



Conférence ministérielle européenne
de l'OMS sur les systèmes de santé :
«**SYSTÈMES DE SANTÉ,
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ**»
Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008

ANALYSE DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ

SYNTHÈSE

Comment les systèmes de santé européens peuvent-ils soutenir l'investissement dans des stratégies de santé de la population et mettre en œuvre ces stratégies ?

David McDaid, Michael Drummond et
Marc Suhrcke



Mots Clés:

DELIVERY OF HEALTH CARE - trends

HEALTH PROMOTION

HEALTH ECONOMICS

HEALTH POLICY

POLICY MAKING

STRATEGIC PLANNING

EUROPE

La présente synthèse, rédigée pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé qui aura lieu à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, est l'une des premières d'une nouvelle série qui sera destinée à répondre aux besoins des décideurs politiques et des administrateurs de systèmes de santé.

L'objectif est de rédiger des messages clés grâce auxquels les politiques pourront être élaborées en connaissance de cause. Les éditeurs continueront à étoffer la série en travaillant avec les auteurs pour que les options stratégiques et les problématiques de mise en œuvre bénéficient d'un examen plus attentif.

© Organisation mondiale de la santé, 2008 et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Table des matières

	Page
Principaux messages	
Résumé analytique	
Synthèse	
Les raisons d'investir dans des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie en Europe	1
Les possibilités d'action : produire des données factuelles et utiliser les données factuelles existantes sur l'efficacité et la rentabilité des stratégies de santé de la population	6
Développer les possibilités d'action : renforcer la base de données factuelles et examiner les arrangements institutionnels	11
Trouver d'autres moyens d'induire le changement	19
Résumé	23
Références	24

Auteurs

David McDaid, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science (Londres, Royaume-Uni) et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Michael Drummond, Centre for Health Economics, University of York, United Kingdom

Marc Suhrcke, Bureau de Venise, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Publié par

le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Rédacteur

Govin Permanand

Rédacteurs adjoints

Josep Figueras

John Lavis

David McDaid

Elias Mossialos

Assistants de rédaction

Kate Willows

Jonathan North

Les auteurs et éditeurs remercient les réviseurs qui ont émis des commentaires sur la présente publication et apporté leur expertise.

1998-4065

Principaux messages

La question de fond et les défis qu'elle représente pour l'action gouvernementale

La santé de la population est influencée par divers facteurs dont beaucoup exigent une action hors du système de santé.

La charge de morbidité en Europe a des coûts sanitaires et socioéconomiques élevés, dont beaucoup pourraient être évités.

On dispose d'informations de plus en plus nombreuses non seulement sur l'efficacité, mais aussi sur la rentabilité des interventions en santé de la population.

Les mesures visant à promouvoir l'investissement dans des interventions efficaces doivent chercher à améliorer la qualité et l'utilisation des données factuelles dans de multiples secteurs.

Les possibilités d'action

Un moyen de renforcer la base factuelle pourrait être d'étendre le champ d'action des organismes réglementaires existants qui évaluent la rentabilité des technologies de santé.

Une deuxième possibilité, dans les parties de l'Europe ayant une capacité d'évaluation limitée, pourrait être d'adapter les informations existantes au contexte local pour établir le bien-fondé d'un investissement.

Divers arrangements institutionnels, y compris éventuellement un ministère autonome chargé de la santé de la population, pourraient contribuer à faciliter la coordination et à obtenir un financement des interventions ; dans cet ordre d'idées, on pourrait aussi envisager des budgets communs ou des transferts monétaires intersectoriels.

Faciliter la mise en œuvre

Lorsque de nouvelles évaluations sont faites, elles pourraient commencer par porter sur les interventions susceptibles d'être très efficaces, rentables et indiscutables. Cela pourrait aider les nouvelles institutions à affirmer leur présence et asseoir leur crédibilité.

L'amélioration de la communication entre chercheurs et décideurs des différents secteurs peut contribuer à faciliter le changement ; des courtiers du savoir pourraient assurer la liaison entre les différents groupes.

La sensibilisation aux effets sanitaires, non sanitaires et économiques des interventions peut contribuer à réduire la résistance à l'intervention en dehors

du secteur de la santé. L'évaluation des effets sur la santé pourrait jouer un rôle dans ce processus.

Des mécanismes permettant de suivre le processus de mise en œuvre dans les différents secteurs pourraient aussi faciliter le changement ; la fixation d'objectifs explicites mesurables en matière de santé de la population pourrait en outre inciter les parties prenantes des différents secteurs à agir.

Résumé analytique

La mauvaise santé en Europe a des coûts sanitaires et socioéconomiques élevés, dont une bonne partie pourrait être évitée par la mise en œuvre de stratégies efficaces en matière de santé de la population, dans le cadre et en dehors du système de santé. Pour aborder la promotion de la santé de la population de façon globale, il faut agir à la fois en amont et en aval. En amont, on pourrait envisager des mesures telles que la redistribution fiscale, l'amélioration de la qualité des logements et des incitations pour maintenir les enfants à l'école. En aval, on pourrait mettre l'accent sur la prévention primaire des maladies, souvent en ciblant le comportement individuel et les modes de vie.

Pour soutenir l'investissement dans des stratégies de santé de la population, les systèmes de santé doivent être capables d'identifier non seulement les mesures qui donnent des résultats et à quel coût, mais aussi dans quel contexte. Il faut ensuite des mécanismes pour que ces informations soit intégrées dans le processus de délibération et pour faciliter la mise en œuvre des stratégies arrêtées.

Produire des données factuelles et utiliser les données factuelles existantes sur l'efficacité et la rentabilité des stratégies de santé de la population

Les revues systématiques

Les revues systématiques, qui visent à identifier et évaluer systématiquement les données sur l'efficacité (et autres données factuelles) disponibles sur un problème spécifique, peuvent être particulièrement utiles pour déterminer si des interventions sont efficaces. Le recueil et, lorsque c'est possible, le regroupement statistique des informations fournies par les études, réduit la probabilité qu'une étude non représentative fausse les résultats d'une analyse de l'efficacité. Les informations résultant des revues de qualité peuvent aussi

fournir des informations rapides sur les données factuelles (et sur les lacunes de ces données) pour un problème particulier, ce qui peut éviter de répéter des revues coûteuses en temps et en argent.

L'évaluation économique

L'évaluation économique peut, elle aussi, apporter des arguments en faveur de l'investissement dans des interventions en santé de la population. Largement utilisées dans les secteurs des soins de santé, de l'environnement et des transports, les évaluations économiques comparent les coûts et les effets de différentes approches.

La base de données sur la rentabilité des interventions en santé de la population, bien que modeste par rapport à celle de l'évaluation des soins de santé, s'est rapidement étoffée, notamment pour le dépistage et la vaccination. Parmi les interventions complexes rentables dans des contextes particuliers, on peut citer les programmes ciblés sur les personnes âgées, les mesures de lutte contre le tabac, les drogues et l'alcool (y compris la fiscalité), les interventions précoces ciblant les enfants et leurs parents ainsi que les mesures d'apaisement de la circulation et de sécurité des transports. De nombreuses interventions sont financées et menées en dehors du système de santé.

Développer les possibilités d'action : renforcer la base de données factuelles

Comment les pays peuvent-ils mieux tirer parti de l'évaluation de l'efficacité et de l'évaluation économique dans leurs délibérations sur les stratégies de santé de la population ? Divers moyens institutionnels et réglementaires peuvent être envisagés : le recours à des organismes indépendants pour évaluer les données factuelles, la mise à contribution d'organismes internes, et le soutien à des centres d'échange des connaissances.

Définir et/ou étendre le champ d'action des organismes d'évaluation des technologies de santé

Une possibilité pourrait être d'étendre le champ d'action des organismes existants d'évaluation des technologies de santé. En Angleterre, le National Institute for Health and Clinical Excellence recueille maintenant des données sur l'efficacité et la rentabilité des interventions en santé publique. L'évaluation porte sur les interventions concernant le bien-être mental et physique menées sur le lieu de travail et les stratégies d'éducation à l'alcool dans les écoles. Elle suit un processus hautement formalisé qui dure une année entière, donne la possibilité aux parties prenantes d'apporter une contribution et établit des liens formels avec le processus de décision. Elle adopte un point de vue économique

plus large que celle qui est utilisée pour les interventions en soins de santé, reconnaissant les effets qui s'exercent en dehors du système de santé.

Adapter les résultats de l'évaluation économique existante

Une autre approche, en particulier lorsque les ressources sont limitées, peut être d'adapter les informations sur les études de rentabilité existantes, par exemple en utilisant le programme WHO-CHOICE (choix des interventions rentables). Cela permet de comparer diverses interventions, y compris en matière de prévention, de traitement et de réadaptation, isolément ou en combinaison, pour trouver un dosage optimal des ressources au sein d'un système de santé. Les résultats sont présentés de manière à déterminer la probabilité de la rentabilité d'une intervention dans des situations où le niveau des ressources est faible, moyen ou élevé. Ils peuvent être adaptés, grâce à l'utilisation d'informations locales, à des contextes spécifiques.

Réformer les arrangements institutionnels

Les structures institutionnelles et les arrangements en matière de gouvernance peuvent également influencer sur le succès de la mise en œuvre des interventions en santé de la population. Une possibilité, étant donné la part parfois réduite des ressources qui sont consacrées à cet aspect dans le budget de santé, serait de créer un ministère spécialisé. Très peu de tentatives ont été faites dans ce sens. Un exemple rare est le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario (Canada), créé en juin 2005. Il est trop tôt pour dire quelle sera l'efficacité de ce modèle ; le défi que représente la coordination des activités avec le ministère de la Santé pourrait aussi être le signe que la santé publique est de plus en plus marginalisée par rapport à la politique générale de santé.

Parmi les autres possibilités, on pourrait envisager de créer des structures de gouvernance spécifiques pour la santé de la population au sein d'un ministère de la Santé, y compris un poste ministériel, un système de partenariat pour encourager la coopération intersectorielle aux niveaux national et local et des structures de financement souples, y compris des budgets communs obligatoires ou volontaires.

Trouver d'autres moyens d'induire le changement

Quels mécanismes pourrait-on utiliser pour inscrire effectivement la santé de la population au rang des préoccupations des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir pour la santé et en leur faisant admettre leurs responsabilités en matière de santé ?

Comment les gouvernements peuvent-ils inciter les organes administratifs à mettre en œuvre une politique nationale de santé de la population ?

Donner la priorité aux opportunités faciles

Il peut être prudent, pour créer la base de données factuelles sur les interventions en santé de la population dans un pays, de commencer par saisir les opportunités faciles – c'est-à-dire les interventions ayant des chances d'être très efficaces, rentables et indiscutables. Plusieurs organismes d'évaluation des technologies de santé, une fois en place, ont adopté cette méthode, qui peut être un moyen d'affirmer leur présence et d'asseoir leur crédibilité.

Améliorer la communication entre chercheurs et décideurs

Souvent, chercheurs et décideurs ne parlent pas le même langage et se méfient les uns des autres. Des courtiers du savoir, c'est-à-dire des personnes qui comprennent les données scientifiques mais sont à l'aise dans un environnement décisionnel, peuvent ici jouer un rôle. Ils peuvent aider à traduire les rapports universitaires en un bref message pertinent pour les décideurs et à faire en sorte que ces derniers demandent des recherches réalistes. Moyennant une formation appropriée, le personnel d'organisations internationales telles que l'OMS pourrait fort bien jouer le rôle de courtier du savoir.

Faire prendre conscience aux décideurs des différents secteurs des effets sur la santé

Les effets sur la santé des politiques élaborées et mises en œuvre en dehors du secteur de la santé sont parfois mal connus. Le recours formalisé à des évaluations de l'impact sanitaire peut être un moyen de remédier à cette lacune. Plusieurs pays l'ont fait, mais il est difficile de dire dans quelle mesure des changements ont suivi.

Cibles, suivi et évaluation

Il peut être utile aussi d'investir dans des systèmes permettant de suivre et d'évaluer la mise en œuvre et de mesurer les effets à long terme sur la santé de la population. On pourrait fixer des cibles communes aux différents ministères et suivre les progrès accomplis pour les atteindre. La publicité négative des échecs peut être une incitation puissante à agir.

Synthèse

Les raisons d'investir dans des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie en Europe

L'élaboration d'une approche systématique de l'investissement dans des stratégies de santé de la population en Europe, sous sa forme la plus simple, comprend trois étapes fondamentales. Il faut d'abord évaluer les principaux problèmes de santé et leurs conséquences socioéconomiques générales. Il faut ensuite se poser un certain nombre de questions : Existe-t-il des interventions efficaces contre la mauvaise santé ? Quels résultats donnent-elles par rapport aux autres emplois potentiels de ressources limitées ? Quels effets auront-elles sur les différents segments de la population ? Sont-elles appropriées dans tel contexte ou pays particulier ? Enfin, il faut se demander comment les données factuelles peuvent être intégrées dans un processus de décision et faciliter la mise en œuvre de la stratégie.

La nature des problèmes de santé en Europe

La santé s'est améliorée dans la majeure partie de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), où l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 74,5 ans en 2005. Ce chiffre, cependant, dissimule d'importantes disparités, les valeurs extrêmes de la fourchette étant de tout juste 65,4 ans en Fédération de Russie et de 81,6 ans en Islande. D'une façon générale, l'état de santé est médiocre dans de nombreux pays de la partie centrale et orientale de la Région. En 2005, l'espérance de vie dans les 15 pays qui étaient membres de l'Union européenne (UE) avant mai 2004 était de 79,7 ans contre 74,0 ans dans les 12 pays qui en sont devenus membres plus tard et de tout juste 67,0 dans les pays de la Communauté des États indépendants (CEI) (1).

Les maladies non transmissibles représentent 77 % de toutes les maladies, les blessures externes et les intoxications 14 %, et les maladies transmissibles 9 % (tableau 1) (2). En ce qui concerne la répartition par sexe, la mauvaise santé est dominée par les maladies cardiovasculaires (22,95 % chez les hommes, 22,82 % chez les femmes), les troubles neuropsychiatriques (17,15 % et 22,53 %, respectivement) et le cancer (11,25 % et 11,63 %). Les blessures non volontaires sont également importantes, représentant 12,95 % de la charge de morbidité chez les hommes.

Si de nombreux problèmes sont communs à l'ensemble des pays de la Région européenne, les besoins diffèrent selon les groupes de pays. Les pays des groupes Eur-B et Eur-C ont des taux de blessures et de maladies transmissibles beaucoup plus élevés que les pays nantis du groupe Eur-A. Les stratégies de

Tableau 1. Charge de morbidité en pourcentage des années de vie ajustées sur l'incapacité (AVCI) par cause, sexe et strate de mortalité dans la Région européenne de l'OMS, 2002

	Eur-A		Eur-B		Eur-C		Région européenne		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Total maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles	4.40	5.53	15.34	17.72	9.24	7.86	9.14	9.59	9.34
Maladies infectieuses et parasitaires	1.76	1.68	5.53	5.28	5.54	2.95	4.30	3.09	3.77
Infections des voies respiratoires	1.32	1.35	4.05	4.03	1.79	1.02	2.18	1.93	2.07
Maladies périnatales	1.00	0.93	4.42	3.99	1.04	1.13	1.85	1.80	1.83
Carences nutritionnelles	0.32	0.89	1.34	2.29	0.88	1.66	0.81	1.54	1.13
Total maladies non transmissibles	85.10	89.5	69.55	76.57	62.85	81.24	71.72	83.05	76.73
Troubles neuropsychiatriques	24.18	29.20	16.41	21.40	12.25	16.72	17.15	22.53	19.52
Maladies cardiovasculaires	18.31	15.71	22.19	21.10	26.88	31.08	22.95	22.82	22.90

Néoplasmes malins	17.19	15.78	16.53	9.02	8.38	8.72	8.02	9.80	8.74	11.25	11.63	11.42
Maladies respiratoires	6.65	6.51	6.59	4.15	4.05	4.10	2.87	3.00	2.93	4.41	4.56	4.48
Maladies des organes sensoriels	4.29	5.30	4.77	3.48	5.07	4.21	2.58	4.99	3.56	3.35	5.13	4.14
Maladies digestives	4.92	4.38	4.67	5.30	4.73	5.04	4.93	5.25	5.06	5.02	4.80	4.92
Maladies du système ostéomusculaire	3.20	5.42	4.25	3.10	5.09	4.01	1.94	4.95	3.16	2.63	5.16	3.75
Diabète sucré	2.00	2.29	2.14	1.31	1.72	1.50	0.56	1.30	0.86	1.21	1.77	1.46
Total blessures	10.50	4.97	7.89	15.1	5.70	10.77	27.91	10.91	21.03	19.14	7.36	13.93
Blessures involontaires	7.67	3.88	5.88	11.52	4.51	8.29	17.74	7.66	13.66	12.95	5.45	9.63
Blessures volontaires	2.83	1.09	2.01	3.59	1.19	2.48	10.17	3.25	7.37	6.19	1.92	4.30

Source : *Global burden of disease estimates (2)*.

Eur-A : 27 pays de la Région européenne de l'OMS à très faible mortalité infantile et adulte.

Eur-B : 17 pays de la Région européenne de l'OMS à faible mortalité infantile et adulte.

Eur-C : 9 pays de la Région européenne de l'OMS à faible mortalité infantile et forte mortalité adulte.

santé de la population peuvent se concentrer sur différentes questions dans ces contextes : des problèmes tels que l'automutilation et la cirrhose du foie pourraient figurer en tête de liste des priorités.

Quels sont les effets économiques de la mauvaise santé en Europe ?

Il ressort de ces études (réalisées il est vrai principalement en Europe occidentale et appliquant différentes méthodes d'estimation) que la mauvaise santé, outre ses répercussions profondes sur les individus et leur famille, peut aussi avoir des effets socioéconomiques. Il a été estimé que la première cause de mauvaise santé – les maladies cardiovasculaires – coûtait plus de 168 milliards d'euros (€) chaque année dans les 25 pays qui étaient membres de l'UE en 2005 (UE-25), les systèmes de santé payant plus de 60 % des dépenses (3). Selon des évaluations des effets économiques des facteurs de risque communs des maladies cardiovasculaires et autres problèmes de santé, les maladies liées à l'obésité représentent entre 1,5 % et 4,6 % de l'ensemble des dépenses de santé en France (4), 4,6 % au Royaume-Uni (5) et 1,9 % en Suède (6).

La dépression est un problème majeur en Europe. Le coût de la dépression unipolaire est estimé à 118 milliards d'€ par an dans les pays du groupe UE-25, 64 % des dépenses étant extérieures au système de santé en raison des taux élevés d'absentéisme et de départs anticipés à la retraite (7). Encore cette estimation est-elle prudente ; selon des études réalisées aux États-Unis d'Amérique, le coût du présentéisme (performance réduite au travail) dû à la dépression pourrait être cinq fois plus élevé que le coût de l'absentéisme (8).

On a estimé avec prudence que les maladies liées à l'alcool, autre cause majeure de mauvaise santé en Europe, coûtaient aux économies européennes environ 1 % de leur produit intérieur brut (9). Dans les pays du groupe UE-25, même si l'on tient compte des effets préventifs de l'alcool, on estime qu'elles causent 115 000 décès chaque année et coûtent 125 milliards d'€. Comme dans le cas de la dépression, beaucoup de ces dépenses sont extérieures au système de santé et sont dues à une perte de productivité, à la criminalité et à la violence (10).

Pour ce qui est des blessures involontaires, on estime que le coût des accidents de la circulation représente en Europe environ 2 % du produit intérieur brut. Ces accidents sont la principale cause d'hospitalisation et de décès des personnes de moins de 50 ans dans l'UE, et coûtent 180 milliards d'€ par an (11). Bien que l'on dispose de peu de données, les coûts pourraient être supérieurs encore dans la partie orientale de la Région, où le taux d'accidents est plus élevé. On pourrait en dire autant de l'automutilation. Les données des pays d'Europe occidentale indiquent que chaque suicide accompli coûte environ 2 millions d'€ à la société (12).

Quelles incidences pour les responsables politiques européens ?

Étant donné ces effets socioéconomiques, une question fondamentale, pour les responsables politiques européens, est de savoir dans quelle mesure les systèmes de santé devraient aider à faciliter l'investissement dans des politiques et stratégies destinées à faire baisser la demande de soins de santé par des activités efficaces de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

Selon des données fiables, des mesures préventives prises dans le cadre des systèmes de santé, comme la vaccination ou l'administration de statines pour lutter contre les maladies cardiovasculaires, réduiraient sensiblement la mortalité évitable (13–15). Néanmoins, il est reconnu depuis longtemps que toute stratégie visant à promouvoir la santé de la population doit procéder d'une approche globale et comporter des interventions dans le cadre et en dehors du système de santé (16).

À côté des caractéristiques biologiques et génétiques, l'environnement socioéconomique dans lequel vivent les individus peut fortement influencer sur le risque de mortalité prématurée et de morbidité évitable (17).

Une approche globale de la promotion de la santé de la population pourrait comprendre une combinaison de mesures en amont et en aval. En amont, on pourrait envisager des mesures telles que la redistribution fiscale, l'amélioration de la qualité des logements et des incitations pour maintenir les enfants à l'école. En aval, on pourrait mettre l'accent sur la prévention primaire des maladies, souvent en ciblant le comportement individuel et les modes de vie. Dans les stratégies, les interventions pourraient prendre par exemple la forme de programmes de conseils diététiques et de conseils sur les modes de vie, la mise en œuvre de mesures de lutte contre le tabac et l'alcool, la surveillance de la qualité de l'eau et de l'air, des campagnes de vaccination et, pour les accidents et les blessures, des mesures législatives, réglementaires et d'autres mesures de sécurité.

Trouver le juste équilibre et faciliter le changement

Quel équilibre faudrait-il donc établir entre interventions en santé de la population et traitement ? Pour aborder cette question en s'appuyant sur des données factuelles, il faut des informations à la fois sur l'efficacité et sur la rentabilité. Le financement de l'évaluation est plus modeste pour les interventions en santé de la population que pour le traitement, où des mécanismes d'autorisation et de remboursement assurent souvent l'évaluation. Cependant, les données factuelles permettant d'étayer une intervention, bien que limitées, s'accumulent rapidement (18). En outre, Suhrcke et al. (19) ont montré qu'un meilleur état de santé peut fort bien procurer d'importants avantages économiques globaux en Europe. Comment la base de données

factuelles existante peut-elle être renforcée et adaptée à différents contextes et reliée au processus décisionnel ?

Une autre question à examiner concerne le mécanisme institutionnel et les arrangements de financement qui seraient les mieux à même d'appuyer des investissements étayés par des données factuelles aussi bien dans le cadre qu'en dehors du système de santé. Les fonds affectés à la promotion de la santé et à la santé publique paraissent modestes par rapport à leur capacité de remédier à la mauvaise santé : ils vont de moins de 1 % des dépenses de soins de santé en Italie et au Danemark à près de 6 % au Canada (20). Cela s'explique peut-être en partie par la protection limitée et la faible priorité accordée au financement des activités en matière de santé de la population. Un défi est de faire en sorte que les fonds destinés à des investissements dans des interventions efficaces en faveur de la santé de la population ne soient pas détournés vers d'autres emplois. Un autre défi est de surmonter les silos financiers – les obstacles d'ordre institutionnel et psychologique qui limitent l'investissement dans des secteurs externes.

Comment contribuer à faciliter la mise en œuvre ? La solution réside peut-être dans l'amélioration des filières de communication entre les producteurs de données factuelles sur ce qui fonctionne et à quel coût et les autres parties prenantes : non seulement les décideurs du secteur de la santé et d'autres secteurs comme les finances, mais aussi d'autres groupes tels que les professionnels de la prestation de services, le secteur privé et le grand public. Peut-être faudrait-il pour cela réfléchir à la manière d'adapter les messages aux différents publics. La diffusion des cas de réussite et le recours à des stimulants tels que des cibles sur la santé de la population peuvent également se révéler utiles.

Les possibilités d'action : produire des données factuelles et utiliser les données factuelles existantes sur l'efficacité et la rentabilité des stratégies de santé de la population

Les revues systématiques

Certains ont fait valoir que l'investissement dans des stratégies de santé de la population était limité parce que la base de données factuelles était limitée : on ne peut pas toujours procéder à des essais randomisés contrôlés pour mesurer les effets. Nous ne pouvons pas examiner en détail les différents moyens d'obtenir des données factuelles, mais dans l'idéal de nombreux types de données, quantitatives et qualitatives, peuvent éclairer le processus de décision.

Des études expérimentales peuvent aider à réduire le risque de biais dans des études particulières, mais étant donné les conditions contrôlées dans lesquelles

elles sont menées, leurs résultats ne sont pas faciles à généraliser. La recherche qualitative, par exemple, peut aider à déterminer quelles interventions en promotion de la santé de la population sont acceptables pour les groupes de population cibles.

Les revues systématiques, qui visent à identifier et évaluer systématiquement les données sur l'efficacité (et autres données factuelles) disponibles sur un problème spécifique, peuvent être particulièrement utiles pour déterminer si des interventions sont efficaces. Le recueil et, lorsque c'est possible, le regroupement statistique des informations fournies par les études, réduit la probabilité qu'une étude non représentative fausse les résultats d'une analyse de l'efficacité. Les informations provenant de revues de qualité peuvent aussi fournir des informations rapides sur les données factuelles (et sur les lacunes de ces données) pour un problème particulier, ce qui peut éviter de répéter des revues coûteuses en temps et en argent et, lorsque c'est nécessaire, limiter la portée d'une nouvelle revue, par exemple à la période écoulée depuis la précédente.

Des revues de qualité peuvent être fournies par plusieurs sources, tout particulièrement les collaborations Cochrane (santé) et Campbell (éducation, protection sociale et criminalité), la United States Preventive Services Task Force, parrainée par la United States Agency for Healthcare Research and Quality, et la Task Force on Community Preventive Services parrainée par les United States Centers for Disease Control and Prevention (21). Le Cochrane Public Health Collaborative Group est en cours de création. Contrairement aux revues Cochrane existantes, qui mettent principalement l'accent sur les interventions ciblant des individus, ce groupe s'intéressera aux « revues systématiques des interventions et programmes, qui cherchent à aborder les déterminants en amont de la santé, visant des populations entières ou des groupes cibles particuliers » (22).

Les décideurs pourraient préciser que les informations sur les conclusions des revues existantes doivent être évaluées avant d'accepter de financer une synthèse des études. Si de nouvelles études sont exigées, des lignes directrices bien acceptées pour leur conception sont disponibles pour aider les médiateurs (23). Les décideurs pourraient alors s'attacher à examiner s'il est nécessaire d'adapter les interventions identifiées par la revue pour les mettre en œuvre dans le contexte propre à leur pays.

L'évaluation économique

Si les interventions en santé publique et en promotion de la santé n'ont attiré jusqu'ici que des investissements modestes, c'est peut-être aussi faute d'informations sur leur rentabilité (24). Bien que les avantages sanitaires (et non

sanitaires) potentiels qu'elles procurent puissent être substantiels, l'évaluation économique peut être un argument supplémentaire en leur faveur.

Toute décision d'investir dans des interventions en santé de la population doit prendre en considération les coûts humains et les dépenses d'infrastructure associées à l'exécution. Par exemple, est-il vraiment plus rentable de prévenir des problèmes de santé que de se contenter de traiter le petit groupe d'individus qui tombent malades ? Peut-on escompter de réaliser des gains en diminuant ou en retardant le besoin de consommer des ressources de santé futures et en réduisant les coûts externes qu'entraînent pour les économies l'absentéisme et les départs en retraite anticipés pour raisons de santé ? Quels avantages supplémentaires, en dehors de la santé, par exemple l'amélioration de la cohésion de la collectivité et de la performance scolaire et la réduction de la criminalité, pourrait-on obtenir (25) ?

Le recours systématique à l'évaluation économique peut aider à fixer des priorités à l'intérieur et à l'extérieur des systèmes de santé. Largement utilisée dans les secteurs des soins de santé, de l'environnement et des transports, l'évaluation économique peut être considérée comme « l'analyse comparative de différentes approches en termes de coûts et de conséquences » (26–28). Elle reconnaît que la rareté est une caractéristique inhérente de toutes les sociétés et implique qu'en investissant des ressources dans un projet public particulier, on renonce à la possibilité de les employer à d'autres fins. Même en l'absence de données sur l'efficacité dans la durée, l'évaluation économique peut appliquer des techniques de modélisation pour évaluer les coûts et les effets à long terme et/ou identifier le niveau d'efficacité qu'une stratégie devrait atteindre pour être considérée comme rentable.

Si une nouvelle intervention est à la fois moins coûteuse et plus efficace que le maintien de la situation en l'état, la décision est généralement évidente – on investit dans la nouvelle intervention. Si une intervention est plus efficace mais aussi plus coûteuse, les décideurs doivent appliquer un jugement de valeur pour déterminer si elle est avantageuse. Les ressources disponibles et l'infrastructure existante influent sur leur appréciation : ce qui peut être considéré comme rentable en France ou en Irlande peut ne pas l'être en Géorgie ou au Tadjikistan.

L'évaluation économique ne devrait pas être pratiquée isolément. Les décideurs doivent prendre en compte d'autres facteurs. Un investissement dans l'intervention la plus rentable peut entrer en conflit avec d'autres objectifs de la politique générale, par exemple la réduction d'inégalités entre groupes sociaux dans le domaine de la santé ou sur d'autres plans. On pourrait aussi tenir compte dans les délibérations de la nécessité d'assurer l'égalité d'accès aux services et au soutien, des effets sur l'économie locale d'une mesure

concernant la santé de la population, comme l'interdiction de fumer dans les pubs et les restaurants, ou d'autres considérations politiques locales.

Approches de l'évaluation économique

Bien que les méthodes existantes d'évaluation économique des interventions en santé de la population apportent un argument supplémentaire en faveur de l'investissement, leur application pose des problèmes pratiques et méthodologiques (29,30). Les lignes directrices des organismes d'évaluation des technologies de santé tendent à recommander le recours à l'analyse coût-utilité, dans laquelle les résultats sont mesurés en termes d'utilité, c'est-à-dire la préférence d'un individu pour un état de santé donné ou un résultat particulier, comme l'année de vie ajustée en fonction de la qualité. Cette approche permet de comparer les décisions d'investissement à l'intérieur du système de santé, mais ne rend pas compte des effets potentiels des interventions en santé de la population dans d'autres domaines.

Il existe d'autres approches, mais toutes ont leurs limites. En Angleterre, les directives de santé publique élaborées par le National Institute for Health and Clinical Excellence acceptent l'utilisation d'une analyse coûts-conséquences pour compléter l'analyse coût-utilité. Cette approche peut présenter une gamme de résultats naturels obtenus en santé et dans d'autres domaines que la santé, comme les crises cardiaques évitées ou une réduction des taux de criminalité. Il appartient alors aux décideurs d'évaluer quels résultats (le cas échéant) peuvent être les plus importants.

Bien qu'elle soit utile, cette approche peut difficilement apporter une solution dans les cas où l'on ne peut obtenir que des résultats modestes en matière de santé, mais des effets plus positifs dans d'autres domaines. Par exemple, un petit-déjeuner gratuit à l'école peut n'entraîner qu'une augmentation modeste de l'apport nutritionnel mais générer des effets additionnels sur le développement social et éducatif (31,32).

L'analyse coûts-avantages offre peut-être une solution. Largement utilisée dans les domaines des transports et de l'environnement, elle mesure à la fois les coûts et les avantages en termes monétaires, et permet de comparer l'investissement dans la santé à l'investissement dans d'autres secteurs tels que l'éducation. La valeur des gains sanitaires et non sanitaires peut donc être mesurée avec les mêmes termes, ce qui aide considérablement la prise de décision. Un avantage net positif justifierait un investissement.

Le recours à l'analyse coûts-avantages a été limité par la difficulté d'obtenir des valeurs monétaires exactes pour les résultats et par les attitudes négatives du public à l'égard de l'évaluation de la santé en termes monétaires. Les directives de santé publique du National Institute for Health and Clinical Excellence

permettent toutefois d'avoir une vision plus générale des coûts que l'approche traditionnelle, qui ne considère que les coûts pour le système de santé et de protection sociale. Elles peuvent, par exemple, examiner les effets que les programmes de promotion de la santé au travail peuvent avoir sur l'absentéisme et la productivité.

Que sait-on des arguments économiques en faveur de l'investissement dans les stratégies de santé de la population ?

Bien qu'il faille interpréter avec prudence les résultats de l'évaluation économique, la base de données factuelles est-elle réellement aussi limitée qu'on l'a prétendu ? S'il est vrai qu'elle est modeste par rapport à celle des interventions en soins de santé, elle s'est rapidement étoffée. Plusieurs sources d'informations peuvent aujourd'hui fournir des données pertinentes sur la rentabilité. Elles comprennent les bases de données d'évaluation économique traditionnelles, comme celle du National Health Service (NHS), et WHO-CHOICE, accessibles gratuitement.

La littérature a fait l'objet de plusieurs revues (33,34). L'une d'entre elles (18) a recensé plus de 1 700 évaluations, la plupart au cours des dix dernières années. Plus de 60 % concernaient la vaccination et le dépistage, qui pouvaient en grande partie être réalisés dans le cadre des systèmes de santé. Cela montre peut-être qu'il est relativement facile de quantifier l'utilisation des ressources, les coûts et les résultats à court terme : nombre de cas réellement positifs détectés ou succès des vaccinations effectuées. Pour le long terme, on a aussi fait appel à la modélisation pour évaluer les avantages au cours de toute la vie. Bien que la vaccination tende généralement à être rentable, de nombreuses évaluations sont encore prudentes, et ne tiennent pas compte des avantages de l'immunité collective ou de ce que signifie la diminution de l'anxiété lorsque l'on apprend que le risque de contracter une maladie est réduit (35). Cela est particulièrement important en raison de l'augmentation du coût des vaccins de nouvelle génération par rapport aux vaccins traditionnels bon marché.

Les interventions plus complexes ont été moins souvent évaluées. Comme exemples d'interventions rentables dans des environnements et des contextes particuliers, on peut citer les programmes ciblés d'exercice physique pour les personnes âgées, les mesures de lutte contre le tabac, les drogues et l'alcool et les incitations financières et les mesures éducatives pour promouvoir la transition nutritionnelle. Une revue des mesures concernant les maladies cardiovasculaires (36) a indiqué qu'il y avait de nombreuses données sur les mesures préventives cliniques, principalement les hypolipémiants, mais beaucoup moins sur les interventions en promotion de la santé en amont. Une autre revue, portant sur la promotion du bien-être mental et la prévention des problèmes de santé mentale, a constaté que les données les plus probantes

étaient celles relatives aux interventions précoces ciblant les enfants et leurs parents, certaines mesures visant la prévention primaire de la dépression et les stratégies de prévention du suicide (37).

Il apparaît dans toutes ces évaluations que de nombreuses interventions sont financées et menées hors du système de santé. Cela est vrai en particulier des interventions, dont beaucoup sont très rentables, visant à réduire le nombre d'accidents et de traumatismes. Par exemple, en Nouvelle-Zélande, où il y a beaucoup d'accidents de la circulation, les mesures de répression et les campagnes de sensibilisation contre l'alcool au volant, les excès de vitesse et pour le port obligatoire de la ceinture financées par les secteurs de la police et des transports sont toutes des moyens extrêmement efficaces de réduire le nombre et la gravité des accidents (38).

Les évaluations des programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail, en particulier aux États-Unis, où de nombreux employeurs paient les dépenses de santé de leurs employés, sont également courantes (39). Il apparaît que les mesures les plus rentables sont les programmes d'exercice physique, les conseils sur les modes de vie, les programmes de dépistage sur le lieu de travail et une meilleure prise en charge des personnes souffrant de dépression ou de stress (40).

Développer les possibilités d'action : renforcer la base de données factuelles et examiner les arrangements institutionnels

Ces revues montrent qu'il y a des arguments économiques en faveur de l'investissement dans de nombreuses interventions en santé de la population dans différents environnements. L'investissement de ressources supplémentaires peut faire beaucoup plus pour améliorer la qualité de vie que de nombreuses interventions en soins de santé. En outre, il en résulte souvent des avantages substantiels en dehors du secteur de la santé. Le développement rapide de la base de données factuelles, ces dernières années, et l'intérêt croissant des décideurs témoignent de l'importance de l'argument économique pour la santé publique, y compris la promotion de la santé. Comment les pays peuvent-ils intégrer davantage l'évaluation économique dans leurs délibérations sur les stratégies de santé de la population ? Divers moyens institutionnels et réglementaires peuvent être envisagés : le recours à des organismes indépendants pour évaluer les données factuelles, la mise à contribution d'organismes internes, et le soutien à des centres d'échange des connaissances.

Définir et/ou étendre le champ d'action des organismes d'évaluation des technologies de santé

Une possibilité pourrait être d'étendre le champ d'action des mécanismes institutionnels existants d'évaluation des coûts et de l'efficacité des

technologies de santé. Jusqu'ici, l'accent était mis sur les drogues, les technologies médicales et les techniques chirurgicales. Les choses commencent à changer, l'expérience du National Institute for Health and Clinical Excellence, en Angleterre, en étant l'illustration la plus évidente¹⁽⁴¹⁾.

Organisme indépendant, le National Institute for Health and Clinical Excellence ne s'intéressait au départ qu'aux interventions dans le cadre du système de santé, mais depuis 2005, il étend son champ d'action au recueil de données sur l'efficacité et la rentabilité, notamment sur les modalités optimales d'intervention en santé publique, y compris des interventions effectuées et financées en dehors du système de santé ; les évaluations prennent en compte les interventions dans les domaines du bien-être mental et physique au travail et les stratégies d'éducation à l'alcool dans les écoles.

Encadré 1. Un organisme d'évaluation indépendant : le rôle du National Institute for Health and Clinical Excellence en matière de santé publique

Le National Institute for Health and Clinical Excellence publie des directives sur la promotion de la santé et la prévention de la mauvaise santé pour les personnes employées par le Service national de santé britannique (NHS), les collectivités locales, le grand public et le secteur bénévole. Ces directives portent sur des interventions spécifiques et des programmes plus généraux et peuvent être examinées et actualisées (généralement après trois ans).

Pendant tout le processus, les opinions et les expériences des parties prenantes sont activement recherchées de manière à ce que les recommandations figurant dans la directive soient réalistes et appropriées. Ces recommandations peuvent être faites au niveau de la population, de la communauté, de l'organisation, du groupe, de la famille ou de l'individu. Elles peuvent porter aussi bien sur des questions en aval (comme les modes de vie) que sur des questions en amont concernant les déterminants plus généraux de la santé (tels que le logement et l'environnement).

Les revues des données factuelles sur l'efficacité et la rentabilité sont commandées et évaluées selon des critères bien définis puis notées. Divers types de données, qualitatives et quantitatives, sont pris en considération.

Pour les interventions, un comité consultatif d'experts examine les données ; des projets de recommandations sont ensuite élaborés ; des essais sur le terrain sont effectués et une directive est mise au point, qui contient les recommandations modifiées ; elle est ensuite publiée sur le site Web du National Institute for Health and Clinical Excellence.

Pour les directives concernant le développement du programme, un comité se réunit cinq ou six fois sur une période de neuf mois pour examiner les données sur l'efficacité et les données économiques. Les projets de recommandations font ensuite l'objet d'une consultation avec les parties prenantes et l'on procède à des essais sur le terrain pour repérer les éléments qui freinent et ceux qui facilitent la mise en œuvre. Les recommandations sont alors modifiées, et la directive est finalement publiée sur le site Web.

Un processus très formalisé prenant de 9 à 12 mois a été élaboré et deux types de directives de santé publique ont été publiés (encadré 1). La directive sur les interventions en santé publique porte sur des actions locales clairement circonscrites qui visent à réduire le risque de contracter une maladie ou pathologie, aident à promouvoir ou conserver un mode de vie sain. Les interventions sont normalement dirigées par des professionnels de santé publique et ciblent des populations, groupes ou individus particuliers, comme les conseils sur l'activité physique, qui sont donnés dans des contextes de soins primaires. Un deuxième type de directives concerne les programmes de santé publique. Il s'agit souvent d'un ensemble de mesures, services et interventions diversifiés auxquels participent plusieurs organismes. Elles consistent en une succession d'activités qui peuvent être inspirées par un thème, un contexte ou une population et impliquer des modifications de l'infrastructure organisationnelle. Les thèmes couverts comprennent l'arrêt du tabac sur le lieu de travail et l'engagement de la collectivité et le développement communautaire pour promouvoir la santé.

Ce processus comporte encore des limites. Bien qu'une approche globale soit adoptée, les données provenant d'une évaluation économique faisant appel à l'analyse coûts-avantages ne sont peut-être pas encore incorporées dans les modèles économiques construits dans le cadre de l'évaluation.

Même les recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence ne sont pas toujours appliquées, malgré leurs liens évidents avec le processus de décision. Il est trop tôt pour se prononcer sur l'impact de ce programme de santé publique, mais on peut s'en faire une idée grâce à l'expérience acquise avec les directives sur les technologies de santé et la pratique clinique du National Institute for Health and Clinical Excellence. Bien que ces directives soient obligatoires pour le NHS, environ la moitié seulement des médiateurs locaux du NHS y adhéraient (42).

Pour l'évaluation de santé publique, nombre des recommandations visent des parties prenantes en dehors du système de santé qui ne sont pas tenues de suivre les directives. Bien que ces parties prenantes participent au processus de consultation, il est nécessaire de continuer à maintenir la communication afin de faciliter la mise en œuvre.

Une dernière limitation tient au fait que le système mis au point par le National Institute for Health and Clinical Excellence n'est pas applicable partout en Europe. Il exige non seulement un budget annuel (pour toutes les activités) de

¹ Bien que le champ d'action du National Institute for Health and Clinical Excellence, pour ce qui est des technologies de santé, couvre l'Angleterre et le Pays de Galles, les directives de santé publique ne s'appliquent qu'à l'Angleterre.

35 millions de livres sterling pour commander les revues, mais il compte en outre sur la bonne volonté d'experts techniques non rémunérés et d'autres acteurs pour qu'ils apportent leur contribution au processus d'évaluation. Le Royaume-Uni a la chance d'avoir d'importants moyens pour entreprendre des revues systématiques, élaborer des modèles de rentabilité et mettre en place des comités techniques de surveillance. Dans les pays qui ne disposent pas de tels moyens, il peut être nécessaire d'avoir d'autres modèles institutionnels.

Adapter les résultats des données factuelles existantes sur l'évaluation économique : le cas de WHO-CHOICE

Une autre solution peut consister à essayer d'adapter les résultats d'évaluations particulières du National Institute for Health and Clinical Excellence et des organismes d'évaluation des technologies de santé à des pays et à des contextes différents. Mais de telles généralisations ne sont pas toujours faciles, en particulier pour les interventions en santé publique, du fait notamment que les ressources et les moyens institutionnels sont extrêmement variables selon les pays. Bien que l'on ait malgré cela développé des outils et des directives pour le faire, ils n'ont jamais porté sur le caractère très contextualisé de nombreuses interventions en promotion de la santé (43).

Une approche pragmatique peut être d'adapter les informations sur la rentabilité recueillies dans le cadre du programme WHO-CHOICE. Ce dernier présente l'avantage, par rapport aux évaluations plus restreintes menées par le National Institute for Health and Clinical Excellence et d'autres organismes d'évaluation des technologies de santé, d'adopter une approche sectorielle de l'évaluation économique « de manière à ce que tous les autres emplois des ressources soient évalués en un seul exercice, avec une contrainte explicite en matière de ressources » (44). Cela permet de comparer, isolément ou ensemble, diverses interventions, notamment en matière de prévention des maladies, de traitement et de réadaptation, pour déterminer un dosage optimal des ressources dans un système de santé. On les compare à la fois avec ce qui se passerait si on laissait les choses en l'état et avec la pratique courante. Les résultats présentés projettent la probabilité de rentabilité d'une intervention dans des situations où l'on dispose d'un niveau faible, moyen ou élevé de ressources, et ils peuvent être adaptés si l'on envisage d'accroître les ressources existantes.

WHO-CHOICE construit depuis plusieurs années une base de données contenant des informations sur la rentabilité des interventions afin de s'attaquer à certains des principaux aspects de la charge mondiale de morbidité. Ces informations sont intégrées à un modèle conçu pour estimer les effets d'une maladie et/ou d'interventions sur différentes populations. On recueille ensuite, à l'aide d'un outil normalisé, les données sur les ressources

nécessaires pour mettre en œuvre les interventions. Les résultats sont présentés pour les sous-régions de l'OMS, mais ils peuvent être adaptés au contexte de pays particuliers, comme dans le cas des interventions visant les problèmes liés à l'alcool et au tabac en Estonie (encadré 2).

Encadré 2. Une analyse de rentabilité généralisée pour évaluer s'il est justifié d'investir dans des politiques de lutte contre l'alcool et le tabac en Estonie

L'objectif de l'analyse était d'évaluer les coûts, les effets et la rentabilité, au niveau de la population, de diverses stratégies de lutte contre l'alcool et le tabac en Estonie. Les données locales sur le comportement de santé et la prévalence des risques pour la santé ont été obtenues au moyen d'une vaste enquête par correspondance, les données sur la mortalité ont été fournies par l'Office statistique estonien et les données sur la morbidité par une revue de la littérature scientifique.

Les données locales sur les coûts de l'exécution des interventions ont été calculées. Pour l'alcool, on a pris en compte les taxes indirectes, la limitation de l'accès aux détaillants ; une interdiction générale de la publicité ; des contrôles de l'alcoolémie des automobilistes et de brèves interventions comportant des conseils par un médecin de soins primaires. Pour le tabac on a pris en compte les taxes indirectes, une interdiction générale de la publicité, des contrôles sur l'usage du tabac dans les bâtiments publics et la thérapie de remplacement de la nicotine.

Un groupe local d'experts a examiné les interventions et les a adaptées à la situation du pays.

Les coûts annuels de mise en œuvre des mesures législatives et fiscales étaient nettement inférieurs à une brève thérapie et à la thérapie de remplacement de la nicotine. L'augmentation des taxes indirectes a été extrêmement rentable : 49 et 14 € par AVCI évitées pour la consommation d'alcool et de tabac, respectivement. Les coûts marginaux par AVCI évitées grâce à l'interdiction de la publicité ont été de 85 et 19 €, respectivement, et les coûts marginaux par AVCI évitées d'une combinaison d'interventions pour la lutte contre l'alcool et le tabac de 457 et 238 €, respectivement.

Les données de la Commission Macroéconomie et santé de l'OMS indiquent que toutes les interventions par AVCI évitées de moins de 90 454 couronnes estoniennes (5 780 €) sont rentables en Estonie.

Source: Lai et al. (45).

Le succès de la mise en œuvre des interventions en santé de la population peut être influencé aussi par les structures institutionnelles et les arrangements en matière de gouvernance des pays. Les questions à examiner pourraient être la mesure dans laquelle le système de santé devrait être chargé de fournir directement des services de santé à la population ou comment il pourrait collaborer avec d'autres secteurs pour soutenir l'investissement dans des domaines tels que les transports, l'emploi et l'éducation.

Un ministère spécialisé pour la santé de la population

Du fait que les ressources affectées à la promotion de la santé et à la santé publique ne représentent souvent qu'une part limitée des budgets de santé, un moyen de disposer d'un financement assuré serait de créer un ministère spécial entièrement distinct du ministère de la Santé. Très peu de tentatives ont été faites en ce sens. Un exemple rare est le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario (Canada), créé en juin 2005 (encadré 3). Il est entièrement distinct du ministère provincial de la Santé, lequel reste néanmoins responsable de nombreuses fonctions de santé publique à orientation plus médicale telles que la vaccination.

Encadré 3. Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario (Canada)

Le ministère de la Promotion de la santé a pour mission d'élaborer des stratégies globales comprenant la prévention des maladies chroniques, l'activité physique, la pratique du sport, la prévention des traumatismes et le bien-être mental dans une approche intégrée de la bonne santé générale. Il reconnaît que des facteurs complexes tels que l'éducation, le logement, l'emploi et l'environnement influencent tous la santé et qu'il faut une approche sous forme de partenariat avec les parties prenantes dans ces domaines et d'autres acteurs, aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public. Les dépenses totales du ministère en 2007/2008 ont été estimées à 380 millions de dollars canadiens (235 millions d'€), soit près de 30 dollars canadiens (18,50 €) par personne.

Les principales priorités sont les suivantes : mettre en œuvre une stratégie bannissant l'usage du tabac dans toute province (« Ontario sans fumée ») ; promouvoir le bien-être en encourageant la pratique du sport et l'activité physique ; coordonner les initiatives visant à prévenir les maladies et les traumatismes ; et obtenir de meilleurs résultats en matière de santé en soutenant le système de santé publique (46). Pour cette dernière priorité, le ministère finance 75 % de quatre programmes de santé obligatoires (cofinancement de 25 % par les communes) : prévention des maladies chroniques, santé de l'enfant, santé génésique, et prévention des traumatismes (y compris prévention de la toxicomanie).

Il est encore trop tôt pour dire si ce modèle contribuera efficacement à faciliter l'investissement dans des stratégies efficaces en santé de la population, et notamment s'il réussira à mettre en place des partenariats et à assurer une collaboration intersectorielle. Il est difficile aussi de dire s'il réussira à orienter des fonds vers des mesures plus en amont pour l'ensemble de la population afin de lutter contre certains des facteurs de risque socioéconomiques de la mauvaise santé, car il semble que ses priorités initiales soient principalement les interventions axées sur les comportements individuels.

La coordination des activités avec le ministère de la Santé posera peut-être un problème, la santé publique risquant d'être de plus en plus marginalisée par

rapport à la politique générale en matière de soins de santé. Plaider pour une augmentation des crédits alloués se révélera peut-être aussi plus difficile, les dotations risquant d'être inférieures au niveau nécessaire pour améliorer de façon optimale la santé de la population. Une évaluation minutieuse des besoins de santé de cette dernière pourrait aider à obtenir un financement correspondant à ses priorités en matière de santé.

Des structures institutionnelles alternatives

Une alternative plus modeste pourrait être de veiller à ce qu'un ministère de la Santé ait des structures spécifiques de gouvernance pour la santé de la population, avec par exemple un poste de secrétaire d'État à la santé publique, comme c'est le cas en Irlande et en Suède, l'Écosse ayant de son côté un ministère de la Santé et du Bien-être.

Une autre option pourrait être d'envisager un mécanisme interministériel de coordination des activités, éventuellement sous l'égide du ministère des Finances ou du cabinet du Premier ministre ou du Président. Au Danemark, par exemple, le ministère de l'Intérieur et de la Santé et dix autres ministères ont contribué à l'élaboration de la politique nationale de santé publique pour 2002-2010 (47,48).

On pourrait aussi faciliter des arrangements de partenariat intersectoriel au niveau local. De nombreuses interventions ou politiques peuvent avoir une assise essentiellement locale (par exemple assurer un accès équitable à une éducation, un logement et des transports publics de qualité). Des partenariats locaux peuvent être avantageux parce qu'ils permettent une implication et une appropriation locales, qui peuvent à leur tour faciliter la coopération et la mise en œuvre. On trouve des exemples de coopération intersectorielle dans plusieurs pays, par exemple entre les services locaux de soins primaires (« Primary care trusts ») et les collectivités locales en Angleterre.

Promouvoir un financement souple

Une autre difficulté majeure, lorsque l'on veut plaider en faveur de l'investissement dans des interventions en santé de la population, est de surmonter les obstacles budgétaires. Si la coordination et la collaboration ne sont pas satisfaisantes ou si le transfert de crédits du secteur de la santé vers les autres secteurs est difficile, l'efficacité de l'allocation des ressources, c'est-à-dire les modalités de la répartition des ressources disponibles pour satisfaire au mieux les besoins de santé de la population, s'en ressentira. De nombreuses interventions en santé de la population, qui procurent des gains substantiels en matière de santé, ont lieu en dehors du secteur de la santé. Par exemple, des données de plus en plus robustes indiquent que les interventions ciblant les

enfants dans leurs premières années et à l'école peuvent réduire de façon très efficace le risque ultérieur de mauvaise santé physique et mentale (37). Dans certains pays, une difficulté peut être de convaincre le ministère de l'Éducation d'investir dans des interventions en promotion de la santé à l'école qui semblent ne profiter qu'au secteur de la santé.

Comment les responsables politiques pourraient-ils surmonter ces obstacles ? Des mécanismes de nature à promouvoir un financement souple peuvent contribuer à inciter les secteurs à mettre en œuvre des stratégies de santé de la population. Une formule peut être d'instaurer des budgets communs – obligatoires ou facultatifs – aux secteurs sanitaire et non sanitaires pour certains services, comme les services de promotion de la santé à l'école. Il y a eu peu d'évaluations de l'expérience de budgets communs pour des services spécifiques de santé de la population, mais la budgétisation commune a été pratiquée dans d'autres domaines (encadré 4).

Encadré 4. Budgétisation intersectorielle commune en Suède

En Suède, des expériences de mise en commun des ressources financières entre les budgets de la santé, des services sociaux et de l'assurance-maladie ont lieu depuis le milieu des années 1990. Ces arrangements ont été mis en place face aux problèmes croissants de l'absence de longue durée du marché du travail en raison de problèmes de santé au travail. Il était admis que plusieurs prestataires de services devraient fournir les divers services nécessaires pour que les individus retournent travailler et qu'ils risquaient d'être oubliés par les différents services et responsables budgétaires (49).

Dans le dispositif SOCSAM de 1994, qui prévoyait une collaboration avec les services sociaux, jusqu'à 5 % du budget des services sociaux et de l'assurance-maladie pouvaient être mis en commun, les services de santé fournissant une contribution correspondante pour la réinsertion professionnelle des intéressés. Une évaluation nationale a indiqué que cette formule avait contribué à améliorer la coordination et la collaboration interdisciplinaires. Elle avait aussi permis le regroupement du personnel de différents secteurs et une gestion politique commune de l'initiative, ce qui avait aidé à surmonter la réticence des secteurs à investir dans des initiatives dont l'impact se ferait probablement sentir ailleurs (50). Après une évaluation, une législation permanente est entrée en vigueur en 2004.

Comme alternative à la budgétisation commune, on pourrait envisager de transférer des crédits vers un secteur qui ne profite pas directement de l'intervention mais serait responsable de son exécution. Tant qu'il y a, globalement, un avantage net, que ce soit dans le secteur de la santé ou dans d'autres secteurs, l'octroi d'une compensation monétaire pourrait faciliter l'investissement (51). Jusqu'ici, il n'y a pas eu d'application pratique d'une telle

approche ; il reste à voir dans quelle mesure un mécanisme réussit à déterminer le niveau de compensation financière nécessaire.

Il pourrait être utile aussi de déterminer les avantages sanitaires et non sanitaires des interventions. Lorsque l'on peut obtenir des informations montrant qu'il y a des avantages pour le secteur de la santé et pour d'autres secteurs, une compensation n'est peut-être pas nécessaire. Par exemple, une réduction de l'obésité infantine peut être liée à une amélioration démontrable de la concentration des enfants en classe ou des résultats scolaires à la suite d'une intervention en santé à l'école. En insistant sur ces avantages multiples, on peut contribuer à convaincre d'autres bailleurs de fonds d'investir dans des mesures préventives pour limiter les coûts futurs évitables qu'ils pourraient avoir à supporter. Par exemple, en Europe, certaines compagnies privées d'assurance maladie financent actuellement des programmes d'aide aux employés pour promouvoir la santé au travail (52).

Trouver d'autres moyens d'induire le changement

Une autre question clé tient au processus de mise en œuvre. De quels mécanismes dispose-t-on pour inscrire effectivement la santé de la population « à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir pour la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard » (16) ? Comment les gouvernements peuvent-ils inciter les organes administratifs à mettre en œuvre des politiques nationales de santé de la population ?

Donner la priorité aux opportunités faciles

Il peut être prudent, pour créer la base de données factuelles sur les interventions en santé de la population, de commencer par saisir les opportunités faciles – c'est-à-dire les interventions ayant des chances d'être très efficaces, rentables et indiscutables. Plusieurs organismes d'évaluation des technologies de santé, une fois en place, ont adopté cette méthode, qui peut être un moyen d'affirmer leur présence et d'asseoir leur crédibilité. Ils peuvent commencer à établir des relations avec un certain nombre de parties prenantes tout en apportant des arguments solides sur des questions pour lesquelles il est généralement admis qu'une intervention serait bénéfique. Le National Institute for Health and Clinical Excellence, lorsqu'il a publié sa première directive sur les interventions en santé publique, a choisi d'examiner les interventions concernant l'arrêt du tabac, pour lesquelles les données et les raisons d'intervenir étaient bien étayées.

Améliorer la communication entre chercheurs et décideurs

Une autre question porte sur les moyens d'améliorer la communication entre chercheurs et décideurs (53). Il ne s'agit pas simplement de faire en sorte que les dernières données disponibles soient portées à la connaissance des décideurs. La diffusion passive de directives et d'informations sur les interventions en santé de la population ne suffit pas pour faciliter le changement. Il faut des échanges multiples et continus entre les différentes parties prenantes. En outre, les messages doivent être suivis d'effet et inspirer l'action, formulée dans un langage accessible aux différents publics cibles. Le changement peut prendre du temps ; le fait de savoir entraîne rarement un changement immédiat. En général, les différents acteurs prennent connaissance des choses et s'ouvrent aux nouvelles idées progressivement.

Malheureusement, chercheurs et décideurs, souvent, ne parlent pas le même langage et se méfient les uns des autres (54). Des courtiers du savoir, c'est-à-dire des personnes qui comprennent les données scientifiques mais sont à l'aise dans un environnement décisionnel, peuvent ici jouer un rôle (55). Ils peuvent aider à traduire les rapports universitaires en un bref message pertinent pour les décideurs et à faire en sorte que ces derniers demandent des recherches réalistes. L'évaluation reste limitée (56), bien que l'on puisse observer des exemples de changement de politique, ce qui montre là encore que le rythme du changement peut être lent en raison de la nécessité d'un dialogue itératif (57).

Moyennant une formation appropriée, le personnel d'organisations internationales telles que l'OMS pourrait fort bien jouer le rôle de courtier du savoir. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, par exemple, pourrait lui aussi jouer un rôle et faire en sorte que les hauts responsables de la politique et les chercheurs débattent ensemble des questions dans le cadre d'un processus de concertation et apportent conseils et soutien pour la mise en œuvre au niveau local. D'autres réseaux internationaux, dont peut-être le Réseau européen d'évaluation des technologies de santé, s'ils restent opérationnels, pourraient dans l'avenir étendre leur mission et demander, entreprendre et partager des revues systématiques de l'efficacité et de la rentabilité de diverses stratégies pour répondre aux besoins des pays ayant des moyens limités.

Cibler les messages sur les décideurs de différents secteurs

Les effets sur la santé de mesures élaborées et mises en œuvre en dehors du secteur de la santé sont parfois mal connus. Des enquêtes menées auprès des

fonctionnaires, au Canada et en Nouvelle-Zélande, indiquent que ceux-ci souhaitent avoir des informations pratiques sur les interventions efficaces en santé de la population (58, 59). Ils manquaient en effet de connaissances, malgré la publication des principaux documents d'orientation sur les déterminants socioéconomiques de la mauvaise santé et la promotion de la santé de la population.

Les fonctionnaires du secteur des finances avaient beaucoup moins de chances d'être influencés par l'effet des mesures sur la santé que par leurs effets économiques. Inversement, ceux du secteur de la santé et des autres secteurs ne se rendaient pas compte de l'importance qu'il y avait à examiner les effets économiques des mesures. La mise en lumière des avantages macroéconomiques peut donner l'occasion d'inciter des secteurs à soutenir l'investissement dans des stratégies de santé de la population.

Un autre moyen de promouvoir la sensibilisation peut être de formaliser le recours à l'évaluation de l'impact sanitaire des interventions dans différents secteurs. Par exemple, on pourrait demander aux fonctionnaires d'examiner les effets sur la santé d'une nouvelle piste d'atterrissage des avions, de mesures d'apaisement du trafic ou de régénération économique. De leur côté, les décideurs qui élaborent des mesures concernant la santé de la population pourraient en évaluer avec prudence les principaux effets non sanitaires.

Plusieurs pays européens à haut revenu ont procédé à des évaluations de l'impact sanitaire, principalement au niveau local. Il est toutefois difficile de dire dans quelle mesure cela a facilité un changement de politique. Selon une revue de l'efficacité de ces évaluations (60) un obstacle au succès peut tenir au fait que ceux qui les préconisent ne connaissent pas les problèmes des secteurs non sanitaires, et un facteur clé du succès peut être d'assurer de bonnes liaisons avec les décideurs, d'institutionnaliser le processus d'évaluation avec les organes décisionnels, étant donné l'absence de normes communément admises.

Cibles, suivi et évaluation

Il peut être utile aussi d'investir dans des systèmes pour suivre et évaluer la mise en œuvre et mesurer l'impact à long terme des interventions sur l'état de santé de la population. Une approche consiste à utiliser explicitement des repères ou des cibles liés à la santé de la population. On pourrait fixer des cibles communes aux différents ministères et suivre les progrès accomplis pour les atteindre. La publicité négative des échecs peut être une incitation puissante à agir.

En Angleterre, par exemple, le ministère des Finances a procédé avec 18 administrations et organismes publics à une revue transversale des inégalités en matière de santé, qui a débouché sur un programme national d'action comportant 12 indicateurs clés et 82 engagements de s'attaquer aux inégalités en matière de santé et de promouvoir la bonne santé (61), (Encadré 5).

Encadré 5. Indicateurs clés interministériels pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé en Angleterre

Taux de mortalité due aux principales causes (cancer et maladies cardiaques)

Taux de conception chez les jeunes de moins de 18 ans

Taux d'accidents corporels de la circulation dans les communautés défavorisées

Nombre de professionnels de soins primaires

Couverture vaccinale de la grippe

Usage du tabac chez les personnes exerçant un métier manuel et chez les femmes enceintes

Niveau d'instruction

Consommation de fruits et légumes

Proportion de logements inférieurs aux normes

Éducation physique et sport à l'école

Enfants dans la pauvreté

Familles sans abri en hébergement temporaire

Les cibles n'ont donné lieu qu'à une évaluation d'impact limitée. Elles n'ont de chances de faire une différence que si elles sont suffisamment concrètes pour être mesurées et suffisamment réalistes pour être atteintes dans un délai déterminé (62). Il semble jusqu'à présent qu'en Europe on ait fixé des cibles pour inspirer ou stimuler le débat et non pour assurer la mise en œuvre d'une politique de santé de la population (48).

En Suède, lorsque 11 objectifs de santé publique axés sur les déterminants de santé ont été publiés en 2003, ils n'étaient pas suffisamment explicites pour être mesurés ; en outre, aucun délai n'avait été fixé pour les atteindre (63). Étant donné la nécessité d'une action intersectorielle, il aurait été politiquement difficile de parvenir à un consensus sur des objectifs plus précis. Trente huit indicateurs détaillés élaborés par la suite par l'Institut national suédois de santé publique, qui est l'organe chargé de suivre les progrès vers la réalisation des objectifs, aideront peut-être à trouver une solution.

Résumé

La charge de morbidité en Europe a des coûts sanitaires et socioéconomiques élevés, dont une bonne partie pourrait être évitée par la mise en œuvre de stratégies efficaces en matière de santé de la population. De plus, une base de données de plus en plus fournie indique que nombre de ces interventions seraient considérées comme extrêmement rentables dans de nombreux pays. Or, l'investissement dans des stratégies de santé de la population apparaît modeste.

Les stratégies de promotion de la santé devraient comprendre des interventions en amont ciblant les facteurs de risque pour la santé ; elles seraient financées et menées pour la plupart en dehors du système de santé. Il est important de faire un meilleur usage des revues systématiques existantes des données factuelles et d'investir des ressources pour les développer, et d'examiner en particulier comment mieux connaître les effets des interventions en amont. L'évaluation économique, qui compare les gains sanitaires et non sanitaires des interventions avec les ressources nécessaires pour les mener, peut apporter des arguments en faveur de l'investissement.

Un moyen de renforcer la base de données factuelles est d'étendre le champ d'action des organismes qui effectuent des évaluations des technologies de santé. Cela ne sera pas possible dans tous les contextes et dépendra étroitement des moyens de recherche locaux. La collaboration avec des partenaires internationaux pour adapter les résultats des évaluations existantes au contexte de certains pays fait partie des autres approches possibles.

Divers arrangements en matière de gouvernance peuvent aider à faire en sorte que des ressources soient allouées à la santé de la population et que les actions soient coordonnées entre les secteurs. On pourrait, par exemple, envisager de mettre en place un ministère autonome de la santé de la population, des structures interministérielles ou des mécanismes permettant le travail en partenariat et la budgétisation commune.

Il y a peu de chances que l'investissement dans des mesures destinées à renforcer la base de données factuelles sur les interventions efficaces et rentables en santé de la population suffise à induire des changements. Pour rendre la mise en œuvre plus efficace, il faudra améliorer la communication entre chercheurs et décideurs et faire prendre conscience à ces derniers des effets de toute politique sur la santé. Des outils tels que l'évaluation de l'impact sanitaire pourraient avoir un rôle à jouer. Des mécanismes visant à suivre la mise en œuvre dans les différents secteurs pourraient contribuer à faciliter le changement ; et des cibles explicites mesurables, dans les différents secteurs, sur les objectifs en matière de santé de la population, constitueraient une incitation supplémentaire à agir.

Références

1. European Health for All Database [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, consultée le 30 avril 2008).
2. *Global burden of disease estimates*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, consultée le 21 avril 2008).
3. Leal J et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*, 2006, 27:1610–1619.
4. Emery C et al. Évaluation du coût associé à l'obésité en France. *La Presse Médicale*, 2007, 36:832–840.
5. Allender S, Rayner M. The burden of overweight and obesity-related ill health in the UK. *Obesity Reviews*, 2007, 8:467–473.
6. Odegaard K et al. The Swedish cost burden of overweight and obesity – evaluated with the PAR approach and a statistical modelling approach. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2008, 3(Suppl 1):51–57.
7. Sobocki P et al. Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2006, 9:87–98.
8. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 1997, 27:861–873.
9. Jarl J et al. The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *European Journal of Health Economics*, 2007 (Epub ahead of print).
10. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006.
11. *Preventing road traffic injury: a public health perspective*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/TRT/injuries/20040326_2, consultée le 21 avril 2008).
12. McDaid D, Kennelly B. The case for suicide prevention: an economic perspective. In: Wasserman D, Wasserman C, eds. *The Oxford textbook of suicidology – the five continents perspective*. Oxford, Oxford University Press, in press.
13. Korda RJ, Butler JR. Effect of healthcare on mortality: trends in avoidable mortality in Australia and comparisons with western Europe. *Public Health*, 2006, 120:95–105.
14. Treurniet HF, Boshuizen HC, Harteloh PP. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:290–295.
15. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, 2003, 327:1129.
16. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, consultée le 2 mai 2008).
17. Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2006.
18. McDaid D, Needle J. *Economic evaluation and public health: mapping the literature*. Cardiff, Welsh Assembly Government, 2006.
19. Suhrcke M et al. The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*, 2006, 120:994–1001.
20. *Eco-santé OCDE*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2007.
21. Ockene JK et al. Integrating evidence-based clinical and community strategies to improve health. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32:244–252.
22. Waters E et al. Evidence synthesis, upstream determinants and health inequalities: the role of a proposed new Cochrane Public Health Review Group. *European Journal of Public Health*, 2008:doi:10.1093/eurpub/ckm127.

23. Higgins JPT, Green S, eds. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.0.0*. Oxford, Cochrane Collaboration, 2008 (<http://www.cochrane.org/resources/handbook>, accessed 21 April 2008).
24. Wanless D. *Securing good health for the whole population*. London, The Stationery Office, 2004.
25. Hills D et al. *The evaluation of the Big Lottery Fund Healthy Living Centres Programme*. London, Big Lottery Fund, 2007.
26. Drummond M et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 2005.
27. Briggs AH, Schulpher MJ, Claxton K. *Modelling methods for health economic evaluation*. Oxford, Oxford University Press, 2006.
28. Hale J. What contribution can health economics make to health promotion? *Health Promotion International*, 2000, 15:341–348.
29. Kelly MP et al. *Economic appraisal of public health interventions*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
30. Drummond M et al. *Assessing the challenges of applying standard methods of economic evaluation to public health*. York, Public Health Research Consortium, University of York, 2007.
31. Shemilt I et al. A national evaluation of school breakfast clubs: evidence from a cluster randomized controlled trial and an observational analysis. *Child Care and Health Development*, 2004, 30:413–427.
32. Murphy JM. Breakfast and learning: an updated review. *Current Nutrition and Food Science*, 2007, 3:3–36.
33. Rush B, Shiell A, Hawe P. A census of economic evaluations in health promotion. *Health Education Research*, 2004, 19:707–719.
34. *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention*. Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2004.
35. Drummond M, Chevat C, Lothgren M. Do we fully understand the economic value of vaccines? *Vaccine*, 2007, 25:5945–5957.
36. Schwappach DLB, Boluarte TA, Suhrcke M. The economics of primary prevention of cardiovascular disease – a systematic review of economic evaluations. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2007, 5:5.
37. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 2008, 8:20.
38. Guria J. An economic evaluation of incremental resources to road safety programmes in New Zealand. *Accident Analysis and Prevention*, 1999, 31:91–99.
39. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: update VI 2000–2004. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47:1051–1058.
40. Wang PS et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:1401–1411.
41. *The public health guidance development process. An overview for stakeholders including public health practitioners, policy makers and the public*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.
42. Sheldon TA et al. What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. *British Medical Journal*, 2004, 329:999.

43. Boulenger S et al. Can economic evaluations be made more transferable? *European Journal of Health Economics*, 2005, 6:334–346.
44. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2003, 1:8.
45. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*, 2007, 84:75–88.
46. *Document d'information sur le budget des dépenses et la planification axée sur les résultats*. Ottawa, ministère de la Promotion de la santé, 2008.
47. Government of Denmark. *Healthy throughout life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010*. Copenhagen, Ministry of the Interior and Health, 2002 (<http://www.folkesundhed.dk/page198.aspx>, accessed 21 April 2008).
48. Allin SM et al. *Prendre des décisions en matière de santé publique: une étude de huit pays*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118_7?language=French, consultée le 2 mai 2008).
49. Hultberg EL, Lonnroth K, Allebeck P. Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy*, 2003, 64:143–152.
50. Hultberg EL et al. Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health and Social Care in the Community*, 2005, 13:531–541.
51. Claxton KP, Schulpher MJ, Culyer AJ. *Mark versus Luke? Appropriate methods for the evaluation of public health interventions*. York, Centre for Health Economics, University of York, 2007 (CHE Research Paper 31).
52. Corporate healthcare: employee assistance programmes [web site]. Kent, AXA PPP Healthcare, 2008 (http://www.axapphealthcare.co.uk/body/html/corporate/products/employee_support/employee_assistance/employee_assistance.jhtml, accessed 21 April 2008).
53. Lavis JN et al. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 2003, 81:221–248.
54. Innvaer S et al. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002, 7:232–244.
55. Lomas J. The in-between world of knowledge brokering. *British Medical Journal*, 2007, 334:129–132.
56. Mitton C et al. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly*, 2007, 85:729–768.
57. van Kammen J et al. Technology assessment and knowledge brokering: the case of assisted reproduction in the Netherlands. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2006, 22:302–306.
58. Lavis JN et al. Do Canadian civil servants care about the health of populations? *American Journal of Public Health*, 2003, 93:658–663.
59. Gauld R et al. Conceptions and uses of public health ideas by New Zealand government policymakers: report on a five-agency survey. *Public Health*, 2006, 120:283–289.
60. Davenport C, Mathers J, Parry J. Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:196–201.
61. Department of Health. *Tackling health inequalities: a programme for action*. London, Department of Health, 2003.
62. van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. I. Lessons learned. *Health Policy*, 2000, 53:1–11.
63. Lager A, Guldbbrandsson K, Fossum B. The chance of Sweden's public health targets making a difference. *Health Policy*, 2007, 80:413–421.

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhague Ø,
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

La présente publication fait partie de la série de synthèses élaborées conjointement par le Réseau des bases factuelles en santé et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Destinée principalement aux responsables politiques en quête de communications inspirant l'action, cette série de synthèses aborde des questions du type : y a-t-il un problème et pourquoi ; que sait-on des conséquences probables liées à l'adoption de stratégies spécifiques en vue d'appréhender le problème et comment, en prenant dûment en compte les considérations relatives à la mise en œuvre des politiques, ces stratégies peuvent-elles être combinées pour constituer des options politiques réalisables.

Cette série, qui développe les rapports de synthèse du Réseau et les synthèses de l'Observatoire, se fonde sur un examen et une évaluation rigoureux des bases factuelles disponibles grâce à la recherche, ainsi que sur une appréciation de leur pertinence dans les contextes européens. Ces synthèses n'ont pas pour objectif de proposer des modèles idéaux ou de préconiser des approches mais visent, par la synthèse de bases factuelles essentielles et leur interprétation en termes de pertinence au regard de la politique, à communiquer des messages à propos des choix de politique éventuels.

Le **Réseau des bases factuelles** en santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe constitue une source fiable d'informations factuelles à l'adresse des responsables politiques des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Il fournit en temps opportun des réponses à des questions politiques dans le domaine de la santé publique, des soins de santé et des systèmes de santé, et ce sous forme de rapports fondés sur des bases factuelles, de synthèses, de résumés ou de notes, et propose sur son site Web un accès facile à des bases factuelles et à des informations en provenance d'un certain nombre de sites Web, de bases de données et de documents (<http://www.euro.who.int/HEN?language=French>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et promeut l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles, à la faveur d'une analyse approfondie et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il rassemble un large éventail de décideurs politiques, d'universitaires et de praticiens pour analyser les tendances de la réforme des systèmes de santé, et ce en exploitant l'expérience acquise dans toute l'Europe pour faire la lumière sur les questions de politique. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site Web (<http://www.euro.who.int/observatory>).