

Transitions : nouveaux défis pour les systèmes de santé



Et soins de santé primaires : rencontres

.....
« Les problèmes d'aujourd'hui résultent des solutions d'hier¹ » : les auteurs qui ont nourri cet article montrent à quel point il est nécessaire d'innover face aux bouleversements démographiques et épidémiologiques actuels.
.....

La santé n'est plus ce qu'elle était

Un aspect crucial des difficultés rencontrées par les systèmes de santé, c'est que les problèmes de santé ont profondément changé au cours du XX^{ème} siècle : les besoins d'aujourd'hui, tout comme les moyens d'y répondre sont radicalement différents de ceux qui prévalaient par le passé.

Transition démographique

Moins de jeunes, plus de vieux, qui restent vieux plus longtemps... c'est en gros le profil actuel des pays développés, et rien n'indique qu'il changera dans les prochaines décennies.

Il n'en a pas toujours été ainsi : la démographie des pays européens a évolué en trois phases depuis le XVII^{ème} siècle. A cette époque (appelée « pré-transitionnelle »), il y avait équilibre des naissances et des décès, avec une natalité et mortalité élevées : la population était stable. Ensuite, phase de transition : la mortalité a diminué mais pas la natalité : la population a augmenté. Enfin, dans la troisième phase, la natalité en baisse a rejoint le niveau de la mortalité et la population est redevenue stable.

C'est ce qu'on appelle la transition démographique. Dans la plupart des pays développés, elle s'est achevée entre 1950 et 1970. Depuis lors ces pays se sont installés dans une situation post-transitionnelle, caractérisée par des taux de mortalité et de natalité similaires, ainsi qu'un âge moyen élevé.

Ce vieillissement a des conséquences sociales et sanitaires, notamment au niveau des systèmes de pension. Ceux-ci ont, dès les années 50, largement contribué à la disparition de la pauvreté des personnes âgées, puis à l'amélioration de leur état de santé ; mais aujourd'hui, ces progrès sont menacés, essentiellement parce que, dans le financement de ces systèmes, la part apportée par la population active diminue tandis qu'augmente² le temps de « vie pensionnée ».

Le vieillissement est un phénomène mondial qui touche également les pays en développement, où l'espérance de vie augmente d'ailleurs plus vite que dans les pays développés. Ainsi, l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance entre 1960 et 1999 a été de 12% dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), contre 76% dans les pays de l'Asie de l'Est et du Pacifique.

Denis A. Roy,
vice-président aux
Affaires scientifiques
de l'Institut national
de la santé publique
du Québec et
professeur adjoint
aux universités
de Montréal et de
Sherbrooke,
Eric Litvak,
médecin à l'Agence
de la santé et des
services sociaux
de la Montérégie
et directeur du
Laboratoire
d'expérimentation
en gestion et en
gouvernance,
Université de
Sherbrooke,
Fred Paccaud,
professeur
d'épidémiologie et
de santé publique,
université de
Lausanne, directeur
de l'Institut de
médecine sociale et
préventive, Lausanne.

Synthèse réalisée par
Marianne Prévost à
partir du livre « Des
réseaux responsables
de leur population
». Ed Le point en
administration de la
santé et des services
sociaux, Québec,
2010.

Mots clés : santé
publique, politique de
santé, démographie,
épidémiologie.

Un autre phénomène apparaît dans la structure des ménages. La fondation d'une famille intervient aujourd'hui plus tard qu'auparavant - et en même temps, la durée disponible pour la vie en couple a augmenté : une femme de 65 ans vit encore 15 ans avec un partenaire. C'est une bonne nouvelle pour la prise en charge informelle des problèmes de santé qui dépend largement de l'entourage proche. En revanche, les ménages d'une seule personne et les couples sans enfants sont plus nombreux qu'avant ; dans ces cas, la prise en charge des problèmes de santé ne repose que sur les professionnels. L'augmentation de la prise en charge des incapacités et des maladies chroniques chez les personnes isolées est l'une des origines du coût lié au vieillissement de la population.

Transition épidémiologique

Il y a aujourd'hui beaucoup plus de maladies chroniques et de décès attribuables à celles-ci. C'est lié aux changements démographiques : les personnes dépassant l'âge de 40 ans sont plus nombreuses, puisque la mortalité en bas âge a diminué (moins de maladies infectieuses, de morts violentes et de mortalité maternelle).

C'est aussi l'évolution des modes de vie qui a modifié la morbidité dans les pays développés : ainsi, la sédentarité, avant tout

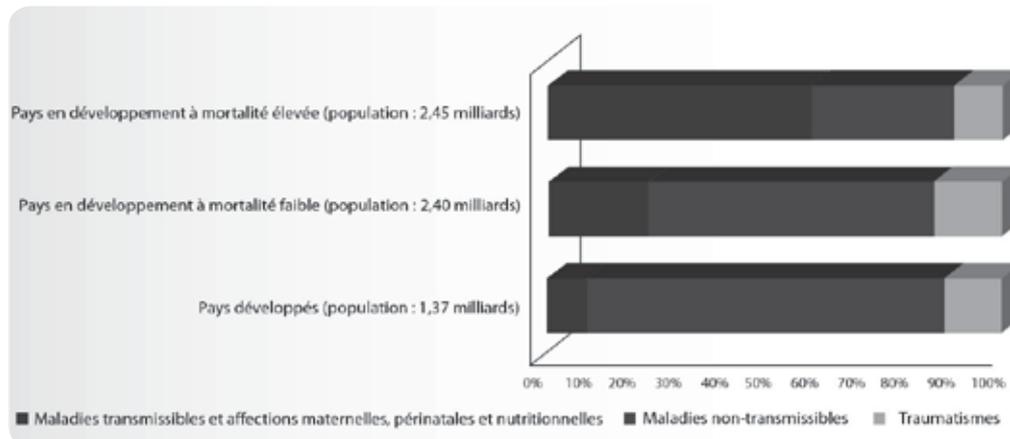
liée aux changements dans les modes de travail est devenue un facteur de risque majeur de plusieurs maladies chroniques. L'alimentation, plus abondante et plus diversifiée est aussi plus dense en énergie et plus riche en graisse d'origine animale. De même, la mécanisation puis l'industrialisation de la fabrication des cigarettes ont favorisé une commercialisation massive qui a propulsé le tabagisme au premier rang des facteurs de risque des cancers, et parmi les principaux facteurs des maladies cardiovasculaires. Ces évolutions se marquent également dans les pays en développement, même si le poids des maladies transmissibles y reste encore proportionnellement plus lourd que celui des maladies chroniques comme le montre le schéma dessous qui compare les AVCI selon le niveau de développement (les AVCI représentent la somme des années de vie perdues à cause d'un décès prématuré et des années de vie en bonne santé perdues à cause d'une incapacité).

Dans ce schéma, les états membres de l'Organisation Mondiale de la Santé ont été divisés en trois groupes : les pays développés, les pays en voie de développement ayant un taux de mortalité faible, et les pays en voie de développement ayant un taux de mortalité élevé. Ces trois groupes en sont à trois stades différents de leurs transitions épidémiologique et démographique. On voit clairement l'évolution

1. Senge PM *The Fifth Discipline*, London, Century Business, 1990.

2. Ainsi, lors de la mise en œuvre des caisses de pension en Suisse, en 1948, 44 % des hommes nés en 1883 atteignaient l'âge d'éligibilité (65 ans), et ils pouvaient espérer vivre encore 12,9 années. Cinquante ans plus tard (1998), 76 % des hommes nés en 1938 atteignent leur 65^e anniversaire, avec une espérance de vie de 18,3 ans. Mais la proportion de la population active n'a pas changé.

Schéma 1 : années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par grande cause pour l'année 2002 selon le niveau de développement



d'un fardeau attribuable en majorité aux maladies transmissibles et aux affections maternelles, périnatales et nutritionnelles, vers un fardeau largement dû à des maladies chroniques non transmissibles.

Au cours des prochaines décennies, le vieillissement entraînera une augmentation substantielle du coût des soins de longue durée, c'est tout-à-fait clair aujourd'hui. Il est tout aussi clair que la demande va devenir de plus en plus diversifiée : la gamme des pathologies et leur gravité s'élargit, la polymorbidité étant la règle plus souvent que l'exception chez les personnes âgées. Dès lors, même si leur état de santé est meilleur aujourd'hui qu'hier, le recours aux soins augmentera certainement, en quantité et en variété.

Systemes de santé en crise : la transition sanitaire

L'effet combiné des changements démographiques et épidémiologiques vient modifier la donne pour les systèmes et organisations de santé, en termes de gestion et de gouvernance. En effet, nous sommes passés progressivement :

- d'une demande de soins de santé aigus auxquels pouvaient répondre des services médicaux limités dans le temps, à des besoins de santé plus complexes : les conditions chroniques ou persistantes nécessitent une prise en charge préventive et thérapeutique à long terme, ainsi que le développement de la réadaptation ;
- d'interventions simples réalisées essentiellement par des médecins et des infirmières dans le cadre d'épisodes de soins limités dans le temps (en cabinet ou à l'hôpital), à des continuums de services sophistiqués. Ceux-ci sont efficaces mais coûteux ; ils s'inscrivent dans la durée et font appel à des équipes multidisciplinaires qui œuvrent dans divers types d'organisations ;
- d'un corps de métiers établi sur des connaissances de base acquises grâce à la formation initiale et l'expérience accumulée

à un contexte d'exercice où le professionnel doit maîtriser un ensemble étendu de savoirs qui se renouvelle à un rythme insoutenable pour un praticien isolé ;

- d'une structure de soins relativement rudimentaire et peu coûteuse, essentiellement centrée sur le médecin et l'hôpital, à un système de santé complexe, de grande envergure. Ce système est devenu un secteur d'activité économique majeur dont les coûts comptent pour une part importante du produit intérieur brut et pour une portion significative du budget des états modernes.

Ces enjeux concernent l'offre de soins ; mais il ne faut pas oublier que les systèmes de santé ont des perspectives plus larges. Dès lors qu'ils s'inscrivent dans une perspective de santé publique, ils visent aussi à :

- améliorer l'état de santé de toute la population (efficacité et équité) : réduire les écarts qui caractérisent la distribution des états de santé entre différents groupes (équité) ;
- améliorer l'expérience des soins et services (réactivité) : répondre rapidement et de manière fluide aux besoins, en assurant la prestation de services et d'interventions dans un souci de respect, d'autonomie, de confidentialité, de dignité et d'habilitation ;
- optimiser l'utilisation des ressources (efficacité) : faire le mieux possible avec des ressources nécessairement limitées, incluant autant les personnes et les connaissances que les technologies et les infrastructures. Vu les enjeux de la transition sanitaire, l'utilisation optimale des ressources devient une condition essentielle à la viabilité de tout système de santé, quelles que soient ses modalités de financement.

Ces objectifs sont en relation dynamique, et bien souvent en tension : le défi des systèmes modernes de santé est donc de rechercher un équilibre qui maximisera la santé de la population et l'expérience individuelle des soins en utilisant le mieux possible les ressources disponibles.

Nos sociétés ont des atouts pour réussir ce renouvellement : des gens passionnés qui ont choisi un métier de la santé, une somme considérable de connaissances, un grand nombre de technologies et de modes d'intervention éprouvés, l'accès à des ressources financières, matérielles et informationnelles importantes, etc. En outre, les citoyens sont de plus en plus informés et ils tiennent à participer au maintien et à l'amélioration de leur santé, ainsi qu'à celle de leurs proches.

Les enjeux du changement

Et pourtant, il semble très difficile de miser sur ces atouts, pour des raisons que nous avons souvent du mal à identifier et à maîtriser. Le fait est que les systèmes de santé modernes représentent probablement les milieux les plus complexes jamais produits par l'humanité : les adapter, les moderniser ne se fera pas à coup de recettes simples. Il faudra adopter des démarches radicalement nouvelles pour faire face aux enjeux cruciaux et relever les défis.

Lutter contre la culture du pouvoir

C'est un enjeu crucial : en fait, les transitions évoquées ci-dessus génèrent des tensions et la santé est devenue un enjeu politique qui interpelle constamment le public, les médias et les élus, partout dans le monde. Les rapports de force qui en résultent impliquent plusieurs détenteurs d'intérêt, et alimentent une culture du pouvoir très présente à tous les paliers du système : de nombreux acteurs sont en compétition pour obtenir des privilèges, des ressources additionnelles, ou pour réaliser un profit. Les incitatifs valorisent la quantité, souvent aux dépens de la qualité. Problèmes et dysfonctionnements sont gérés de manière principalement réactive, ce qui ne fait qu'alimenter une dynamique de rapports de force.

En outre, la culture du pouvoir se perpétue par une séparation entre le clinique et l'administratif, le médical et le social, le préventif et le curatif : chaque territoire revendique, selon sa propre

logique, sa liste de priorités et ses demandes de ressources. Toujours plus de ressources.

Soutenir les compétences collectives

Les systèmes de santé modernes sont des milieux fragmentés où règnent la rivalité, la duplication et le gaspillage. Chaque acteur se concentre sur sa mission, produit les services qu'il a définis, et l'information circule souvent mal entre les dispensateurs. Le problème n'est évidemment pas le manque de connaissances disponibles, celles-ci sont aujourd'hui considérables. L'obstacle, c'est plutôt notre manque de compétences collectives à les utiliser, en intégrant le maintien de la compétence technique et relationnelle, l'amélioration de la qualité, l'équité d'accès ainsi que l'utilisation optimale de ressources limitées.

Relever les défis qui se posent au cœur des systèmes complexes, ce ne sera pas l'affaire de héros isolés qui, par leur intelligence et leur détermination vaincront les vicissitudes d'un « mauvais système ». Toute amélioration réelle et durable repose sur la capacité d'un groupe à déterminer, parmi toutes les solutions possibles, celles qui offrent le meilleur potentiel de résultats ; toute amélioration repose aussi sur la volonté de ces mêmes personnes à s'entendre sur ce qui doit être fait et à collaborer pour le faire le mieux possible.

Le développement de ces nouvelles compétences collectives est une question centrale si l'on aspire à réaliser les grands objectifs des systèmes de santé modernes. C'est ce qui permettra de maîtriser les stratégies de gestion et les leviers de gouvernance des réseaux de santé.

Relever les défis

Quels que soient les détails formels du modèle, les transitions épidémiologiques et démographiques sollicitent toutes les fonctions du système de santé et nécessitent une réévaluation de chacun de ses objectifs. Cela représente de nombreux défis.

Réorienter les stratégies de prise en charge

Actuellement, réorienter les stratégies de prise en charge de la population est une tâche essentielle qui repose surtout sur des fonctions de gestion et d'administration. Cette réorientation s'emploie par exemple à garantir la continuité des soins pour les patients ou le développement de la prévention pour diminuer l'incidence des maladies chroniques et/ou améliorer leur pronostic.

Introduire l'innovation

La réorientation inclut aussi une réflexion sur l'innovation, c'est-à-dire sur la façon dont le système de santé génère, évalue, accepte ou rejette cette innovation. En ce domaine, la gestion est encore hésitante, en particulier parce qu'il est difficile de distinguer les « vraies » innovations des « fausses » ; ces dernières composent l'essentiel de ce que l'on nomme les nouvelles technologies.

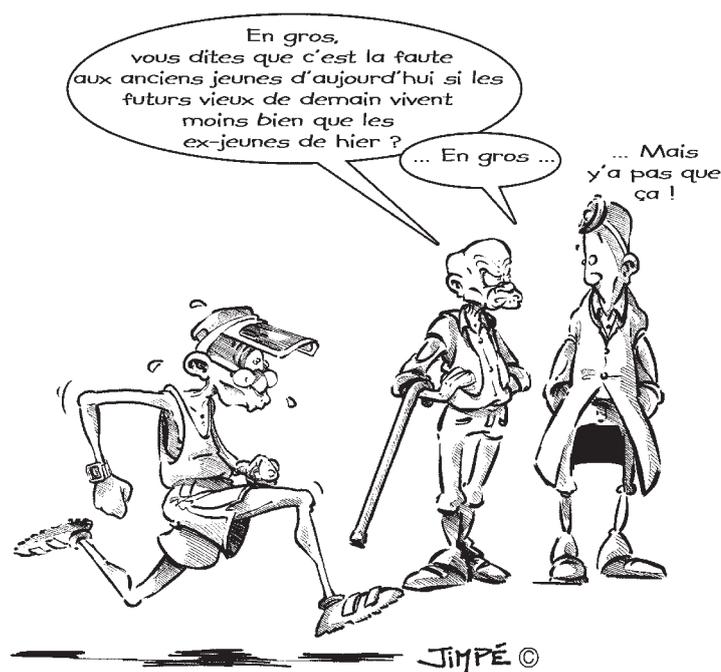
De nombreux travaux portent sur les modalités d'introduction des innovations. Par souci d'efficacité, il convient d'introduire toute innovation (médicamenteuse, organisationnelle, diagnostique, etc.) en suivant un plan expérimental, appliqué directement dans la communauté concernée : cela permet de tenir compte du contexte réel. De telles approches visent à jauger l'efficacité des interventions sur le terrain (*effectiveness*), au lieu de se fier à l'efficacité dans des conditions idéales (*efficacy*).

Améliorer l'information

La capacité d'adaptation du système de santé relève aussi de la qualité de l'information sanitaire disponible ; elle devra être améliorée pour mieux suivre l'évolution des besoins et des réponses dans une société vieillissante. En effet, tous les systèmes d'information ont été forgés pour des situations dominées par les problèmes de santé aigus touchant classiquement des populations plus jeunes.

Un exemple typique est l'enregistrement des causes de décès. Pertinent chez les personnes

de moins de 70 ans, il cesse de l'être dans une population où 80% des décès surviennent chez des personnes âgées souffrant simultanément de plusieurs pathologies. Il devient impérieux d'utiliser des événements tel le décès pour extraire d'autres informations réellement utiles. Une option serait par exemple de consigner systématiquement les différentes maladies connues au moment du décès, ce qui permettrait d'étudier leur prévalence à ce moment (plutôt que l'incidence des maladies létales d'aujourd'hui, qui est difficilement interprétable chez les personnes âgées). De même, les enquêtes de santé ignorent souvent les personnes au-delà de 80 ans, ou celles qui sont institutionnalisées. Ces inadaptations doivent être corrigées pour que le système d'information corresponde aux nouvelles situations épidémiologiques et sanitaires.



Faire avancer le débat public

Il est indispensable de développer des systèmes d'information à même de fournir des données utiles pour guider toutes les décisions : celles qui incombent aux spécialistes de santé publique, mais aussi celles qui sont prises par tous les acteurs du système de santé, dont les patients. Lorsqu'ils souffrent de maladies chroniques (majoritaires dans une société vieillissante), les patients sont souvent bien informés sur leurs maladies et leur prise en charge : ils s'attendent légitimement à participer de plein droit aux décisions les concernant. Reste encore à trouver la façon dont les informations significatives seront traitées pour faire avancer le débat public.

Redéfinir l'équité

Le financement du système de santé nécessite également une profonde réévaluation : les objectifs d'équité doivent être redéfinis. Le système de financement dans les pays développés est basé sur une répartition intergénérationnelle : les revenus des salariés, jeunes et petits consommateurs de soins sont prélevés (par l'impôt ou les primes assurantielles) pour financer les soins des personnes âgées, grandes consommatrices. Il n'est pas sûr qu'un tel dispositif résiste à l'évolution démographique, et d'autres sources doivent être considérées, par exemple une ponction plus forte du capital.

Arbitrer entre les secteurs producteurs de santé

Autre volet du débat : le choix des secteurs auxquels les ressources seront prioritairement affectées. Au niveau des services de soins, une relative pénurie se profile à cause de la croissance de la demande – notamment celle des personnes âgées. Dès lors, la question sera de savoir de quelle façon organiser le financement pour favoriser la prise en charge des pathologies du vieillissement, ou quels sont les meilleurs incitatifs de la continuité des soins.

Face à cette pénurie relative, se développe un contexte de concurrence vive entre les secteurs social et sanitaire. Les deux ont certainement leur importance dans l'état de santé de la population

âgée, sans que l'on sache aujourd'hui quantifier la part de l'environnement socio-économique (qualité du logement des personnes âgées par exemple) et celle des facteurs médico-sanitaires (accessibilité des soins aigus par exemple). Or, une conséquence prévisible du vieillissement est d'attiser la concurrence entre ces deux secteurs, chacun se présentant comme le principal déterminant de la santé des personnes âgées pour drainer les ressources disponibles. Des programmes de recherche et de développement sont nécessaires pour être en mesure d'arbitrer ces choix sur la base des données probantes.

Perspectives : aujourd'hui le futur ?

L'évolution des systèmes de santé, ce n'est pas qu'une affaire d'expertise et de gestion : les orientations économiques, culturelles et politiques sont déterminantes. Nous avons il y a 12 ans, imaginé différentes perspectives possibles « pour le futur » ; elles ont été synthétisées dans les colonnes de *Santé conjugquée* par Patrick Jadoulle³, rappelons-les brièvement ici.

Le futur est à nos portes... est-il encore temps de rappeler nos réflexions d'alors ? Elles dessinaient quatre scénarios possibles, présentés dans le schéma page suivante et se déployant selon deux axes : socio-économique d'une part, technique et culturel d'autre part.

Sur l'axe socio-économique, il y a deux pôles extrêmes :

- soit le rôle de régulation des pouvoirs publics se renforce sur l'économie en général, y compris celle des services de santé, de manière à garantir le maintien des valeurs traditionnelles de l'état européen telles que l'équité et la solidarité.
- soit l'actuelle libéralisation de tous les marchés s'accroît jusqu'à une dérégulation massive des services de santé, en vertu du credo du néo-libéralisme, bien exprimé par Milton Friedman : « Peu d'idées sont aussi destructrices pour les fondations de notre société libre que (celle stipulant qu'il existe) une responsabilité sociale autre que celle de faire

3. Santé conjugquée n° 17, dossier « Santé de proximité : à la croisée des chemins ? », Actes du IV^e Congrès, mai 2001 - Article « Évolution future des services de santé : analyse de quelques tendances plausibles », Fred Paccaud.

autant d'argent que possible au bénéfice des actionnaires ». Dans ce scénario, l'État cesse d'être un partenaire central dans les affaires publiques, et démissionne encore plus de ses responsabilités qu'il ne le fait déjà, acceptant dès lors l'aggravation d'une iniquité sociale importante en matières de soins. Ceci casserait les racines communautaires et samaritaines des hôpitaux et des soignants, faisant de ceux-ci les instruments des investisseurs et considérant les patients comme une matière première.

Sur l'axe technologique et culturel, il y a aussi deux évolutions possibles :

- dans un cas, les techniques médicales innovantes (miniaturisation, génomique, télécommunications) tiennent leurs promesses et améliorent considérablement le pronostic ou le dépistage de certaines affections. Ceci renforcerait l'optimisme et le soutien de la population vis-à-vis du développement technologique, les professionnels de la santé devenant de plus en plus spécialisés dans des interventions techniques à visée principalement curative : la prise en charge globale des patients et des populations risquerait ici de se voir négligée. La condition de cette évolution est que les sciences biomédicales produisent quelques avancées spectaculaires directement

perceptibles dans la vie concrète des populations (en particulier dans le domaine des maladies chroniques).

- à l'inverse, on pourrait assister à une résistance envers la sophistication technique en médecine, si l'opposition aux innovations biomédicales s'accroît, ainsi que l'attraction vers les médecines « douces ». Dans un tel contexte, la pratique des soins sera défensive et conservatrice, cherchant à se limiter à des procédures absolument sûres, bien que peu efficaces (ce qui est déjà le cas des médecines non conventionnelles actuelles). La condition de réalisation de cette évolution est donc culturelle et idéologique (amplification du rejet de la techno-culture) mais aussi technique (échec réel des connaissances et des techniques médicales).

Les évolutions décrites ci-dessus correspondent bien sûr à des situations extrêmes ; les systèmes de santé occupent des places différentes au carrefour des deux axes de changement proposés ici.

Au lecteur de situer le système qui le concerne : où était-il en 2001, où est-il aujourd'hui, où sera-t-il demain ? ●

Quatre scénarios plausibles

