

Initiatives et mécanismes correcteurs

Propos recueillis par **Hélène Dispas**, médecin généraliste et permanente politique de la Fédération des maisons médicales, et par **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugulée*.

Des citoyens bougent, des États bougent, l'Organisation mondiale de la santé bouge... Second volet de notre entretien avec Denis Porignon et Ann-Lise Guisset, tous deux experts en santé publique à l'OMS. Ils explorent trois niveaux d'action : global, national et local.

Ann-Lise Guisset et Denis Porignon sont experts en systèmes de santé à l'OMS (Genève). Denis Porignon est également expert en politiques de santé à l'université de Liège. Les opinions qu'ils avancent sont personnelles et ne correspondent pas nécessairement à celles de l'institution.

Nous vous avons interrogés sur les politiques de santé et sur les structures qui les déterminent. Aujourd'hui, quels sont les ajustements qui se mettent en place ?

Denis Porignon : Dans le contexte d'extension de la pensée néolibérale qui nous influence largement, il est à noter qu'un certain nombre de départements de l'OMS (notamment ceux en charge du renforcement des systèmes de santé) ont pour travail principal de développer des stratégies ou des approches qui contribuent à assurer une meilleure coordination des différentes interventions et une mise en œuvre plus cohérente des plans de développement sanitaire élaborés par les pays. Des initiatives sont largement encouragées telle la création de structures de coordination du secteur de la santé au niveau global ou au niveau des pays, mais aussi la mise en place et le soutien des comités de santé dans les établissements sanitaires (hôpitaux, centres de santé, dispensaires,...) afin que les populations puissent interpeller directement les professionnels et leur faire part de leurs demandes et besoins. Ce travail non négligeable de l'OMS est soutenu à travers les bureaux régionaux et les bureaux-pays présents dans 150 États membres. L'élaboration de recommandations qui passent à l'Assemblée mondiale pour la santé permet aussi aux États membres de transformer les meilleures initiatives en résolutions applicables dans d'autres pays.

Ann-Lise Guisset : C'est un phénomène global qui n'a cependant pas la même incidence partout. Quelques pays d'Asie et d'Amérique latine défendent des politiques plus sociales et ont fait des avancées encourageantes. Je pense au Brésil, au Chili, ou encore à la Thaïlande et la Turquie.

La Résolution pour les services de santé intégrés et centrés sur la personne (IPCHS), par exemple, a été adoptée lors de l'Assemblée mondiale en mai 2016. Elle a donné mandat à l'OMS de soutenir les États membres et autres partenaires nationaux et internationaux pour, entre autres, stimuler la participation des représentants de la société civile, des populations et des communautés. On voit naître un consensus et une mobilisation pour transformer la manière dont les services de santé sont organisés. Sans ces réformes, la couverture sanitaire universelle ne pourra être atteinte dans de nombreux pays. Des rapports récents du Forum des ministres de la Santé des pays de l'OCDE, de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en santé et la Croissance économique ou de la Banque mondiale ont les mêmes visées : une réforme des systèmes de santé, en localisant les services au plus proche des utilisateurs, en assurant une prise en charge intégrée, en accordant plus d'importance aux soins de santé primaires, au travail en équipe pluridisciplinaire, au développement des services à travers l'économie solidaire et à la collaboration entre les secteurs de la santé et du social.

Soutenir les différents partenaires signifie-t-il soutenir tous les partenaires impliqués dans la santé, y compris le secteur privé ?

DP : Il s'agit en effet de l'ensemble des partenaires. Les donateurs privés apportent toujours une part importante des fonds et du soutien aux stratégies sanitaires principalement liées à la lutte contre la maladie dans de nombreux de pays. Des partenaires comme la Fondation Bill & Melinda Gates ou la Fondation Rockefeller apportent des sommes considérables, soit via des organisations telles que l'OMS, soit directement dans

les pays via des organisations non gouvernementales notamment. Mais il y a aussi de plus en plus de partenariats public/privé (lucratif et non lucratif). Il s'agit d'amener tous ces acteurs à soutenir une politique de santé opérationnelle dotée d'un plan de développement sanitaire reposant sur des priorités d'intervention qui tiennent compte des orientations que le pays veut mettre en place. Il y a toujours des tensions car certains acteurs sont plutôt en faveur de la libéralisation du secteur alors que d'autres ont une vision plus sociale ou équitable, plus participative et donc plus régulée. Depuis quelques années, l'OMS est de plus en plus souvent amenée à soutenir un dialogue politique entre ces deux pôles. Il existe pour cela des mécanismes de coordination de l'aide extérieure, des forums nationaux ou d'autres formes de structures qui permettent aux acteurs d'échanger sur la manière de répondre au mieux aux attentes de la population en fonction des moyens disponibles. Je pense également à l'articulation de problèmes de santé avec d'autres secteurs, des choses qui peuvent paraître évidentes mais qui en réalité le sont moins : l'OMS, à travers l'action de son bureau pays, a récemment soutenu le processus d'élaboration et de promulgation d'une loi antitabac en Moldavie. Le dialogue a impliqué les représentants du secteur agricole largement impacté par les conséquences de sa mise en application.

ALG : Ce rôle de « meneur de débat » est très important mais il ne s'impose pas à coup d'idées préconçues. Dans le respect de la situation de chaque pays, des priorités et du type de débat en cours, l'OMS vient en appui, apporte des données probantes sur les risques potentiels et les stratégies d'atténuation. L'OMS appuie l'échange d'expériences internationales pour apprendre non seulement des succès mais également des dysfonctionnements et évaluer dans quelles conditions répliquer des expériences. Au niveau international, elle a donc un rôle constructeur de cette intelligence collective et, au niveau des pays, celui de facilitateur pour amener ces connaissances et faire évoluer le débat.

Comment fait l'OMS pour soutenir la régulation du secteur privé au sein de chaque état ?

ALG : Il ne s'agit pas de soutenir mais d'alerter sur l'importance de la régulation, de dépasser le débat de valeur privé vs public pour le déplacer vers la meilleure réponse aux besoins pour atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle en s'assurant de protéger les plus faibles. Dans un système où public et privé sont présents, il y a un clivage sur le rôle de l'un et de l'autre. Quand la décision politique est d'aller vers une

plus grande libéralisation ou privatisation, il y a lieu d'informer et de quantifier les risques des différentes options.

DP : Ces privatisations se mettent souvent en place de manière un peu débridée. Il faut alors poser des garde-fous, à travers des textes législatifs ou à travers la participation des citoyens et de l'ensemble des acteurs à la prise de décisions pour garantir la concordance des orientations et des valeurs, d'équité et de solidarité notamment. De manière concrète, nous avons au siège de l'Organisation et dans les bureaux régionaux des collaborateurs qui aident des pays à mener des actions en matière de législation sanitaire. Ils ont par exemple récemment revu une proposition de loi sur la création d'une agence de santé publique en République démocratique du Congo. En Afrique du Sud, ils ont aidé le ministère de la Santé à développer un cadre législatif pour le fonctionnement des prestataires privés. Mais c'est délicat car l'OMS n'a pas de mandat pour imposer quoi que ce soit.

Vous avez abordé l'importance de la responsabilisation vis-à-vis de la population en complément d'une responsabilisation de type « bureaucratique ». Comment cela se traduit-il au niveau national ?

DP : Dans un contexte de décentralisation, il s'agit par exemple du renforcement des systèmes de santé locaux comme les districts sanitaires avec la mise en place de comités de santé ou de gestion dans les centres de santé ou les hôpitaux. C'est le cas au Togo, au Sri Lanka, en Colombie... Cela permet aux représentants de la population de faire pression pour le respect du droit à la santé, de relayer des attentes et de participer à la mise en place des solutions avec les communautés. Si les gens disent qu'ils veulent des médicaments plus abordables, on peut réfléchir au niveau du district à des achats groupés avec d'autres entités ou trouver un moyen de les subsidier. La responsabilisation sociale passe également par la sphère politique. Ainsi, on travaille de plus en plus à l'implication des parlementaires dans les débats sur la préparation de plans nationaux de développement et de politiques sanitaires. Nous essayons d'impliquer plus d'acteurs, notamment la société civile représentant les bénéficiaires. Cela permet de mieux discuter les priorités (en termes de renforcement du système de santé ou de lutte contre les problèmes de santé) ou les modèles (soins primaires, achats stratégiques des services, modalités de mobilisation des ressources extérieures, etc.) à utiliser pour organiser les services de santé.

On voit naître un consensus et une mobilisation pour transformer la manière dont les services de santé sont organisés. Sans ces réformes, la couverture sanitaire universelle ne pourra être atteinte dans de nombreux pays.

Comment changer les politiques ?

ALG : Pour moi, le parlement est essentiel. Au Québec, un commissaire à la Santé et au Bien-être rapporte tous les ans au Parlement ses conclusions sur la performance du système de santé. Pour informer les parlementaires, il organise des consultations sur des thématiques précises et leur fournit des données fiables. Il leur indique également les préférences ou les attentes des Québécois, traduisant les valeurs partagées au sein de la société, par exemple sur la fin de vie. Outre les grandes orientations du pays, travailler sur des thématiques est essentiel pour dépasser les déclarations de bonnes intentions ; c'est là qu'un véritable travail de fond peut se faire. Cet exemple illustre aussi le sens de ne pas limiter le plaidoyer au seul ministre de la Santé, il s'agit de favoriser l'alignement avec d'autres ministères tels que celui des Finances ou du Développement.

La Tunisie est un bel exemple de mobilisation nationale en faveur de la santé...

ALG : L'après révolution a fait naître une volonté de repenser, de remettre à plat l'organisation du système de santé, sur fond de crise sociale grave. L'objectif premier du « dialogue sociétal » initié en 2012 était de poser un diagnostic sans fard. La Tunisie a demandé l'appui de l'OMS pour réaliser cette vaste entreprise de réflexion et de reconstruction. L'Organisation entamait alors un partenariat sur le dialogue politique avec l'Union européenne, et il fut décidé d'y inclure la Tunisie.

L'OMS appuie l'échange d'expériences internationales pour apprendre non seulement des succès mais également des dysfonctionnements et évaluer dans quelles conditions répliquer des expériences.

Nous sommes allés à la rencontre d'un maximum de gens pour capter leur perspective, qu'ils soient utilisateurs ou non des services de santé ou professionnels, et nous avons travaillé avec des citoyens pour établir ce diagnostic et prioriser les chantiers du futur. On a construit un processus réellement participatif et inclusif avec toutes les parties : des « décideurs » (fonctionnaires du ministère de la Santé et autres, au niveau régional et au niveau local), des experts, des associations (ONG). Ils ont validé le diagnostic de situation et la revue des études disponibles. Lors d'une réunion de travail de trois jours avec une centaine de participants, on a repéré quelques questions nécessitant non seulement une expertise technique mais aussi l'intelligence collective des citoyens pour offrir des solutions acceptables et qui correspondent aux attentes. Des forums citoyens et des forums professionnels ont été organisés dans chaque région pour tenter d'élucider ces questions. Tout le monde était bienvenu. Des invitations ont été distribuées sur les marchés, dans les cafés et des annonces ont été diffusées sur les radios locales. Dans un premier temps, on a ouvert le micro pour permettre à tous les participants de dire ce qu'ils avaient à dire puis on les a fait travailler en petits groupes sur les problématiques relevées.

L'étape suivante consistait à délibérer des options possibles identifiées lors des travaux antérieurs. On a organisé un jury citoyen. Pour le constituer, nous avons retenu deux volontaires et un professionnel à chaque rencontre régionale. En tout, 76 personnes ont débattu des solutions proposées et articulées en plusieurs chantiers prioritaires. Le jury a rédigé une déclaration, la base d'un livre blanc. Une grande prudence était de mise vu le climat politique assez instable, une société civile en cours de structuration et une confiance fortement ébranlée dans le système. Malgré tout, le livre blanc a été discuté lors d'une conférence nationale et il a servi de support à l'élaboration de la partie santé du plan quinquennal de développement. Après des élections et des changements politiques, il subsiste une dynamique. Les orientations du livre blanc restent d'actualité et un groupe de suivi constitué des membres du jury en est le gardien. Si les orientations proposées avaient été uniquement le fait d'un ministre précédent, sans cette forte mobilisation à l'arrière, il y a fort à parier qu'elles auraient fait long feu.

Comment agir au niveau local pour cette prise de conscience et pour des services de santé centrés sur la personne ?

ALG : L'OMS défend ce niveau d'action, c'est vraiment là qu'il faut que les choses se passent, que des solutions soient trouvées. C'est là que l'ensemble des acteurs vont pouvoir se rencontrer, se coordonner et offrir des réponses holistiques et pertinentes aux problèmes de santé de la population locale. Ils connaissent et comprennent les besoins et les contraintes qui se posent à eux. Ils dépendent les uns des autres et peuvent trouver des solutions parfois très simples et à un moindre coût : organiser des prises de rendez-vous, collaborer avec une ONG locale pour organiser un transport, développer les services à domicile à travers l'économie solidaire...

C'est aussi une innovation pour l'OMS dont l'action se situe habituellement au niveau de l'élaboration des politiques nationales de santé. Ce dynamisme, et cet appui au dynamisme local, illustre un changement d'approche qui nous renvoie au mouvement plus global qui est en train de poindre. C'est une approche basée sur une compréhension beaucoup plus inclusive, participative du développement. J'espère – et je vois des signes – que l'on s'éloigne d'une approche programmatique par maladie telle qu'on l'avait dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement. On est davantage orienté vers la couverture sanitaire universelle, on avance vers les Objectifs de développement durable. On dispose d'une plateforme plus forte pour réaliser ce travail horizontal dans les pays.

La population est, elle aussi, un acteur de changement.

ALG : Il y a un important travail à faire sur les croyances, particulièrement quand on parle des soins de santé primaires : « le niveau le plus élevé est le meilleur », « payer plus, c'est la preuve qu'on ne lésine pas pour soigner ses parents »... C'est un cercle vicieux : tant qu'on ne renforce pas les soins de santé primaires, on donnera raison aux gens qui utilisent les hôpitaux mais tant qu'ils utilisent les hôpitaux, on ne va pas réussir à renforcer les soins de santé primaires... Il faut renverser la vapeur et créer ce cercle vertueux dont les soins de santé primaires de qualité sont le moteur. Une volonté politique forte, appuyée par une mobilisation locale, sera indispensable.

Des leviers politiques peuvent être actionnés au niveau central pour inciter à un système de santé plus respectueux de la personne : définition du modèle de soins intégrés, promotion de la santé et engagement du patient dans sa santé, révision du panier de services et planification sur base des besoins locaux et non de

normes rigides et anciennes... A voir comment les modular. Tant qu'on ne définira pas un modèle de soins pour compenser l'actuel, sans consensus national, le système restera fragmenté. Pour revoir le panier de services, par exemple, il faut oser faire des choix mais, à budget égal, couvrir mieux certains services suppose d'en délaissier d'autres. Enfin, l'évolution vers une approche plus populationnelle requiert l'inscription de chaque personne auprès d'un médecin de famille ou d'une équipe soignante. Cette inscription peut se faire de manière implicite ou explicite, sur base géographique ou au choix de la personne. Sans elle, il sera difficile, notamment, de changer les modes de paiement et les incitants financiers pour des résultats de santé (et pas uniquement pour des soins donnés).

DP : Un autre élément est de se diriger vers des réseaux de soins formels ou informels selon le système de santé du pays. Mais il faut rester vigilant car cela peut avoir un effet opposé à ce que l'on attendait. La capitation, par exemple. Si c'est une garantie d'avoir des soins sans prêter de service, ça ne va évidemment pas ! Cela doit être sous-tendu par des valeurs fortes. Les modes de paiement des prestataires et les incitants doivent évoluer régulièrement. Après quelque temps, on observe des détournements. Il n'y a pas de solution claire et nette. Pour se maintenir, un mécanisme doit passer par la mobilisation et la réflexion avec des personnes intéressées. C'est ce qu'on essaye de faire quand on appuie des processus de participation citoyenne ou quand on établit des mécanismes qui permettent de rendre publics les résultats obtenus sur les maladies, sur l'évolution du système de santé, sur le nombre de gens couverts, etc. C'est d'autant plus important au regard des matières qui sortent du champ strict de la santé mais qui en sont des facteurs déterminant (éducation, habitat, chômage,...).

Ici en Belgique, on voit peu cette mobilisation citoyenne dans les hôpitaux, dans des comités de patients...

ALG : Il faut s'inscrire dans le temps, ne pas demander aux citoyens une liste de leur souhaits à l'instant. Dans ce processus citoyen, il est important de travailler sur la continuité et sur l'échange. Le dialogue va informer la prise de décision politique, ou devrait le faire. Il permet aussi de faire évoluer les mentalités. C'est encore fort théorique et y parvenir, en effet, n'est pas évident. Cela nécessite aussi de construire un environnement qui écoute et utilise cette information, de créer des organes ou institutions ou de renforcer le rôle de celles qui existent déjà. Ce qui se fait déjà en Tunisie et au Québec, et aussi au Brésil ou en Thaïlande, laisse entrevoir un espoir pour le futur. ■