

La réforme du système de santé en Tunisie: quelques observations à partir d'un regard extérieur

Présentation dans le cadre du Dialogue Sociétal
Kairouan, 14-16 mars 2014

François Champagne
André-Pierre Contandriopoulos



INSTITUT DE RECHERCHE
EN SANTÉ PUBLIQUE

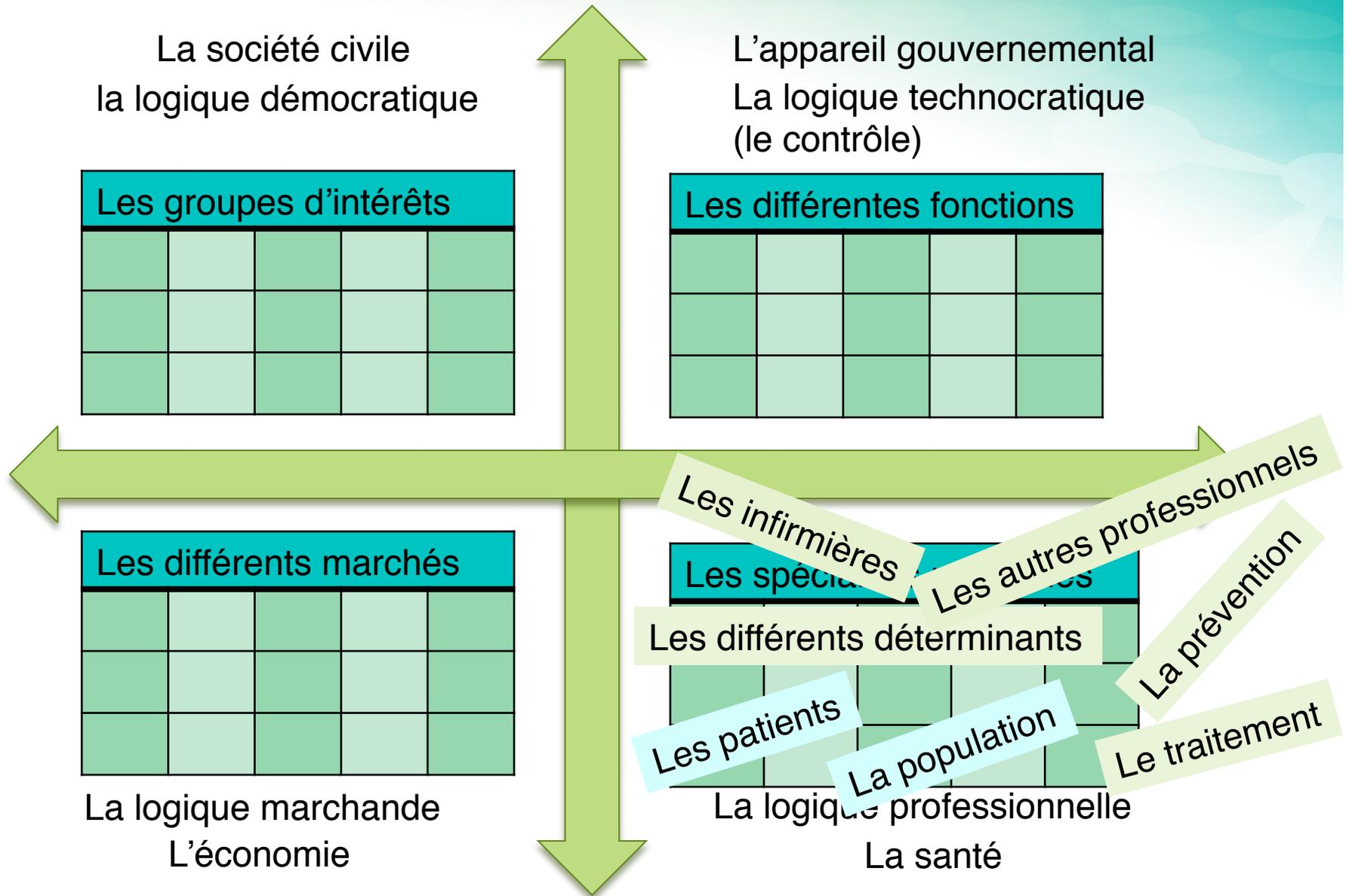
Université 
de Montréal

3 observations et 1 conclusion

- La centralité du problème de fragmentation et de la nécessité de reconstruire le système sur la base des réseaux intégrés de soins de proximité
- Les périls sous-estimés de la co-existence ses secteurs public et privé
- L'obligation de repenser la gouvernance au-delà des fonctions de planification et de contrôle dans l'ensemble des zones stratégiques du système de santé

Conclusion: pourquoi les réformes ne réussissent-elles habituellement pas et pourquoi/comment celle-ci le pourrait

1. Un système fragmenté car écartelé

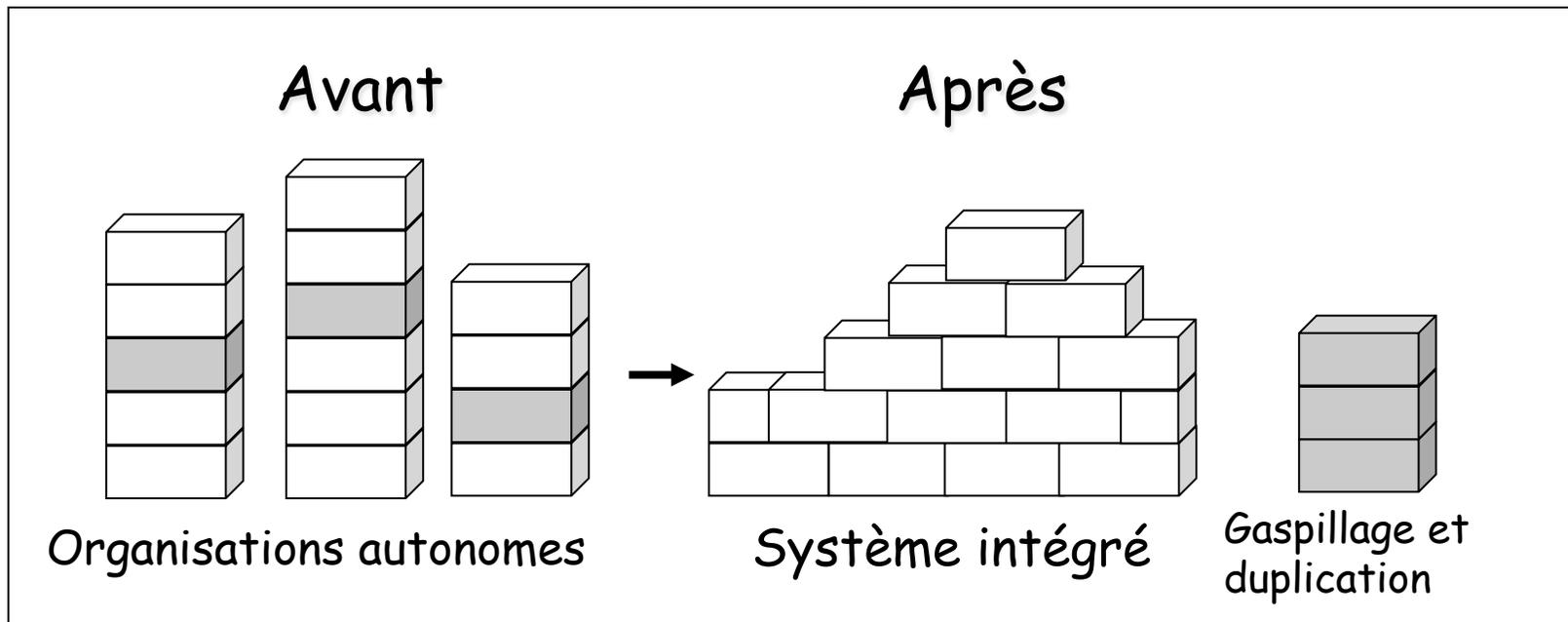


« Ce qui est sous-jacent à l'échec des systèmes de soins c'est un problème critique et sous-évalué : la fragmentation - on focalise et on agit sur des éléments sans prendre en considération leurs relations avec le système dans sa globalité. Les déséquilibres et les divisions causés par la fragmentation sont à l'origine de la croissance insoutenable des coûts du système de soins, de la mauvaise qualité et du manque d'équité. La fragmentation est au cœur de l'inefficacité des efforts désespérés qui sont faits pour promouvoir des réformes ».

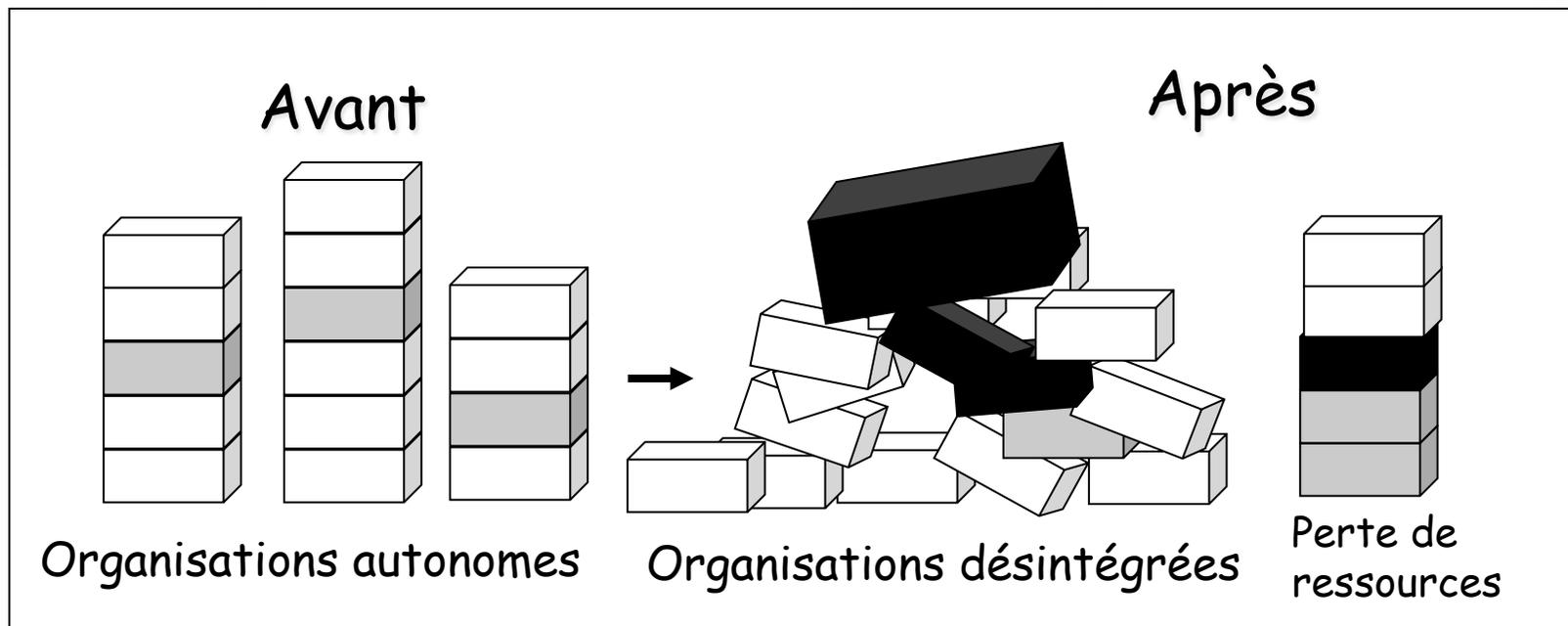
Source : Kurt Stange, Editor. *The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions*. *Annals of Family Medicine* 2009; 7 : 100-103

Underlying the current healthcare failings is a critical underappreciated problem: fragmentation—focusing and acting on the parts without adequately appreciating their relation to the evolving whole.⁸⁻¹⁰ This unbalance, this brokenness, is at the root of the more obvious healthcare crises of unsustainable cost increases, poor quality, and inequality. Fragmentation is at the heart of the ineffectiveness of our increasingly frantic efforts to nurture improvement.

La solution la plus populaire: les fusions



Le résultat le plus fréquent: la désintégration



Les autres options

- L'ajustement mutuel: la communication directe
- La standardisation des processus: ententes formelles, guides de pratique
- La standardisation des résultats
- La standardisation des valeurs

tous des mécanismes qui peuvent aider mais la solution véritable est de

- **créer sur tout le territoire des réseaux intégrés de soins de proximité responsables de répondre aux besoins de santé de leur population.**

Depuis plus de 50 ans il existe un large consensus sur le bien fondé de soins de première ligne

Alma Ata (1978)

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.

Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté.

Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

Source : OMS. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

Depuis plus de 50 ans il existe un large consensus sur le bien fondé de soins

By Mark W. Friedberg, Peter S. Hussey, and Eric C. Schneider

Conclusions fondées sur une méta analyse de 161 études sur les coûts et la qualité des soins de santé primaires.

« International comparisons between industrialized countries suggest that the populations of countries with higher ratings of “primary care orientation” experience better health outcomes and incur lower health care costs than the populations of countries with lower degrees of primary care orientation. »

Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care

ABSTRACT Despite contentious debate over the new national health care reform law, there is an emerging consensus that strengthening primary care will improve health outcomes and restrain the growth of health care spending. Policy discussions imply three general definitions of *primary care*: a specialty of medical providers, a set of functions served by a usual source of care, and an orientation of health systems. We review the empirical evidence linking each definition of *primary care* to health care quality, outcomes, and costs. The available evidence most directly supports initiatives to increase providers' ability to serve primary care functions and to reorient health systems to emphasize delivery of primary care.

HEALTH AFFAIRS 29, NO. 5 (2010): 766–772

Le réseau de proximité et sa population sont au cœur du système de soins

- La responsabilité première des réseaux de proximité est de véritablement accompagner dans le temps des être humain souffrants (biologiquement, socialement, psychologiquement), dans le respect de leurs histoires et de leurs singularités. **C'est concrètement ce que veut dire : « mettre la personne au centre du système de santé »**
- Pour exercer cette responsabilité les réseaux doivent pouvoir compter sur les ressources et les compétences qui ne sont pas disponibles localement (la médecine spécialisée, l'hôpital, les technologies de pointe, etc.)

L'implantation des réseaux de proximité impliquerait une véritable révolution culturelle: des mots pour penser différemment

Les réseaux de soins intégrés de proximité renvoient à une vision organique de l'organisation du système de soins qui est radicalement différente de celle qui est véhiculée par le concept **de soins de santé primaire** (métaphore de la pyramide, avec, tout en haut, le savoir et le pouvoir de la médecine spécialisée et de la haute technologie. Les soins primaires comme l'école primaire c'est tout en bas et un peu primaire !) et de celle **des soins de première ligne** (métaphore militaire qui implique une structure hiérarchisée commandée d'en haut – par la médecine spécialisée).

Les réseaux de proximité ont la responsabilité de l'ensemble des soins

8 fonctions:

- Accueillir
- Observer
- Diagnostiquer
- Traiter
- Orienter
- Suivre
- Pallier les conséquences des problèmes
- Prévenir

Les caractéristiques des réseaux de proximité

8 fonctions:

- Accueillir
- Observer
- Diagnostiquer
- Traiter
- Orienter
- Suivre
- Pallier les conséquences des problèmes
- Prévenir

Les clés du succès

- Confiance réciproque entre les professionnels et les personnes de la communauté.
- Responsabilité du réseau envers les huit fonctions pour une population définie (soit en donnant des services soit en s'assurant que les services sont donnés).
- Haut niveau de coopération entre tous les membres du réseau (MD, RN, autre professionnels, personnel soignants),
- Pas de ruptures entre les soins de santé, la prévention, les services sociaux..
- Adaptation aux particularités (géographiques, sociale, économiques, culturelles, etc.) de l'environnement et de la population.
- Grande diversité entre les réseaux de proximité: pas un seul modèle; le point focal pourrait être le CSB, l'HC ou même l'HR selon les caractéristiques locales

Pour implanter des réseaux de soins de proximité

Pour que l'implantation de réseaux de proximité puisse se réaliser, il faudrait qu'une large coalition d'acteurs crédibles et influents à tous les niveaux du système de soins appuie le projet de réforme. Or l'implantation des réseaux de proximité entraînera forcément des changements dans la répartition des champs de pouvoir entre les différents groupes de professionnels.

Pour que la réforme réussisse, il faudrait que les professionnels qui ont le plus de pouvoir l'appuient, or ce sont ceux qui ont le plus à perdre!

2. Les périls de la co-existence du public et du privé

- Le privé est de plus en plus important en Tunisie et accapare entre autres une proportion démesurée des fonds de la CNAM
- Sans remettre son existence en question, on ne peut réfléchir à une réforme sans considérer les conséquences qu'ont pour le système de santé Tunisien cette co-existence des secteurs public et privé

Exit et prise de parole

- Lorsqu'un système de services est défaillant, le client a 2 options
 - Se plaindre (la prise de parole)
 - Aller ailleurs (l'exit)
- Dans un système public universel de santé, le principal mécanisme d'amélioration est la prise de parole
 - Des patients, de la population et donc du monde politique
 - Des professionnels, notamment des médecins

La dégradation inexorable du système public

- Lorsqu'il y a co-existence public-privé, les patients et les médecins peuvent aller au privé
- Si les barrières financières sont élevées, l'impact sur le système public sera limité
- Si les barrières financières sont faibles, l'exit devient un mécanisme plus facile à utiliser que la prise de parole, privant ainsi le système public de son mécanisme principal d'amélioration

Une spirale d'escalade de coûts totaux et de dégradation de la qualité du système public

- Le système public se dégrade petit à petit
- Les coûts totaux de la santé sont plus élevés
- L'efficacité globale diminue car on pourrait collectivement faire plus avec moins
- Les prix au privé augmentent pour réguler la demande
- Les barrières financières augmentent réduisant l'accès et l'équité

Les conditions d'une co-existence harmonieuse

Il faut

- soit que pour éviter l'exit et la perte de prise de parole, les barrières financières soient élevées et qu'en même temps la qualité du système public soit élevée, sinon problème d'équité
- soit que les acteurs du système public (gestionnaires, médecins, autres professionnels) aient des intérêts à retenir la clientèle en améliorant la qualité même en l'absence de prise de parole

3. L'obligation de repenser la gouvernance au-delà des fonctions de planification et de contrôle

La conception, conduite et évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité

Fonctions (cibles)

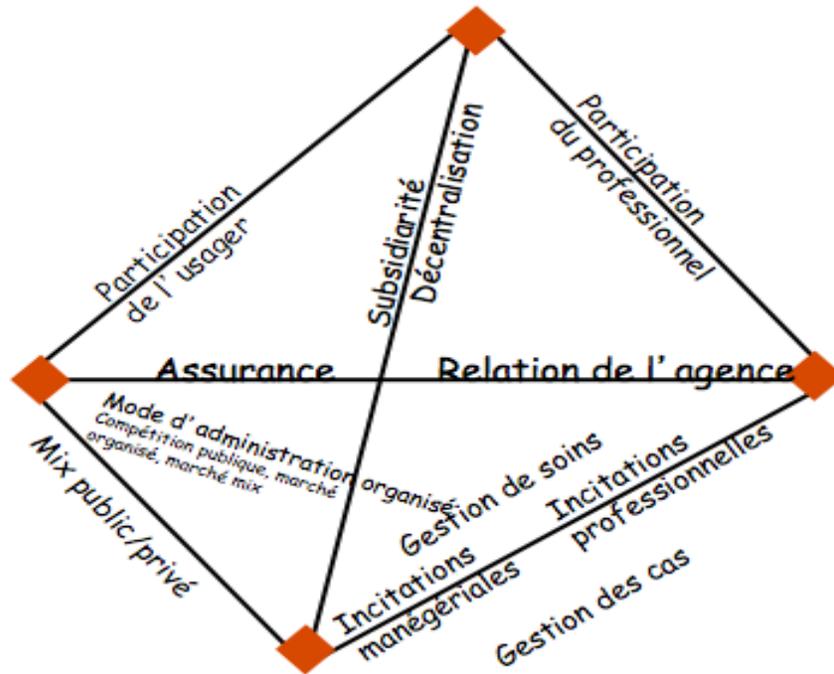
- L'orientation du système
- Les règles du jeu
 - Mode de régulation
 - Financement et allocation de ressources
 - Modes structurels
 - Modalités de gestion
- Les valeurs

PÔLE PUBLIC POLITIQUE

Régulation démocratique

PÔLE ÉTHIQUE
ET PROFESSIONNEL

Auto-régulation
professionnelle



Marché
libre

PÔLE DES CONSOMMATEURS
ET DES MARCHANDS

Technocratie

PÔLE TECHNOCRATIQUE

Les leviers de changement que la gouvernance devra mobiliser

- L'engagement des patients et des citoyens
- L'engagement des professionnels
- Le renforcement des capacités organisationnelles
- Les incitations
- Les connaissances

Gouvernance et modes de régulation

- Il faut repenser la complémentarité existante entre les différents modes de régulation du système.
- Il faut s'assurer que les logiques marchande, technocratique et professionnelle soient subordonnées à la logique démocratique pour toutes les décisions de nature macroscopique.
- Et, d'autre part, il faudrait, au niveau des relations cliniques, que la logique professionnelle puisse s'exprimer le plus librement possible à l'intérieur des espaces définis par les décisions macroscopiques.

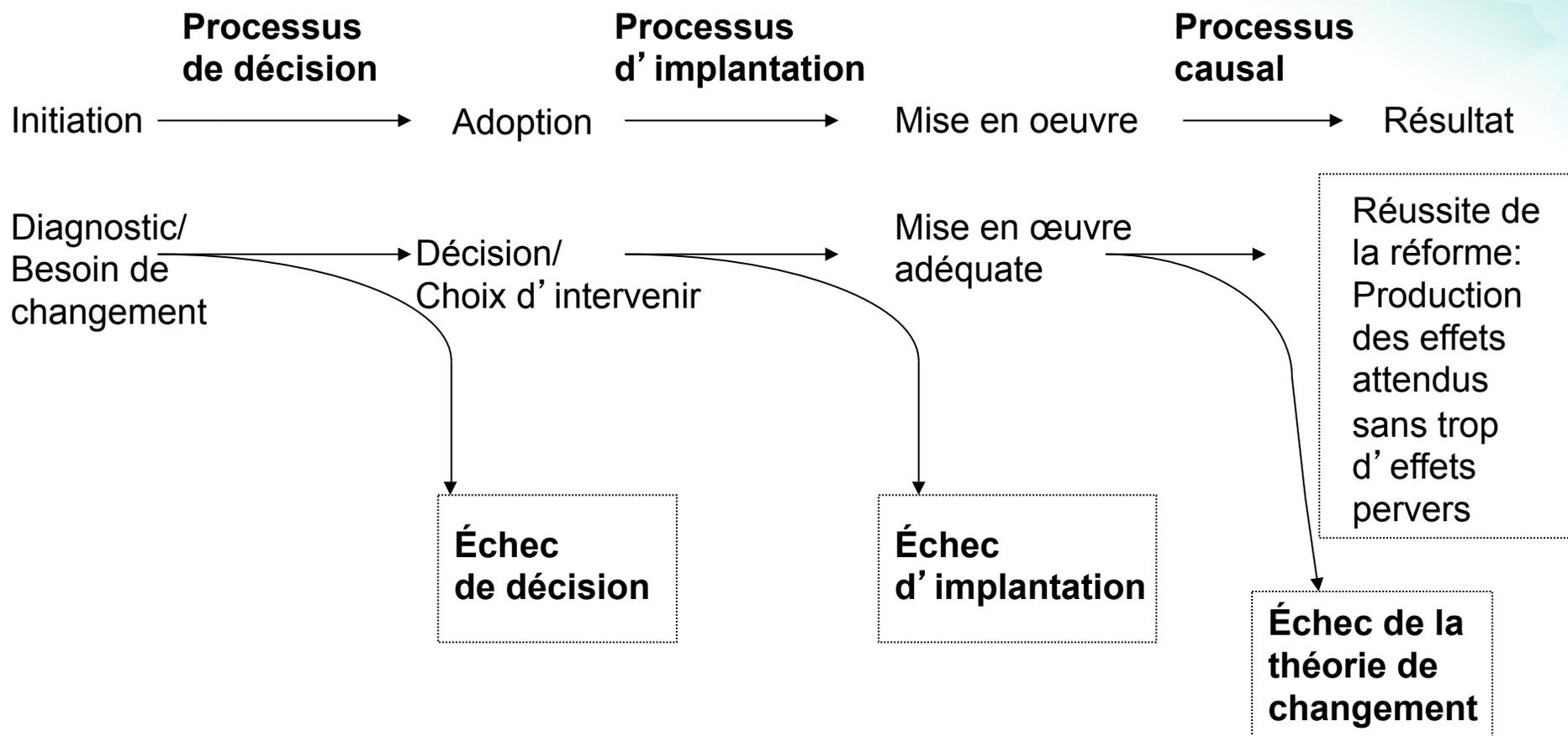
La gouvernance du système de santé et l'anomie

- Concept introduit par Durkheim pour décrire une situation sociale caractérisée par la perte ou l'effacement des valeurs (morales, civiques)
- La désintégration des normes et le recul des valeurs font que les lois et règles ne peuvent plus garantir la régulation sociale
- Il devient normal d'enfreindre les codes sociaux
- On peut présumer que dans le contexte de turbulence qu'a vécu la Tunisie ce ne serait pas surprenant qu'un certain niveau d'anomie se soit installé

- Pour Durkheim, la solution à l'anomie est politique
- L'État a un rôle central à jouer pour générer une « moralité civique »
- Il peut le faire à travers un dialogue avec la société
- Parmi les moyens de dialogue
 - Assemblées délibératives
 - La responsabilisation des corporations professionnelles

Conclusion

Les cheminements possibles des réformes



Les obstacles à l'implantation

- Les propositions de réforme sont nombreuses mais les réelles réformes sont rares
- Dans une analyse récente de 30 cas de réformes*
 - Obstacle #1: les intérêts des acteurs internes, particulièrement les médecins
 - Obstacle #2: l'opinion publique et les groupes d'intérêts de la société civile
- Interprétation: ces groupes ne sont pas toujours opposés aux réformes; mais lorsqu'ils le sont, ils sont très efficaces à les faire dérailler et les réformes sont très difficiles

* Lazar et al Paradigm Freeze 2013

Comment agir sur les acteurs

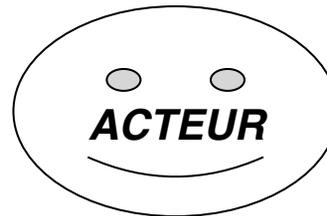
Mobiliser en permanence quatre leviers interdépendants:

Institutions
lois
règlements

OBLIGER
(Autorité)

Paiement
des acteurs,
marché,
Récompenses

INCITER
(Incitation)



CONVAINCRE
(Influence)

Formation
recherche
information
apprentissage

ENGAGER
MORALEMENT
(Normes sociales)

Éthique
morale
règles sociales
débats démocratiques

Les facteurs facilitants

Pour finir sur une note optimiste, cette même étude montre que les 2 facteurs qui facilitent le plus la mise en œuvre de réforme sont:

- Les crises fiscales: obligent les gouvernements à considérer des réformes qui pourraient être politiquement difficiles mais qui ont le potentiel d'améliorer l'efficacité et réduire les coûts
- Les changements politiques: les projets de réforme qui ont le plus de chance d'être mis en œuvre sont ceux menés par des nouveaux gouvernements qui lors de la campagne électorale ont priorisé la santé et la réforme du système de santé. Ces réformes doivent se faire vite après l'élection et donc doivent avoir été bien préparées

La porte est grande ouverte!

En résumé, si on veut une véritable réforme, il faut

- Recentrer le système sur des réseaux intégrés de soins de proximité ce qui nécessite une véritable révolution
- Introduire les incitatifs à la performance nécessaires pour une complémentarité public-privé dans la provision de soins
- Réaffirmer le rôle central de la régulation démocratique
- Faire de l'engagement des patients et des professionnels, du dialogue avec la société civile, du renforcement des capacités organisationnelles et de l'incitation les objets centraux de la gouvernance