

PEUT-ON QUANTIFIER LES BESOINS DE SANTÉ ?

Chantal CASES et Dominique BAUBEAU

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Drees

*En santé publique,
les « besoins de santé »
peuvent être définis comme l'écart
entre un état de santé constaté
et un état de santé souhaité
par la collectivité
ou les pouvoirs publics.
La question la plus difficile,
soulevée pour la quantification
des besoins de santé,
réside dans la référence
à choisir comme norme
d'état de santé souhaité.
Ce dernier, variable dans le temps
et dans l'espace, diffère selon
les situations démographiques
et économiques des collectivités
qui doivent le définir.
La quantification des besoins de santé
« ne va pas de soi »
et n'est pas uniquement
de nature technique et scientifique.
Elle nécessite de travailler
sur divers jeux d'indicateurs
et d'en confronter les résultats,
ainsi que d'en débattre
avec l'ensemble des acteurs.
Finalement, énoncer les besoins de santé
relève aussi de choix politiques,
éthiques et philosophiques.*

Les « besoins de santé de la population » constituent, de plus en plus, une référence des politiques d'organisation des soins et des textes réglementaires en matière de santé. Ainsi la loi hospitalière de 1991 prévoit que « la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé » et précise même que la planification sanitaire s'organise « sur la base d'une mesure des besoins de la population ».

Les ordonnances de 1996 instaurent des conférences nationales et régionales de santé qui doivent « analyser [...] l'évolution des besoins de santé [...] de la population ». La loi de mars 2002 sur le droit des malades réaffirme cette nécessité, dans des termes presque équivalents, en confiant l'analyse de l'évolution des besoins de santé à la conférence nationale de santé ainsi qu'aux conseils régionaux de santé.

De même, les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de la première et deuxième génération, mais surtout ceux de la troisième génération actuellement en cours de préparation, mettent en exergue cette référence à des besoins de santé identifiés. Ainsi, l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui réforme la planification sanitaire, précise dans son article 5 que « le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante ».

Enfin, la future loi quinquennale de santé publique s'appuiera sur de grands objectifs de santé. Pour l'élaborer, des consultations ont été engagées à différents niveaux afin de s'accorder « sur un état des lieux sur les principaux problèmes de santé, les facteurs de risques, les déterminants et les actions engagées ou à engager ». Les textes officiels sont loin d'être les seuls à se référer à des besoins de santé. Professionnels, usagers, mettent également ces besoins au premier plan de leurs demandes et de leurs argumentations. Mais quels besoins ? De santé, voire de bien-être ? De soins ? Et comment les appréhender ?

QU'EST-CE QUE LES BESOINS DE SANTÉ ?

En santé publique, les « besoins » de santé peuvent être définis comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou ses représentants. Quantifier les besoins de santé suppose donc, en toute rigueur, de mesurer l'état de santé, ce qui pose le problème de nos instruments de mesure en santé publique, et de définir et quantifier un état de santé souhaité, ce qui implique l'établissement de références. Ces deux mesures, ainsi que les concepts sur lesquels elles reposent, posent chacune des problèmes spécifiques. On peut aussi estimer directement les besoins à partir de l'expression des usagers ou des professionnels ou de la mesure des consommations, mais ces approches présentent d'autres écueils.

Quelle norme pour l'état de santé souhaité ?

La question la plus difficile pour la quantification des besoins de santé est certainement la référence à choisir comme norme d'état de santé souhaité. Cet état de santé souhaité est, bien entendu, largement variable dans le temps et l'espace. Il diffère selon les situations démographiques et économiques des collectivités qui doivent le définir, ainsi que selon leurs références culturelles ou religieuses. Par exemple, selon les cultures, l'obésité peut être vue comme un signe positif ou comme un problème de santé. L'approche des besoins dépend aussi du point de vue adopté, ce qui pose le problème de la participation de la population à la définition des priorités et du niveau de perception du problème. A quoi servirait de demander à des experts de bâtir une analyse scientifique sans faille, mais impossible à mettre en œuvre dans la politique de santé, faute d'appropriation par les acteurs ? A cet égard, la Suède a établi notamment des priorités de santé claires et consensuelles en associant à la réflexion les usagers et les acteurs du système¹.

L'état de santé souhaité peut être défini de manière absolue ou relative. Dans le premier cas, on peut par exemple songer à s'appuyer sur des dires d'experts. Dans le second cas, on peut, par exemple, travailler par comparaison avec des zones géographiques comparables.

Une norme théorique à dire d'experts ?

Une première possibilité est de définir une norme théorique, en faisant intervenir des experts (du domaine de la santé, des institutions, ou bien de la politique, ...). Ce type de norme, par construction idéal-

liste, risque de fixer un objectif très ambitieux, et par nature dépendant du type d'expert choisi, même si l'on peut envisager d'utiliser des méthodes spécifiques (de type Delphi ou autres) destinées à élaborer un consensus. Un exemple récent en a été donné sur la faible diffusion des prothèses auditives², où une analyse sociologique révèle un « conflit de valeurs » entre les préconisations des professionnels de santé qui cherchent systématiquement à lutter contre la surdité et les souhaits d'une part significative des patients qui préfèrent gérer cette déficience qui leur offre aussi

ENCADRÉ 1 ●

LES BESOINS PLUTÔT QUALIFIÉS QUE QUANTIFIÉS DANS LES SROS JUSQU'À PRÉSENT

Dans la pratique, la mise en œuvre de la planification sanitaire, en particulier à travers les SROS, s'est davantage appuyée sur un repérage et une qualification des besoins que sur leur quantification. Ainsi, l'analyse des premiers SROS a montré que « les données sur l'état de santé ont peu ou pas servi à adapter l'offre de soins »¹, même si elles étaient régulièrement présentées pour illustrer l'analyse des besoins.

La situation n'est pas réellement différente pour les programmes régionaux de santé. Certains d'entre eux s'appuient sur des indicateurs chiffrés, généralement de mortalité, comparant la situation d'une région à la moyenne nationale, pour justifier le choix de telle ou telle priorité de santé. Généralement, des objectifs quantifiés sont précisés pour les thèmes retenus comme prioritaires dans les programmes. Mais on ne trouve pas ou peu de véritable mesure quantitative des besoins de santé. Cette absence est également générale dans les SROS qui citent toutefois la satisfaction des besoins de santé comme l'objectif essentiel. Le bilan effectué en 1999² par la direction des hôpitaux indique ainsi que : « les SROS de 2ème génération ont une approche plus qualitative que quantitative ».

On est donc généralement bien loin d'une mesure systématique des besoins de santé qui orienterait totalement une stratégie d'action. Le rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires³ a travaillé dans le même esprit : des analyses quantitatives sur le vieillissement de la population, l'évolution des causes de mortalité et de la morbidité pour quelques grandes pathologies permettent de définir, non pas des besoins de santé, mais de « nouveaux besoins, nouvelles demandes » présentées en tendance et de manière largement qualitative. Même sans quantification précise, les indications données par le rapport sont néanmoins fort utiles pour imaginer l'allure de l'évolution des besoins de soins en 2020. Les travaux en cours de lancement pour la préparation des SROS de troisième génération envisagent, comme le prévoit le texte, des évaluations des besoins mais il est encore trop tôt pour en connaître la forme.

1 - B. Basset et A. Lopez, « la planification sanitaire, méthodes et enjeux », éditions ENSP, 1997.

2 - Direction des hôpitaux, « La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire », novembre 1999.

3 - « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? » Ministère de l'emploi et de la solidarité, DATAR, CREDES, la documentation française, 2000.

1 - DURAND-ZALEVSKI I., HAZARD S., JOLLY D., VEDEL I. : « Le choix des soins garantis par l'assurance maladie obligatoire : problématique » *Les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé*, 1999.

2 - BRETON-LEFEVRE M., NAIDITCH M., « compensation des déficiences et usages sociaux : le cas de l'audio prothèse », ADSP, juin 2002.

le choix de «ne pas entendre», voire revendiquent une culture qui leur est propre...

Une norme définie par comparaison à des territoires comparables ?

Dans l'analyse territoriale des états de santé, on utilise souvent la méthode comparative³. La moyenne observée dans la région ou la moyenne pour la France joue souvent ce rôle normatif ; plus rarement on se compare à la zone ayant les résultats les plus favorables. Ainsi, on compare des taux de mortalité (en général standardisés par sexe et âge de la population) pour telle ou telle cause à celui des zones voisines, ou à celui de l'ensemble du pays. Si ces éléments permettent de réfléchir en termes d'inégalités territoriales, et à en rechercher les causes possibles à travers l'éventail des déterminants de santé possibles, on voit bien qu'il ne s'agit pas réellement d'une approche satisfaisante pour servir de référence. En quoi, par exemple, la mortalité provoquée par l'alcool en moyenne en France, ou même dans la région où elle est la plus faible, serait-elle un optimum, lorsque l'on connaît la position de la France en Europe sur cet indicateur ? Et en quoi la donnée européenne serait-elle elle-même un optimum ? Il faut noter que la référence européenne en matière d'indicateurs de santé est naturellement amenée à se développer au moment où divers projets d'élaboration d'indicateurs et d'outils statistiques se mettent en place sous l'égide de la Commission européenne⁴ et Eurostat.

Si la méthode comparative n'est pas totalement satisfaisante, elle peut cependant apporter des éléments de réflexion. Tout comme la comparaison des cartes de mortalité et de celles de quelques déterminants de santé peut permettre de formuler des hypothèses explicatives et inspirer des politiques, la comparaison géographique d'indicateurs d'état de santé et de l'offre de soins peut permettre de détecter des dysfonctionnements à corriger, des inégalités entre territoires, et de susciter de nouvelles questions. Ainsi le Canada surveille-t-il les disparités des taux d'hospitalisation pour pneumonie et grippe, ces deux affections pouvant être prévenues par la vaccination, et la Grande-Bretagne celles du taux de grossesse chez les adolescentes de 13-15 ans, à prévenir par l'éducation et l'accès à la contraception.

Ces questions touchant à l'analyse de l'équité entre régions ont fait, en France, l'objet de multiples approfondissements théoriques et pratiques, en particulier à la suite des ordonnances de 1996, qui instaurent un processus de concertation portant à la fois un processus de concertation sur les priorités en matière de politique de santé et sur la répartition des ressources. Le Haut Comité de la Santé Publique a ainsi proposé différents scénarios de préconisations sur une allocation régionale des ressources permettant de réduire les inégalités de santé⁵.

Ces scénarios diffèrent en particulier, selon la méthode d'appréciation des besoins : soit ceux-ci sont estimés uniquement à partir de la consommation de soins par tranche d'âge, soit à partir de la structure d'âge pondérée par un indice relatif de mortalité. Les auteurs insistent en conclusion sur le rôle joué par les considérations philosophiques et éthiques (conceptions de la santé et de l'équité) dans le choix des solutions à effectuer. À l'occasion de la préparation de la conférence régionale de santé de 1998 en Provence, Alpes, Côte d'azur, l'INSERM et l'observatoire régional de la santé ont publié une réflexion sur les concepts sous-jacents de l'équité⁶. Leur rapport propose, au delà de la mesure des écarts d'état de santé observés pour différentes catégories de population à âge comparable, d'analyser en complément les écarts observés dans l'accès aux soins (qui relève essentiellement des caractéristiques de l'offre), ceux portant sur l'utilisation du système de soins (qui fait intervenir les comportements de demande) ainsi que leurs effets, c'est à dire les différences de volume de soins consommés et de dépenses. Ainsi l'analyse des inégalités géographiques apparaît assez complexe.

Il apparaît qu'il n'est pas si simple d'analyser les inégalités géographiques.

Quelles mesures pour l'état de santé constaté ?

En France, nos instruments de mesure de l'état de santé sont essentiellement de nature épidémiologique (mortalité, morbidité, données issues de l'offre de soins comme celles du PMSI), et privilégient un modèle très biomédical de représentation de la santé fondé sur la mesure des maladies.

3 - D'après la terminologie de Bradshaw, « The concept of social need », 1972.

4 - HCSP, « Information en santé : développements européens », ADSP n°42, 2003.

5 - « Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé », rapport du HCSP coordonné par SAILLY Jean-Claude, 1998, éditions ENSP.

6 - PERRIN Vincent, OBADIA Yolande et MOATTI Jean-Paul : « Systèmes et états de santé : l'équité introuvable ? », *Économie publique*, 1998/2.

Les indicateurs de mortalité, on l'a vu, sont les principales données utilisées pour illustrer les besoins de santé au niveau régional. Cependant, ces indicateurs n'ont de sens que pour les pathologies graves. Il suffit de comparer le classement des causes de mortalité et celui résultant des estimations en années de vie perdues, ou des principales causes de morbidité, pour illustrer cette évidence. Le rang de classement des maladies infectieuses ou des problèmes de santé mentale diffère bien entendu notablement selon l'indicateur utilisé. Il reste que l'analyse territoriale fine des indicateurs de mortalité ne manque pas d'intérêt en termes comparatifs, comme l'ont montré les travaux réalisés dans le tome 1 de l'Atlas de la santé en France⁷.

Des indicateurs de morbidité sont a priori préférables. Cependant, ils sont souvent partiels. Il n'existe pas réellement de recueil des prévalences des principales pathologies en population générale, sauf pour certaines sous-populations (jeunes enfants à travers les certificats de santé, enfants scolarisés à travers la mise en place d'un système d'enquête de santé scolaire). Les données concernant la morbidité sont souvent émiettées et spécialisées par pathologie (registres, enquêtes spécifiques...) Certaines enquêtes (enquête décennale santé, enquête soins et protection sociale du CREDES) donnent cependant des éléments pluriannuels basés sur la santé perçue ou des pathologies recodées à partir des déclarations et des consommations de soins des individus. Il s'agit évidemment dans ce cas d'une vision particulière des problèmes de santé, tels qu'ils sont exprimés par les individus enquêtés. Ces enquêtes ont cependant l'avantage de comporter des descriptions socio-économiques très complètes des populations, permettant de mettre en relation problèmes de santé et facteurs de risque.

Enfin, les systèmes d'information sur la morbidité sont pour partie basés sur la seule morbidité prise en charge par le système de soins. L'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques en est le meilleur exemple. Les pathologies sont alors vues à travers le prisme de la prise en charge. Lorsque l'on constate, par exemple, une forte croissance des recours aux opérations de chirurgie fonctionnelle⁸, que doit-on en conclure ? Quelle est la part, dans cette augmentation, de la croissance des prévalences des problèmes traités ? Quelle est la part due à une moins bonne acceptabilité des dysfonctionnement d'organes ou d'appareils aux grands âges ? Quelle est la part due à la meilleure capacité, technique ou physique, du système de soins à

traiter ces problèmes ?

Quoiqu'il en soit, les indicateurs de mortalité et de morbidité abordent la santé au travers de l'absence de maladies alors que dans le modèle de l'OMS, la mesure de la santé définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » comporte une analyse des variables socio-économiques, des indicateurs de mode de vie et notamment des comportements préjudiciables à la santé (consommation d'alcool, de drogues, déséquilibres nutritionnels...). Aussi de nombreux pays ayant une vision positive de la santé utilisent pour la mesurer des indicateurs de qualité de vie, de santé « perçue » et de bien-être. Le Québec et les USA en tiennent compte pour moduler l'allocation des ressources des régions ou des états, destinée aux programmes santé mentale, lutte contre l'alcool et la toxicomanie. Ils montrent que l'utilisation des services de soins au cours d'une maladie chronique dépend essentiellement de deux variables : la sévérité de la maladie et le bien-être psychosocial. Il serait donc au moins souhaitable de mieux appréhender ce facteur pour apprécier l'évolution des besoins⁹.

Finalement, on constate que la quantification des besoins de santé ne se heurte pas seulement à la difficulté de fixer une référence de santé souhaitée, mais aussi à la difficulté de quantifier l'état de santé des populations dans toutes ses dimensions, avec tous les facteurs explicatifs souhaitables dans un modèle élargi des déterminants de santé.

Peut-on évaluer les besoins de santé ?

On peut alors songer à évaluer directement des besoins. Le recours aux experts est, là encore, une solution possible, avec les mêmes limites que dans le cas de la définition d'une norme d'état de santé souhaité. On peut chercher à faire directement exprimer ces besoins par la population. Enfin, on peut utiliser des approximations plus indirectes, par exemple en se basant sur les consommations de soins observés.

Une norme basée sur les besoins ressentis ?

Il est possible de réfléchir sur les besoins de santé à partir d'une approche des besoins ressentis par la population. Il ne s'agit plus de définir un état de santé normatif, mais plutôt d'interroger directement certaines catégories de population sur leurs problèmes. Cependant, cette méthode soulève également des difficultés.

7 - SALEM G., RICAN S., JOUGLA E., « Atlas de la santé en France, tome 1 », Paris, ed. John Libbey, 1999.

8 - OBERLIN P., MOUQUET M.C., « Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène », Drees, *Études et résultats*, n°194, octobre 2002.

9 - KOVESS V. et alii : « Planification et évaluation des besoins en santé mentale », Flammarion, constitue, à cet égard, un bon exemple d'évaluation des besoins à visée de planification utilisant ce type de méthodes.

Tout d'abord, cette méthode aboutit, en pratique, à occulter systématiquement les besoins de prévention dont la demande résulte d'une approche collective de la santé publique, en général peu souvent exprimée par les individus interrogés (notamment concernant les problèmes d'addictions ou de comportements à risques). Elle manque de précision car on sait que la perception des problèmes de santé varie, à une même date, selon l'âge, mais aussi selon le milieu social.

Les troubles de la vue (réfraction), par exemple, sont nettement moins déclarés par les agriculteurs que pour la moyenne de la population, et nettement plus par les cadres supérieurs¹⁰. La perception des problèmes de santé varie également dans le temps, comme on peut le voir en comparant des résultats successifs des enquêtes santé en population générale. Il arrive également qu'il n'existe aucune réponse, sanitaire ou autre, à un besoin exprimé, comme c'est le cas, par exemple, pour certaines maladies génétiques d'apparition tardive. Notons enfin qu'un problème de santé exprimé ne se traduit pas nécessairement par un besoin de soins, ou en tout cas par un recours effectif aux soins de la part de ceux qui l'expriment, ce qui pose problème lorsqu'on veut utiliser cette approche des besoins pour planifier l'offre... Deux importantes études aux USA sur la santé mentale¹¹, par exemple, ont mis en évidence l'absence de recours au système de soins pour 80 % des sujets chez qui avait été porté un diagnostic de trouble mental. Même s'il s'agit d'un domaine particulier, ceci illustre bien la différence entre la morbidité réelle, la morbidité ressentie et la demande de prise en charge.

A cet égard, il est utile de rappeler qu'il est légitime de distinguer besoins de santé et besoins de soins. La réponse aux besoins de santé est, en effet, loin d'être seulement sanitaire, mais aussi de l'ordre de l'aménagement de l'environnement physique ou social, de l'éducation ou de la prévention, mesures qui sortent à l'évidence du champ de la planification sanitaire.

Une norme basée sur l'observation des consommations de soins ?

Enfin, les besoins de santé sont parfois assimilés à la demande effective de soins, c'est-à-dire à une consommation de soins révélée et solvabilisée. On procède alors, de fait, à une double assimilation : celle des besoins de santé aux besoins de soins et celle des

besoins de soins aux recours effectifs de soins. Cette méthode paraît contestable quant à son principe, car elle peut conduire, à l'extrême, à n'estimer des besoins que là où il y a ensuite une offre, ou bien à oublier les besoins des populations qui ne recourraient pas aux soins pour des raisons de précarité financière ou sociale. Dans la pratique, c'est pourtant la méthode la plus fréquemment utilisée. L'indice de besoins en lits d'hospitalisation, longtemps utilisé dans la carte sanitaire, en constitue un exemple extrême puisqu'il définissait l'offre très directement à partir de la consommation de soins hospitaliers (les lits occupés), avec un garde-fou évitant de trop l'augmenter.

Par ailleurs, on sait que les dépenses de santé individuelles, qui dépendent naturellement de l'âge et l'état de santé, varient aussi, toutes choses égales par ailleurs, avec la catégorie sociale, le diplôme et le revenu, la taille de la famille. De ce fait, le problème de la norme sociale et de l'équité se trouve, là encore, posé.

Cependant, il faut noter que la mesure des besoins par la consommation est parfois tout à fait adapté, dans les cas où le recours au système de soins est quasi-systématique, et permet éventuellement un retour sur l'adaptation du système de soins. Jointe à l'analyse comparative des états de santé, elle permet à tout le moins de repérer les inégalités de développement du système de soins entre régions et d'engager des actions correctrices le cas échéant. On constate ainsi en France de fortes disparités territoriales lorsque l'on analyse le pourcentage d'enfants de petit poids (moins de 2 500 g nés dans des maternités disposant du niveau d'équipements pour prendre en charge¹² les grossesses à risque.

LES BESOINS DE SANTÉ, UNE NOTION QUI EXPRIME DES PRIORITÉS COLLECTIVES

Toutes ces questions illustrent bien le caractère politique, éthique et philosophique de la définition de besoins de santé, qui reviennent à exprimer des priorités collectives. Le débat lancé autour de la définition du panier de biens et services est de même nature, même si, à l'évidence, on quitte là le registre des « besoins de santé » : distinguer ce qui relève du besoin à satisfaire, que la collectivité doit prendre en charge, et ce qui relève du besoin ressenti par l'individu mais relevant de la sphère privée.

10 - NIEL X. et alii, « les ophtalmologues : densités géographiques et tendances d'évolution à l'horizon 2020 », Drees, *Études et résultats* n° 83, septembre 2000.

11 - LOVELL A. M. : « Estimation des besoins et évaluation des interventions en santé mentale. Nouvelles approches », *revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1993, 41.

12 - BUISSON Guillemette, « État des lieux des maternités », Drees, *Études et résultats* à paraître.

Comme l'ont souligné les membres du Haut Comité de Santé Publique¹³, un « panier » de soins remboursés s'est de fait construit sans que soit réellement perceptibles ou explicites les choix stratégiques effectués à cette occasion. Concrètement, il s'est structuré plutôt à partir de l'offre des soins disponibles que sur des critères d'efficacité ou d'utilité. Selon les rédacteurs du rapport, l'enjeu de cette redéfinition du panier de biens et des services est d'en faire « l'instrument fondateur d'une politique de réduction des inégalités de santé », dans la mesure où ils élargissent la conception de la prise en charge de la maladie (et du rôle de l'assurance maladie) à celle de ses déterminants. Plusieurs pays européens ont entrepris de telles démarches d'expressions des préférences collectives (la Suède déjà citée, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, notamment). Leurs expériences ainsi que celle déjà ancienne de l'Oregon¹⁴ montrent qu'il s'agit d'un processus difficile, qui nécessite d'être adossé à des principes éthiques partagés et qui comporte de nombreux allers retours entre les acteurs du système et la population.

La quantification des besoins de santé ne va donc pas de soi, et n'est pas principalement de nature technique. L'exercice est complexe à tous points de vue, mais nécessaire pour mener à bien une politique de santé, analyser et faire des préconisations sur la répartition territoriale de l'offre de soins. Pour ce faire, il n'existe pas de méthode unique. Il est souhaitable de travailler sur divers jeux d'indicateurs (déterminants environnementaux et comportementaux de la santé, mortalité, morbidité et recours aux soins) et d'en confronter les résultats. La discussion sur les constats avec les experts, mais aussi avec l'ensemble des acteurs du système de santé et les usagers est certainement nécessaire pour établir et faire partager un diagnostic. Finalement, comme le soulignent J. Salomez et O. Lacoste¹⁵ « Il n'existe pas de besoin de santé absolu, universel, qui pourrait s'imposer au décideur, ne lui laissant que le choix de moyens, tâche néanmoins redoutable. Enoncer un besoin de santé est un véritable choix politique, éthique, philosophique qui doit s'adapter au lieu et au moment ».

13 - HCSP : « Le panier de biens et services de santé- Première approche », janvier 2000.

14 - MIDY F. : « L'expérience de l'Oregon », Credes, *Document de travail*, novembre 2000.

15 - SALOMEZ J.L. et LACOSTE O. : « Du besoin de santé au besoin de soins - La prise en compte des besoins en planification sanitaire », *Hérodote*, 1999 : 101-20.