coordination des activités interdisciplinaires des différents ministères et départements relève de plusieurs organes intergouvernementaux, y compris les commissions sur la santé et la protection sociale des représentants du peuple (à tous les niveaux de l'Etat, depuis les Soviets locaux jusqu'au Soviet suprême de l'URSS), les comités exécutifs des représentants du peuple, les commissions de planification d'Etat de l'URSS et des républiques de l'Union, les autorités de santé à tous les niveaux, et le conseil interdépartemental au Ministère de la santé de l'URSS.

Le secteur de la santé publique en Union soviétique, en tant que partie de l'économie nationale, est développé conformément au plan d'Etat, qui est formulé sur une base rigoureusement scientifique, de manière à répondre, autant que possible, aux demandes croissantes de la population en matière de soins médicaux de haute qualité sur la base de méthodes efficaces de diagnostic, de traitement et de prévention.

La planification est scientifiquement fondée sur des recherches poussées relatives aux besoins en services et personnels de santé, à la charge de travail du personnel sanitaire, à l'efficacité économique de la santé publique, aux tendances démographiques et à la morbidité. Des études spéciales à caractère expérimental ont aussi donné des résultats particulièrement intéressants.

Deux documents, *Le programme global de travail visant à renforcer la prévention des maladies et à promouvoir la santé de la population jusqu'à l'horizon 1990* et *Le programme complet de progrès scientifique et technique en URSS jusqu'à l'horizon 2005*, sont de bons exemples de programmes multisectoriels et d'une planification axée sur les objectifs dans les domaines industriel, social et sanitaire au sens large.

L'approche multisectorielle, appliquée aux problèmes de la protection de la santé, en combinaison avec les résultats de la recherche biomédicale et le développement soutenu des services de santé publique, a des effets particulièrement bénéfiques sur l'état sanitaire de la population, et elle constitue une démarche importante vers la réalisation de la stratégie OMS de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

La seconde de ces communications portait essentiellement sur les sociétés décentralisées et pluralistes et se fondait sur des exemples suisses. Parmi les éléments examinés, on peut citer :

La collaboration intersectorielle est probablement l'un des moyens les plus prometteurs de surmonter les contradictions qui marquent le développement des économies sanitaires européennes. Dans les pays à structure politique décentralisée, où le pouvoir de décision est faiblement concentré, où les compétences administratives, économiques, politiques, sont souvent fortement enchevêtrées, les actions multisectorielles sont aujourd'hui peu développées. Ceci peut s'expliquer par les contraintes et résistances suivantes :

- *Résistances intellectuelles* : l'action multisectorielle est complexe et nécessite une démarche intellectuelle encore inhabituelle, fondée sur la compréhension et l'utilisation des interactions.
- *Résistances politiques* : l'action multisectorielle met en cause les stratifications administratives et peut imposer des redistributions du pouvoir.
- *Résistances psychologiques* : l'action multisectorielle ne flatte pas, ou peu, le « narcissisme » des institutions.

Dans le contexte des pays à structure décentralisée, l'action multisectorielle est rendue plus difficile encore par la dispersion du pouvoir, l'existence d'une économie mixte, la coexistence de pouvoirs multiples et contradictoires.

Dans ces conditions, les programmes d'action multisectorielle, rendus plus attrayants par la limitation actuelle des ressources, devraient présenter les caractéristiques suivantes :

- avoir au départ des objectifs sectoriels le moins antagonistes possibles;
- s'appuyer sur les particularismes locaux et les spécificités politiques, culturelles, etc., du moment;
- tirer parti du « narcissisme » des institutions au lieu de le combattre;
- poursuivre des objectifs qui ne soient pas seulement sanitaires, de façon à élargir le programme et stimuler les partenaires des secteurs non sanitaires;
- être gérés de façon paritaire en respectant le pouvoir de décision de chaque secteur représenté.

Au-delà des objectifs sanitaires, ce type d'action a une valeur pédagogique très importante, qui peut contribuer peu à peu à sensibiliser les divers secteurs d'activité à la problématique sanitaire.

Ces deux documents « catalyseurs » ont suscité des débats approfondis, au cours desquels de nombreux participants ont fait ressortir à maintes reprises qu'il reste beaucoup à faire. Les observations suivantes ont été formulées :

- actuellement, des dispositifs divers ont été adoptés dans différents pays quant à la collaboration entre le secteur de la santé et les autres. Dans certains Etats, ces dispositifs sont puissants et officiels et visent à assurer un développement socio-économique intégré dont la santé est un élément essentiel. Dans d'autres pays, les mécanismes sont moins apparents, encore que les structures et processus politiques, législatifs, économiques et financiers s'acquittent des fonctions de coordination exigées. Enfin, dans certains Etats Membres, les lois du marché ont des fonctions régulatrices et les divers participants se mettent d'accord après négociation, marchandage, mise au point de moyens incitatifs, etc.;
- pour déterminer comment les divers secteurs collaborent à la solution des problèmes relatifs à la santé, il conviendrait d'examiner à tout le moins les questions ci-après :

- dans quelle mesure les services de santé sont-ils actuellement consultés par les autres secteurs ?
  - dans quelle mesure le secteur sanitaire est-il amené à surveiller les activités des autres secteurs et à y intervenir lorsqu'elles ont des rapports avec la santé ?
  - le secteur de la santé lui-même consulte-t-il d'autres partenaires lorsque ses propres activités ont des effets «extra-sectoriels» ou exigent, pour être couronnées de succès, l'engagement d'«acteurs» multiples ?
  - existe-t-il des programmes multisectoriels qui comportent des éléments «santé» ? Qui en a l'initiative et qui en prend la tête ? Comment le secteur de la santé est-il représenté dans ces activités conjointes ?
- dans de nombreux pays, les secteurs prioritaires de la collaboration multisectorielle en matière de formulation des orientations semblent concerner l'alimentation et la nutrition, la coopération des services sanitaires et sociaux, les toxicomanies, la santé des travailleurs, la prévention des accidents, le logement et l'environnement;
  - le niveau administratif aide à déterminer les fonctions et activités où il y a collaboration. Ainsi au plan national cela a des chances de concerner les domaines de la législation, de l'administration et de la répartition des ressources, mais il est sans doute plus rationnel de faire en sorte que les différents types de consultations s'exercent à l'échelon local;
  - actuellement, les compétences et les qualifications en collaboration multisectorielle et coordination font souvent défaut, encore que le caractère multidisciplinaire des équipes œuvrant dans chaque secteur individuel soit en principe de nature à favoriser le dialogue;
  - l'échange de gestionnaires et de planificateurs entre secteurs ne peut être que bénéfique, en ce sens qu'il favorise la collaboration et donne de nouveaux éléments d'appréciation;
  - le progrès en matière de collaboration multisectorielle n'est possible qu'à condition que les conflits et les désagréments soient portés sur la place publique et fassent l'objet d'un débat approfondi, et que des structures incitatives soient développées comme il faut;

- il conviendrait d'établir des réseaux de développement sanitaire entre les divers secteurs en cause, et de les encourager. Il faudrait s'efforcer tout particulièrement de déterminer des façons de développer la collaboration entre les divers secteurs des pays à économie pluraliste; il conviendrait d'élaborer des modalités aptes à compenser les faiblesses souvent innées du secteur sanitaire par rapport aux autres. Ainsi, on pourrait recourir à la législation pour rendre obligatoires les orientations établies d'un commun accord; il faudrait aussi mettre l'accent sur ce que le secteur de santé peut apporter aux autres et vice versa;
- on pourrait tirer parti d'arguments économiques montrant l'avantage des investissements dans le secteur de la santé pour stimuler les autres et promouvoir la collaboration entre eux;
- les systèmes de financement actuels militent souvent à l'encontre de la collaboration multisectorielle en raison de leur complexité et de leur rigidité. L'une des façons de favoriser la collaboration multisectorielle pourrait consister à adopter des dispositions conjointes pour le financement;
- la législation est un élément essentiel de la collaboration multisectorielle. En effet, si les lois n'avaient qu'une portée sectorielle, la collaboration ne pourrait manifestement pas être encouragée. Par contre, la confrontation et le débat entre les divers personnages présents sur la scène constituent toujours des facteurs positifs lorsqu'on promulgue une législation. De surcroît, la politique de la Santé pour tous, vu son caractère multisectoriel, exige une remise en cause des législations sanitaires en vigueur;
- l'OMS devrait être appelée à jouer un rôle accru dès lors qu'il s'agit de promouvoir et de soutenir la collaboration multisectorielle dans les divers pays;
- le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pourrait envisager de faire connaître l'expérience des divers pays dans le domaine de la collaboration multisectorielle et de proposer ultérieurement la collaboration multisectorielle comme thème spécifique d'un débat, à l'occasion d'un séminaire ou d'une réunion.

### **La responsabilité première en matière de planification et de gestion de la santé**

Les deux communications relatives à la collaboration multisectorielle ont aussi amené les participants à examiner la question de la responsabilité

première en matière de planification et de gestion de la santé. Les débats sur ce thème ont essentiellement porté sur les acteurs en cause, sur les sources d'autorité, ainsi que sur le rôle et la tâche des responsables, notamment du point de vue de l'exigence d'une collaboration multisectorielle en matière de santé. Les principales idées ci-après ont été présentées :

- le style des responsables est essentiellement déterminé par le type de structure du système de santé et plus particulièrement par l'étendue de sa centralisation ou de sa décentralisation;
- il semble que la responsabilité suprême s'exerce actuellement à seule fin de faire face à des crises. A l'avenir, les responsables devraient être plus aptes à prévoir les crises et à prendre les initiatives voulues;
- une autre fonction essentielle des chefs devrait consister à amorcer le dialogue entre les divers acteurs et secteurs, y compris dans les collectivités organisées et le grand public, et à s'assurer qu'il se poursuit;
- le rôle de chef évolue parfois, selon les questions, les objectifs et l'environnement politique. Parfois aussi, les fonctions responsables sont exercées par un secteur autre que celui de la santé, dans une situation multisectorielle;
- l'un des aspects importants de la responsabilité du secteur de la santé consiste à ne pas imposer aux autres secteurs des problèmes indus; dans une situation multisectorielle, il incombe aux chefs de déterminer clairement les responsabilités propres des différents intervenants, de stimuler l'élaboration d'indicateurs orientés vers la santé dans d'autres secteurs connexes, et de s'assurer de l'exécution de la stratégie commune.

### **Démarches de la planification et de la gestion de la santé orientées vers l'avenir**

Des contributions sur l'un des aspects de ces démarches, à savoir le recours aux techniques de scénarios en matière de planification sanitaire, ont été apportées à la conférence par le Dr G. Dahlgren et M. M. Lagergren (sur l'expérience suédoise), le Dr C.O. Panneborg (sur l'expérience néerlandaise) et le Dr M. Murtomaa (sur l'expérience finlandaise). D'autres pays ont également présenté des communications écrites à ce sujet.

Les exemples étaient tirés des secteurs riches en problèmes, à savoir ceux du vieillissement, des modes de vie, du cancer et des cardiopathies, et les groupes ont eu l'occasion de les analyser avant d'en débattre. Les auteurs se sont efforcés de définir le potentiel, ainsi que les limites de l'approche des scénarios en général, ainsi que les avantages et inconvénients éventuels de cette approche.

L'expérience suédoise illustre une démarche de planification à long terme, dans la ligne de la stratégie de la Santé pour tous. La contribution néerlandaise mettait l'accent sur les aspects méthodologiques de l'élaboration des scénarios et étudiait comment ceux-ci peuvent être liés aux processus de la planification politique. L'exemple finlandais montrait comment on peut établir un rapport entre scénarios, stratégies et plans. Les débats ont montré que ces techniques se sont révélées utiles dans d'autres secteurs et qu'elles avaient même été employées avec succès dans le secteur de la santé.

Les démarches néerlandaise, finlandaise et suédoise à la formulation de politiques sanitaires à long terme semblent essentiellement similaires; elles présentent toutefois certaines différences. L'expérience suédoise peut être considérée comme un exemple d'élaboration de stratégies d'ensemble, sans que les techniques de scénarios soient explicitement utiles dans l'immédiat. L'approche néerlandaise est davantage une expérience méthodologique, en vue de son adoption en matière de planification politique, de prise de décisions et de processus de planification. Quant à l'exemple finlandais, il semble montrer le mieux comment dégager des corrélations de procédure entre scénarios, stratégies et plans, aucun de ces éléments n'étant évidemment de nature à venir se substituer aux autres.

Les débats ont été enrichis d'exemples de scénarios employés dans le domaine des politiques de santé en République fédérale d'Allemagne et aux Etats-Unis d'Amérique. L'expérience acquise dans ce dernier pays a conduit à formuler des réserves quant à l'utilité des scénarios qui prennent pour point de départ des questions très limitées ou sont orientés vers la maladie, et notamment les problèmes relatifs au cancer et les maladies cardio-vasculaires. Il est préférable de mettre l'accent sur des variables plus générales et stratégiques du développement sanitaire (en adoptant la démarche «du panorama complet»). L'application de la méthode des scénarios en République fédérale d'Allemagne, en 1980-1981 aux questions de développement des personnels de santé, a tendu à montrer qu'elles n'auront aucun effet sur les politiques de santé tant qu'elles n'auront pas été adoptées et totalement acceptées en tant qu'instrument accessoire du débat politique général et public, sans chercher à éviter les situations conflictuelles. Au cours des débats, les participants ont été impressionnés

par les travaux réalisés aux Pays-Bas et plus particulièrement par la prudence et le bon sens avec lesquels on y aborde les éventuelles faiblesses procédurales des scénarios utilisés isolément.

Le danger que les scénarios débouchent sur une surenchère ou des «quasi-prédictions» a été clairement reconnu. Ce qui a été le plus fortement souligné, c'est toutefois l'insuffisance des connaissances dont on dispose sur les interactions probables entre évolution planifiée et développements significatifs et indépendants dans la société et dans l'économie. Les scénarios n'en semblent pas moins constituer un apport précieux dans l'environnement intellectuel, une meilleure information constituant une de leurs caractéristiques cruciales à cet égard.

La technique des scénarios est importante en ce sens que, si l'on a le ferme propos de progresser vers les buts de la Santé 2000, elle stimule les technocrates, et les planificateurs de la santé, à rechercher une fusion complète avec les processus politiques impératifs. En dépit de quelques différences méthodologiques et procédurales, les démarches néerlandaise, finlandaise et suédoise ont en commun l'objectif explicite de se fonder sur une documentation orientée avers le long terme et de recourir à des scénarios et à des plans pour favoriser le débat public sur les politiques de santé. En conséquence, toute méthode susceptible d'être adoptée devrait pouvoir être vulgarisée pour répondre aux impératifs des grands moyens d'information et du débat politique général ultérieur. Les participants ont jugé qu'il faudrait s'efforcer – en particulier au niveau du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe – de favoriser encore le dynamisme acquis et d'éviter que l'approche des scénarios ne devienne un simple instrument de plus des procédures de planification hiérarchique «professionnalisée», sans qu'il y ait participation. La méthode devra, le cas échéant, bénéficier des avis des experts, sans toutefois être dominée par eux.

Compte tenu de ce qui précède, le processus, qui vient ainsi d'être entamé, de la mise en place des scénarios bénéficiera de l'initiative que pourrait prendre le Bureau régional en réunissant le matériel pertinent à la recherche orientée vers le futur et en le diffusant. Une recherche en ce sens pourrait et devrait tirer avantage d'une comparaison internationale et de la mise en commun de l'expérience, ainsi que de l'élaboration de nouvelles méthodes.

Enfin, le Bureau régional pourrait aider à surmonter les problèmes qui se posent dans les domaines des ressources, des effectifs et des informations, en liaison avec la démarche qui préconise l'utilisation des scénarios. A défaut d'une assistance à cet égard, l'adoption de ces techniques risquerait de se heurter à des difficultés dans les pays connaissant des problèmes d'effectifs dans le secteur de la planification sanitaire. Il faudrait aussi se souvenir que les approches faisant place aux scénarios, alors même qu'elles seraient couronnées de succès, ne sauraient venir se substituer aux mécanismes stratégiques de pilotage, de contrôle, de planification et de gestion.

De l'avis général, les scénarios constituent un appoint précieux aux méthodes d'exploration du futur; néanmoins, il reste beaucoup à faire sur le plan technique. Il a été toutefois admis d'un commun accord que les efforts dans cette direction devraient être poursuivis et que l'OMS devrait continuer de leur apporter son appui et de stimuler l'adoption généralisée de cette démarche. Les participants sont convenus en outre que les scénarios se prêtent bien à susciter l'intérêt du public en matière de prise de décisions à propos de questions de santé et de mobilisation des appuis politiques.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

A la suite de débats approfondis, en séances de groupes et plénière, les participants ont formulé les recommandations ci-après :

### Recommandations à l'intention des Etats Membres

1. A la suite de l'engagement pris par les Etats Membres de l'OMS de formuler des stratégies nationales de développement sanitaire et de mettre en œuvre, de surveiller et d'évaluer ces stratégies par rapport aux stratégies et aux cibles mondiales et régionales de la Santé pour tous, il est devenu urgent, dans certains pays, de renforcer et de compléter les processus de planification et de gestion.
2. L'expression «planification et gestion sanitaires» doit être comprise comme englobant toutes les approches délibérées visant à promouvoir la santé et à améliorer la justice, l'efficacité, l'efficience et la qualité des systèmes de santé. Le choix de l'approche la plus appropriée devrait se faire en fonction des buts et des objectifs à atteindre et des déterminants conjoncturels, qui diffèrent d'un pays à l'autre et évoluent avec le temps.
3. Bien que les mécanismes de planification et de gestion sanitaires soient appelés à varier fortement selon les structures politiques et administratives des divers Etats Membres, les politiques de la Santé pour tous et les perspectives économiques actuelles rendent nécessaire de renforcer les systèmes nationaux de planification et de gestion sanitaires afin de faire en sorte qu'ils soient orientés vers les résultats, qu'il s'agisse de réduire les dangers pour la santé ou d'améliorer l'état de santé, qu'ils se prêtent à une analyse coût/efficacité et qu'ils soient capables de produire des solutions à long terme favorisant la promotion de la santé et la prévention des problèmes de santé.

4. Il est indispensable d'adopter une approche multisectorielle dans la planification et la gestion sanitaires. Les mécanismes pratiques de la collaboration intersectorielle demandent à être considérablement renforcés dans la plupart des Etats Membres afin de permettre la mise en œuvre des stratégies de la Santé pour tous. Le cas échéant, les mécanismes administratifs, financiers, juridiques et autres, officiels ou non, à l'échelon central ou local, devront être revus et améliorés. Les connaissances et les aptitudes requises pour la collaboration multisectorielle devront être accrues par la recherche et, par exemple, la formation et l'éducation permanentes grâce à des réseaux nationaux de développement sanitaire.

5. Bien que presque tous les systèmes de santé connaissent des degrés différents de centralisation ou de décentralisation, s'agissant du niveau auquel les décisions sont prises et les ressources engagées, les pays devraient s'efforcer d'arriver à un équilibre optimal qui favorise l'équité sociale et géographique en matière de santé et de services de santé, tout en encourageant la participation de la population. Quel que soit l'équilibre acceptable, les pays devraient essayer d'assurer, si cela n'a pas déjà été fait, la claire définition et la nette répartition des fonctions et des responsabilités à tous les niveaux, selon les compétences, avec service d'information à l'appui.

6. On pourrait avoir intérêt à développer encore l'appui informationnel, y compris les indicateurs pertinents, afin de permettre la sélection des stratégies les plus appropriées et la surveillance continue et la reprogrammation permanente des processus nationaux pour le développement de la Santé pour tous. Les pays pourraient, par exemple, mettre au point des méthodes plus appropriées et mieux comparables d'évaluation et de surveillance des dangers pour la santé et de la situation sanitaire, ainsi que du coût/efficacité des politiques, des activités, des services et de la technologie de la santé.

7. Il faut pouvoir disposer de mécanismes efficaces permettant aux utilisateurs et aux fournisseurs de services de santé de participer au processus de développement sanitaire. Cette participation serait renforcée par l'établissement d'un système d'information bidirectionnel sur les politiques et les problèmes de santé, les ressources et les contraintes, ainsi que les besoins et les aspirations des populations locales.

8. Les personnels de santé doivent être formés à tenir compte des opinions des utilisateurs des services de santé et à établir des relations actives dans leur travail avec les groupes d'utilisateurs. Ils doivent également être avertis des contraintes conjoncturelles et financières et savoir évaluer les coûts d'opportunité des différentes stratégies.

9. Il faut augmenter la capacité de recherche et donner la priorité aux recherches sur des questions importantes pour le développement sanitaire national, à savoir :

- les déterminants conjoncturels des approches à l'égard de la planification et de la gestion;
- les méthodes d'évaluation des dangers pour la santé et de l'état de santé;
- les systèmes efficaces d'information sanitaire;
- les méthodes de détermination de l'efficacité et des coûts et avantages des diverses solutions possibles;
- les stratégies de promotion donnant au personnel de santé une optique orientée vers la population;
- l'acquisition d'aptitudes à la gestion;
- l'acquisition d'aptitudes à la coopération interorganisationnelle et intersectorielle;
- l'adoption de comportements adéquats, notamment pour résoudre les conflits;
- les répercussions des contraintes économiques sur la santé et la gestion de la santé;
- l'acquisition d'aptitudes à la formulation des politiques;
- les diverses stratégies applicables dans le processus conceptuel et la sélection des stratégies.

10. Le besoin se fait sentir d'encourager et de promouvoir l'adoption d'une attitude positive chez les responsables du secteur de la santé, notamment en vue de l'élaboration de politiques de santé tournées vers l'avenir et de la stimulation et de l'orchestration d'initiatives et d'une coopération multisectorielles en matière de promotion de la santé et de prévention.

11. Il est nécessaire de promouvoir et de développer des méthodes éprouvées, comme la planification à long terme, et de faire l'essai de techniques nouvelles pour appuyer la gestion et la planification, par exemple, en construisant des scénarios et des modèles, le cas échéant, afin de faire face à la perpétuelle mutation de l'environnement. En tout état de cause, il faudra aussi se préoccuper de la surveillance continue et de la reprogrammation.

## Recommandations à l'intention du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

1. L'Organisation mondiale de la santé ayant pour rôle de stimuler l'élaboration de politiques et de programmes de la Santé pour tous dans tous les pays, le Bureau régional de l'Europe devrait coopérer techniquement, sur demande, avec les divers Etats Membres, dans leurs efforts pour renforcer leurs systèmes nationaux de gestion pour le développement sanitaire.
2. Le Bureau régional devrait assurer la création d'un centre européen d'échange d'informations, afin de collecter et de diffuser les informations concernant les expériences acquises en matière de planification et de gestion sanitaires, y compris les mécanismes prévus pour la participation des utilisateurs et des fournisseurs, l'évaluation et la surveillance continue des situations sanitaires et l'analyse coût/avantages des politiques, des activités et des techniques de santé.
3. Il est conseillé au Bureau régional de continuer à promouvoir et à affiner le développement de la formation des gestionnaires de la santé, de tous les personnels de santé et des personnels clés d'autres secteurs en matière de processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. L'identification des avantages, en termes de réduction des risques pour la santé, la pratique de l'analyse coût/efficacité, la gestion des crises, la coopération avec les utilisateurs et avec les autres secteurs, etc., pourraient notamment figurer dans la formation ainsi dispensée. Le Bureau régional devrait, par ailleurs, encourager la mise en place d'activités de formation au niveau régional et national.
4. Le Bureau régional devrait promouvoir la recherche et le développement sur des sujets d'une importance particulière pour la formulation, l'acceptation, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies nationales de la Santé pour tous, y compris les moyens de mettre au point des processus gestionnaires pour le développement sanitaire national, qui répondent aussi bien que possible aux besoins des divers pays.
5. Il serait extrêmement utile que le Bureau régional aide les pays en matière de promotion et de développement de méthodes éprouvées de planification, ainsi que pour l'essai de techniques nouvelles, telles que les scénarios de santé, qui doivent permettre d'étudier différentes hypothèses et/ou différentes stratégies à l'appui des politiques nationales de la Santé pour tous. La collaboration internationale à cet égard devrait être encouragée.
6. Le Bureau régional devrait également développer un réseau de centres collaborateurs afin de faciliter encore plus les efforts des Etats Membres en matière de développement et de mise en œuvre de leurs stratégies nationales et d'appuyer leurs activités de formation et de recherche.

## *Annexe 1*

### LISTE DES PARTICIPANTS

#### *Allemagne, République fédérale d'*

Mme le Dr R. Mattheis, chef de service (en retraite), Sénat pour la santé, la famille et les affaires sociales, Berlin (Ouest)

M. W.F. Schröder, ingénieur diplômé, Institut pour la santé et la recherche sociale (IGES), Berlin (Ouest)

Dr H. Stein, administrateur des politiques sanitaires, Ministère fédéral de la jeunesse, de la famille et de la santé, Bonn

#### *Autriche*

Dr G. Liebeswar, directeur de la section santé publique, Ministère fédéral de la santé et de la protection de l'environnement, Vienne

#### *Belgique*

Dr E. Mintiens, Cabinet de M. le Ministre, Ministère de la communauté française chargé de la santé et de l'enseignement, Bruxelles

Dr P. de Schouwer, secrétaire général, a.b.s. M. le chef du service des relations internationales, Ministère de la santé publique et de la famille, Bruxelles

Mme M. Smet, sociologue médicale, Institut de recherches sociologiques, Louvain

M. R. Urbain, Ministre de la communauté française chargé de la santé et de l'enseignement, Bruxelles

#### *Canada*

Mme le Dr M. Jerome-Forget, Assistant Deputy Minister, Policy Planning and Information Branch, Ministry of National Health and Welfare, Ottawa

### *Danemark*

Dr N. Rosdahl, directeur général adjoint, chef de la division d'hygiène générale, Conseil national de la santé publique, Copenhague

Dr G. Schiöler, directeur général adjoint, chef du département des hôpitaux, Conseil national de la santé publique, Copenhague

### *Espagne*

Mme le Dr I. Alvarez, conseiller, direction générale de la planification sanitaire, Ministère de la santé et de la consommation, Madrid

Dr J.M. Carro Ramos, directeur général adjoint à la planification territoriale, Ministère de la santé et de la consommation, Madrid

### *Finlande*

Dr A. Niemi, directeur, Département des soins de santé primaires, Conseil national de la santé, Helsinki

### *France*

M. J.-P. Comiti, conseiller technique de la Direction générale de la santé, Paris

Dr J.-P. Picard, directeur de l'Ecole nationale de la santé publique, Rennes

Dr M. Rochaix, ancien directeur général des Hospices civils de Lyon

### *Grèce*

Dr C. Dervenis, membre du comité pour les hôpitaux, Conseil central de la santé, Athènes

Dr A. Philalithis, membre du comité exécutif, Conseil central de la santé, Athènes

Dr K. Sfingos, vice-président, Conseil central de la santé, Athènes

Professeur A. Sissouras, école d'ingénieurs, département de la recherche opérationnelle, Université de Patras

### *Italie*

Professeur M. Colombini, chef du service des relations internationales,  
Ministère de la santé, Rome

### *Luxembourg*

M. G. Bosseler, Direction de la santé, Luxembourg

### *Maroc*

Dr A. Cherkaoui, chef de la division de la formation des cadres techniques, Ministère de la santé publique, Rabat

M. M. Laaziri, chef du bureau des opérations de recherche et d'évaluation, Ministère de la santé publique, Rabat

Dr A. Mechbal, chef de la division de l'infrastructure chargé de la planification sanitaire, Ministère de la santé publique, Rabat

### *Norvège*

Mme le Dr A. Alvik, médecin adjoint de circonscription, Oslo

M. J. Tvedt, chef de division, Ministère des affaires sociales, Oslo

Dr G. Vandeskog, directeur général adjoint, Ministère des affaires sociales, Oslo

### *Pays-Bas*

Mme J. Bruinsma-Kleijwegt, Maison de la province de Frise, Leeuwarden

Dr R.G. Greve, directeur de la planification et de la construction, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leischendam

M. C. Korver, membre du Conseil de gouvernement de la province de Noord-Holland, Haarlem

Dr J. van Londen, directeur général de la santé, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leischendam (*président*)

Professeur A. van der Werff, directeur, bureau des politiques sanitaires, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leidschendam

### *Portugal*

Dr J.G. Avila, directeur adjoint de la santé, Direction de la santé, Angra do Heroismo, Açores

Dr J.A. Lopes da Nave, directeur, Direction régionale de la santé, Angra do Heroismo, Açores

### *République démocratique allemande*

Dr A.H. Bär, chef de département, Institut d'hygiène sociale et d'organisation de la protection sanitaire, Berlin

Dr U. Schneidewind, vice-ministre, Ministère de la santé publique, Berlin

### *Royaume-Uni*

M. K. Barnard, Head, Nuffield Centre for Health Services Studies, Université de Leeds

M. M.A. Clark, Principal Nursing Officer, Department of Health and Social Security, Londres

### *Suède*

M. G. Dahlgren, directeur, département de la santé et des soins médicaux, Ministère de la santé et des affaires sociales, Stockholm

M. B. Larsson, directeur adjoint de division, Conseil national de la santé et de la protection sociale, Stockholm

### *Suisse*

M. E. Tromsdorff, chef du service hospitalier de la santé, Département cantonal de la santé, Argovie

M. U. Wienke, architecte et planificateur, Institut suisse des hôpitaux, Argovie

## *Tchécoslovaquie*

Dr E. Klivarova, directeur, département des relations extérieures, Ministère de la santé de la République socialiste tchèque, Prague

Professeur J. Prokopec, ministre de la santé, Ministère de la santé de la République socialiste tchèque, Prague

## *Turquie*

Dr D. Boztok, spécialiste en santé publique, direction générale des soins de santé primaires, Ministère de la santé et de l'assistance sociale, Ankara

## *Union des Républiques socialistes soviétiques*

Dr I. Nikitin, conseiller, département des relations extérieures, Ministère de la santé de l'URSS, Moscou

Dr I.V. Pustovoj, titulaire de la chaire de gestion sanitaire, d'économie et de planification, Institut central d'études médicales avancées, Moscou

Dr O.P. Sčepin, premier vice-ministre de la santé, Ministère de la santé de l'URSS, Moscou (*vice-président*)

## *Représentants d'organisations intergouvernementales*

### *Commission des Communautés européennes*

Dr A.E. Bennett, directeur, Direction de la santé et de la sécurité, Luxembourg

## *Représentants d'organisations non gouvernementales*

### *Association des écoles de santé publique de la Région européenne*

Professeur F. Doeleman, Oegstgeest (Pays-Bas)

### *Association européenne des programmes d'études sur les services de santé*

Professeur E. Kröger, président, Académie de la santé publique, Düsseldorf (République fédérale d'Allemagne)

*Conseil international des infirmières*

M. C.P. de Winter, Ecole d'enseignement infirmier post-élémentaire, Lensden (Pays-Bas)

*Fédération internationale des hôpitaux*

M. R.M. Nicholls, Regional Administrator, South Western Regional Health Authority, Bristol (Royaume-Uni)

*Conseillers temporaires*

Professeur C. Altenstetter, City University of New York, NY (Etats-Unis d'Amérique)

Dr A. Aromaa, directeur, groupe de recherche médicale, Institut de recherches sur la sécurité sociale, Institution pour l'assurance sociale, Helsinki (Finlande)

Professeur H.L. Blum<sup>a</sup>, School of Public Health, University of California, Berkeley, CA (Etats-Unis d'Amérique)

Dr I. Bukarev, chef, département de planification et d'économie sanitaire, Ministère de la santé publique, Sofia (Bulgarie)

Dr L. Elias, médecin-chef, Ministère de la santé, Budapest (Hongrie)

Dr A.Y. Ellenweig<sup>a</sup>, chargé de recherche, école de santé publique, Université hébraïque de Jérusalem (Israël)

Dr S. Gladilov, président assistant, Académie de médecine, Sofia (Bulgarie)

Dr A.S. Härö<sup>a</sup>, Kallionlaita 2, Espoo (Finlande)

Dr B. Horisberger<sup>a</sup>, directeur, Centre interdisciplinaire de recherche en santé publique, Saint-Gall (Suisse)

Professeur J. Indulski, Ministère de la santé et de la protection sociale, Varsovie (Pologne)

---

<sup>a</sup> Frais de participation non pris en charge par l'OMS.

M. C. Kleiber, département de l'intérieur et de la santé publique, Service de la santé publique, Lausanne (Suisse)

M. M. Lagergren, Secrétariat pour l'étude du futur, Stockholm (Suède)

Dr K. Leppo, directeur, département de la planification et de l'évaluation, Conseil national de la santé, Helsinki (Finlande)

Mme H.M.T. van Maanen, 1100 Gough Street, San Francisco, CA (Etats-Unis d'Amérique)

Professeur A. Maynard, Centre for Health Economics, Université de York (Royaume-Uni)

Dr M. Murtomaa, directeur, département de la salubrité de l'environnement et de la promotion de la santé, Conseil national de la santé, Helsinki (Finlande)

Dr A. Najzer, sous-secrétaire adjoint, Ministère de la santé, Budapest (Hongrie)

Dr C.O. Pannenberg, chef des stratégies de planification de la santé, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leidschendam (Pays-Bas)

M. P. Pflaum<sup>a</sup>, First Assistant Director-General, Management Services Division, Commonwealth Department of Health, Woden (Australie)

Dr A.V. Prims<sup>a</sup>, professeur en organisation des soins médicaux et législation sanitaire, Linden (Belgique)

Dr S. Schepers<sup>a</sup>, directeur sanitaire, Institut européen d'administration publique, Maastricht (Pays-Bas)

Dr D. Schwefel<sup>a</sup>, Institut d'information médicale et de recherche sur les services de santé (MEDIS), Oberschleissheim (République fédérale d'Allemagne)

Dr B. Skupnjak, directeur, Institut d'organisation sanitaire et d'économie, Zagreb (Yougoslavie)

---

<sup>a</sup> Frais de participation non pris en charge par l'OMS.

Dr R. Vasama, directeur, département des soins hospitaliers, Conseil de la santé, Helsinki (Finlande)

Mme A. Marques Vicente, Francisco Suarez 14, Madrid (Espagne)

Dr C. Wlodarczyk, Institut de médecine du travail, Lodz (Pologne)

### *Observateurs*

Dr H. Anoez, Chief, Bureau of Organization, Ministry of Health, Indonesia

M. J.F.G.M. de Beer, directeur, VTA, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leischendam (Pays-Bas)

Dr J.B. van Borssum, inspecteur en chef de la santé mentale, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leidschendam (Pays-Bas)

M. D.J.D. Dees, Zandbergbaan 7, Breda (Pays-Bas)

M. T. van den Grinten, Centre national de santé mentale, Utrecht (Pays-Bas)

Mme L.J. Gunning-Schepers, Bureau des politiques sanitaires, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leidschendam (Pays-Bas)

M. J.P.N. Hendriks, Conseil national de la santé, Zoetermeer (Pays-Bas)

Professeur H.H.W. Hogerzeil, Institut de science médico-sociale, Université d'Etat de Groningue (Pays-Bas)

Professeur P.A. Idenburg, président, Conseil de coordination des politiques de protection sociale (HRWB), La Haye (Pays-Bas)

M. G.C. Kaper, Bureau des politiques sanitaires, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leischendam (Pays-Bas)

M. L.H.A.M. van de Kerkhof, chef du département des affaires sociales et de la santé, Union néerlandaise des municipalités, La Haye (Pays-Bas)

Dr B. Kleczkowski, Karowa 14/16 m37, Varsovie (Pologne)

Mme J.H. Krijnen, Conseil pour l'émancipation, La Haye (Pays-Bas)

Mme E.J.J.E. van Leeuwen-Schut, Lutherseburgwal 10, La Haye (Pays-Bas)

M. W.B. Meijer, Conseil national de la santé, Zoetermeer (Pays-Bas)

Dr G. Mik, Quintuslaan 3, Groningue (Pays-Bas)

Mme I. Müller van Ast, Binnenhof 1A, La Haye (Pays-Bas)

Dr E.W. Roscam Abbin, directeur des soins de santé, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leidschendam (Pays-Bas)

Dr G. Schryvers, Institut des sciences de la santé, Université d'Etat d'Utrecht (Pays-Bas)

Dr A.J. van der Staay, Bureau de planification des affaires culturelles et sociales (SCP), La Haye (Pays-Bas)

M. P.G.J.J. Stevens, Bureau des politiques sanitaires, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leidschendam (Pays-Bas)

M. L. Vijverberg, Binnenhof 1A, La Haye (Pays-Bas)

M. T. Vroon, directeur du Département de la santé publique, Province de Zuid-Holland, La Haye (Pays-Bas)

Dr F.J. Werner, directeur du département de financement des soins de santé, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leidschendam (Pays-Bas)

M. B. Wijnberg, Bureau des politiques sanitaires, Ministère de la protection sociale, de la santé et de la culture, Leidschendam (Pays-Bas)

### *Consultants*

M. D. Affeld, chef du service d'économie sanitaire et de planification, Ministère fédéral du travail et des affaires sociales, Bonn-Duisdorf (République fédérale d'Allemagne)

Dr S.-E. Ekeid, sous-directeur général adjoint, Direction de la santé, Oslo (Norvège)

Dr D.M. Pendreigh, Department of Community Medicine, Usher Institute, Edimbourg (Royaume-Uni) (*rapporteur*)

## *Organisation mondiale de la santé*

### *Bureau régional de l'Europe*

**Dr J.E. Asvall, directeur de la gestion des programmes (secrétaire)**

**Dr J.P. Fortin, conseiller technique principal au Maroc**

**M. J.M. van Gindertael, administrateur à l'information du public**

**Dr L.A. Kaprio, directeur régional**

**Dr I. Kickbusch, fonctionnaire chargée de l'éducation pour la santé**

**Dr P.A. Lamarche, administrateur chargé de la planification du programme**

**Dr I.S. Luculescu, fonctionnaire régional pour les politiques et planification en matière de santé**

**Dr H. Vuori, fonctionnaire régional pour les soins de santé primaires**

**Dr A. Wojtczak, directeur, Politiques et systèmes nationaux de santé**

**Dr H. Zöllner, fonctionnaire régional pour l'économie sanitaire**

### *Siège*

**Dr S. Khanna, coordination de la stratégie de la Santé pour tous**

**Dr S. Moday, Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national**

**Dr Y. Nuyens, Recherche sur les systèmes de santé**