

Introduction

Un ensemble d'évolutions amène à parler de nouveaux systèmes de santé : des transformations des maladies, des approches pour la prise en charge et le pilotage du système de santé, ainsi que celles issues de l'intégration des nouvelles technologies (communications instantanées de données médicales à partir de la personne, gestion à distance d'un protocole thérapeutique, nouvelles coordinations dans le système de santé). Toutes les dimensions des systèmes de santé sont affectées par ces transformations en cours :

- la dimension spatiale. Une thématique de santé globale est apparue dès la fin du XX^e siècle, après une série d'alertes épidémiques à l'échelle du globe. Il resterait cependant 400 millions de personnes en dehors de tout accès à un système de santé dans le monde selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La couverture universelle est à portée des systèmes existants. Celui-ci est inscrit dans le programme 2015-2030 des Nations unies, les Objectifs de développement durable (ODD) ;

- la dimension organisationnelle est affectée par le changement de proportion respective des différentes maladies. La part relative des maladies infectieuses a fortement chuté au cours du XX^e siècle. La prise en charge des personnes malades de pathologie non transmissible nécessite une meilleure coordination entre les approches sanitaire et sociale. Un rôle plus actif des malades et des personnes est souvent nécessaire pour prévenir et guérir des maladies qui proviennent des habitudes de vie (pratiques alimentaires, observance de la prise de médicament, pratiques des activités physiques). Les gains organisationnels sont particulièrement mis en avant dans le pilotage des différents systèmes de santé : la démarche est consensuelle, progressive et met en avant un intérêt commun ;

- l'expérience de santé et de maladie se modifie au cours du déroulement du cycle de vie. La santé connectée induit aussi des évolutions. Les nouvelles technologies apportent des aides plus mobiles aux malades. La possibilité d'une surveillance continue de paramètres vitaux qui ne soit pas trop contraignante est un des facteurs de ces transformations. L'amélioration du taux de survie après un accident de santé modifie les expériences de vie. Les personnes traversent une diversité d'accidents de santé, et vont souvent avoir à vivre avec plusieurs affections de longue durée.

La thématique des soins intégrés centrés sur la personne est mise en avant par l'Organisation mondiale de la santé, qui a constitué un programme de travail à ce propos pour les années à venir. Il s'agit sans doute d'une orientation générale qui est tracée, sans qu'il soit assuré que les transformations en cours suivent véritablement les directions tracées par l'organisation internationale.

I.1. La thématique des soins intégrés centrés sur la personne

La définition intuitive des soins intégrés (*integrated care*) est celle d'une bonne coordination interne au système de santé et d'une continuité assurée des soins. Les dysfonctionnements que cette politique de soins intégrés cherche à éviter sont ceux de parcours erratiques dans le système de santé, de rupture dans les prises en charge, de doublons inutiles dans des actes ou des investigations, de consultations répétées d'experts spécialisés fonctionnant chacun en silo, d'inadaptation aux besoins des malades.

Le soin intégré conjugue coordination et éthique médicale, selon le schéma avancé à l'introduction de cette approche des soins intégrés par Contandriopoulos *et al.* [CON 01] : un système de soins intégrés se compose de trois sous-systèmes : valeurs, gouvernance ou pilotage, et clinique (voir figure I.1).

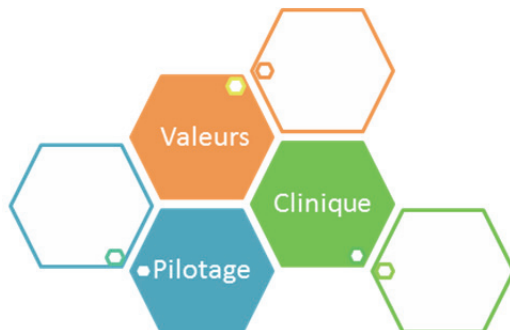


Figure I.1. Les trois composantes d'un soin intégré

Une charte éthique professionnelle du soin intégré est proposée par une revue académique dédiée au soin intégré [MIN 16]. Elle donne un contenu normalisé au sous-système des valeurs dans le schéma des trois composantes d'un soin intégré (voir figure I.1). Le soin intégré est :

1) non sélectif. Il est un engagement pour une couverture maladie universelle. Il s'agit d'assurer un soin complet et adapté aux besoins de santé en constante évolution et aux aspirations des personnes et des populations ;

- 2) équitable. Le soin est accessible et disponible pour tous ;
- 3) durable. Le soin est à la fois efficace, efficient et contribue au développement durable ;
- 4) coordonné. Le soin est intégré autour des besoins de la population. Une coordination efficace est instaurée entre les différents fournisseurs de soins ;
- 5) continu. La continuité des soins et des services à travers le parcours de vie est assurée ;
- 6) complet. Le soin intégré ne dissocie pas les différents aspects du bien-être : physique, socio-économique, mental et émotionnel ;
- 7) préventif. Le soin intégré aborde les déterminants sociaux de la mauvaise santé par des actions intra- et intersectorielles qui favorisent la santé publique et la promotion de la santé ;
- 8) capacitant. Le soin intégré cherche à améliorer le pouvoir des personnes sur leur propre vie en encourageant les personnes à gérer et à assumer la responsabilité de leur propre santé ;
- 9) focalisé sur la façon dont les gens prennent des décisions de soins de santé, évaluant les résultats et mesurant le succès ;
- 10) respectueux de la dignité des personnes, des conditions sociales et des sensibilités culturelles ;
- 11) collaboratif. Le soin intégré promeut le travail en équipe et la pratique de collaboration entre santé primaire, secondaire et tertiaire, ainsi que l'établissement de relations avec d'autres secteurs ;
- 12) coproduit. Le soin intégré développe des partenariats actifs avec des personnes et des communautés au niveau individuel, organisationnel et politique ;
- 13) fondé. Le soin intégré est réalisé dans l'exercice et le respect des droits et responsabilités que tous les citoyens sont en droit d'attendre ;
- 14) régi par la responsabilisation partagée entre les fournisseurs de soins pour la qualité des soins et les résultats de santé pour les populations locales ;
- 15) basé sur des données probantes. Les politiques et stratégies de soins intégrés sont guidées par les meilleures données disponibles et soutenues au fil du temps grâce à l'évaluation des objectifs mesurables pour améliorer la qualité et les résultats ;
- 16) piloté par une pensée de la globalité des systèmes.

Le site internet de l'Organisation mondiale de la santé propose de son côté la définition suivante du soin intégré :

« Par services de santé intégrés et centrés sur la personne, on entend la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services suivis allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la maladie, ainsi qu'à la réadaptation et aux soins palliatifs, aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé. Ces services doivent être d'un coût abordable, accessibles, disponibles et acceptables pour ceux auxquels ils sont destinés. L'OMS encourage les pays à mettre en œuvre des services de santé intégrés et centrés sur la personne en soutenant l'élaboration de politiques, de stratégies de réforme, de normes sur la qualité des soins, de lignes directrices reposant sur des données factuelles et des meilleures pratiques susceptibles d'être adaptées à différents environnements nationaux » (site OMS consulté le 5 juillet 2016).

Ces différentes définitions se complètent. Elles apportent un contenu mis à jour à une éthique professionnelle et à un schéma organisationnel. Elles renseignent peu cependant sur le contenu spécifique des soins intégrés. L'organisation des soins s'est constituée historiquement autour des épisodes pathologiques aigus. La prise en charge des malades aujourd'hui nécessite des réajustements organisationnels à partir de leurs besoins. Dans l'approche des soins intégrés, ces améliorations organisationnelles sont recherchées dans une expression actualisée d'une éthique professionnelle. Ces soins intégrés centrés sur la personne dépassent une vision de l'innovation limitée aux seuls aspects techniques. Les règles organisationnelles proposées puisent dans la littérature organisationnelle commune aux politiques de la qualité et de gestion des risques.

I.2. D'anciennes oppositions traversent les systèmes de santé

Proximité du malade (la clinique) ou de la norme (bureaucratique), systèmes qui se sont développés pour les citoyens (béveridgiens) ou les salariés (bismarckiens), systèmes de santé qui se sont constitués sur une base philanthropique et d'autres sur un réseau d'agents de santé, rôle plus ou moins affirmé d'un gardien d'accès (*gatekeeper*), césures entre le social, la santé mentale, et les soins : toutes ces déterminations liées à la phase de construction des systèmes de santé expliquent leur grande variété dans le monde. Cependant, aujourd'hui les systèmes de santé empruntent aux différentes alternatives, et se composent d'une addition d'éléments qui proviennent d'options différentes.

L'histoire de l'Organisation mondiale de la santé est elle-même traversée par une opposition entre des périodes où l'organisation internationale se consacre principalement à des programmes sélectifs (par exemple, de lutte contre le paludisme) et des périodes où une stratégie non sélective est mise en avant. Schématiquement, quatre phases se sont ainsi succédé pour l'organisation internationale. L'activité de l'OMS était marquée par les maladies infectieuses avant la déclaration d'Alma-Ata en 1978. Cette expression d'un programme de soins primaires représentait un premier revirement de l'organisation internationale, justifié par les bilans tirés de la lutte contre le paludisme remettant en cause la pertinence des approches sélectives, c'est-à-dire maladie par maladie (voir encadré I.1).

L'initiative de Bamako en 1987 marque le retour à un paradigme biomédical avec la possibilité d'un financement direct par les malades. Les difficultés récurrentes de l'Organisation mondiale de la santé pour la gestion des épidémies (influenza, fièvres hémorragiques d'Ebola) servent de toile de fond à un nouveau revirement. Le programme 2000-2015 des Nations unies des Objectifs du millénaire du développement (OMD) conjugait la thématique de la santé à travers des programmes dédiés à des pathologies (VIH/SIDA, tuberculose), tandis que le programme 2015-2030 des Objectifs du développement durable est basé sur une formulation non sélective, celle de la couverture universelle (point 3.8 des ODD), que vient compléter le Cadre des soins intégrés promu par l'Organisation mondiale de la santé.

Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires du 12 septembre 1978

I. La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

II. Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III. Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples sont la condition *sine qua non* d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV. Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI. 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 et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact 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.

Encadré I.1. Déclaration d'Alma-Ata

Mintzberg [MIN 79] a proposé une liste des dispositifs de coordination : le marché, la firme (hiérarchie et consensus), différentes approches de la normalisation, par la réglementation, par l'éthique. Ces dispositions de coordination semblent une préoccupation croissante dans l'histoire des systèmes de santé (voir figure I.2). La liste de Mintzberg y a été parcourue dans un processus cumulatif. La standardisation des compétences accompagne la spécialisation médicale dans le développement des structures hospitalières. La déclaration d'Alma-Ata standardise seulement une liste de biens primaires : par exemple, les soins à la mère et l'enfant figurent dans cette énumération minimale de « soins de santé essentiels ». Le mode d'organisation induit par la déclaration d'Alma-Ata est plutôt de nature bureaucratique, celle d'une santé publique dispensée par des agents sanitaires. L'initiative de Bamako réintroduit des organisations et des prix. Le courant du soin géré (*managed care*) est une manière de déployer ces types de dispositifs de coordination en se basant sur des firmes s'occupant à la fois du financement et de délivrance des soins. L'Organisation mondiale de la santé a travaillé à la mise à

jour du Code sanitaire pendant la période des OMD, il s’agissait d’une normalisation par la réglementation. Le revirement des ODD met en avant une normalisation par l’éthique professionnelle et la recherche de gains organisationnels par de nouvelles collaborations internes au système de santé.

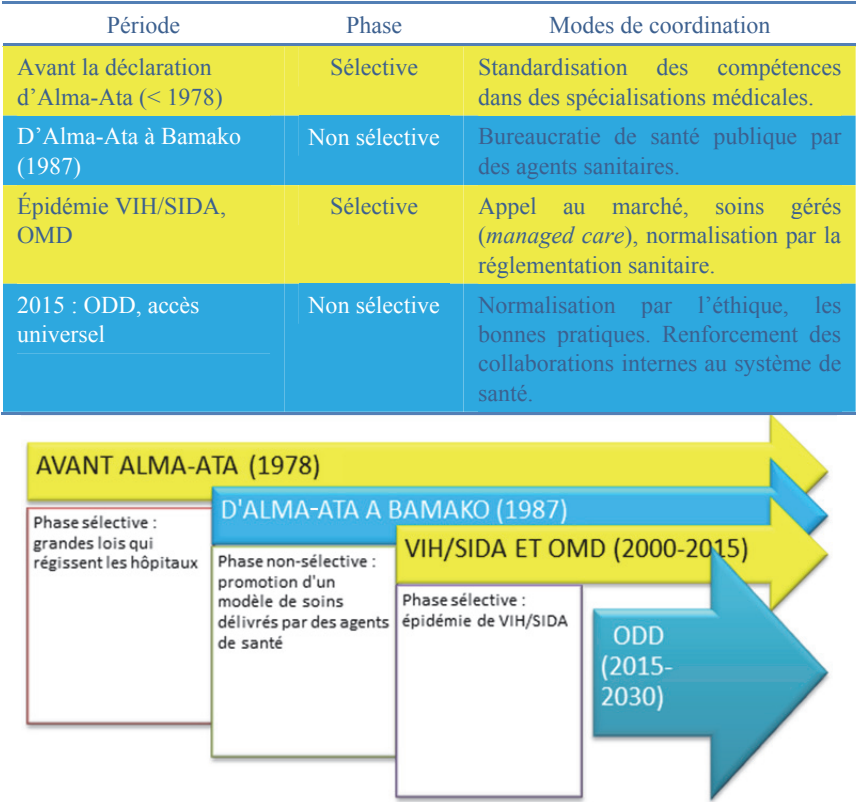


Figure I.2. Schéma de l’accumulation des modes de coordination recommandés par l’OMS

I.3. Les inégalités de santé

L’analyse comparée des textes de la déclaration d’Alma-Ata de 1978 (voir encadré I.1) et du Cadre des soins intégrés de 2015 de l’Organisation mondiale de la santé (voir encadré I.2) indique une continuité dans les orientations de l’organisation internationale, à travers la priorité accordée à la première ligne (médecins généralistes, agents de santé) sur les deuxième et troisième lignes (principalement les hôpitaux régionaux et de spécialité). Les systèmes de santé de référence pour les bonnes pratiques ont un

pourcentage très élevé de réponses au niveau de la première ligne (95 % en Suède, par exemple). Un ratio technique de « médecin par lit » indique que la santé est plutôt intense en connaissance, la performance des systèmes de santé progresse lors d'une augmentation de ce ratio du médecin par lit d'hôpital (voir figure I.3).

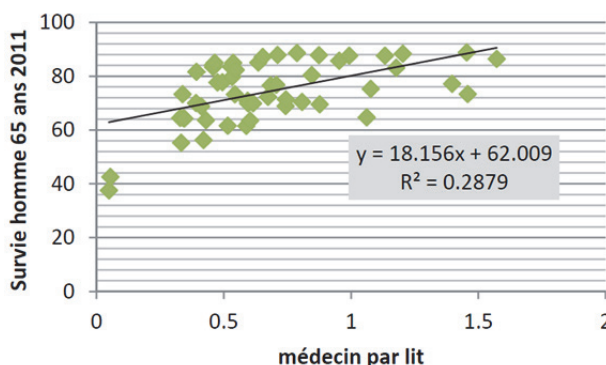


Figure I.3. Performance des systèmes de santé selon le ratio médecin par lit.
Source : données Banque mondiale, 2011

Les actions de réduction des inégalités de santé peuvent être réparties en trois types : celles dites « d'amont » (*upstream*) qui se concentrent généralement sur des facteurs généraux de condition de vie, celle dites « intermédiaires » à partir de facteurs de risques identifiés spécifiques, celles dites « d'aval » (*downstream*), se concentrant sur les conditions d'accès et la qualité des soins. Les conditions locales déterminent ce choix : il vaudra mieux, par exemple, améliorer la qualité de l'eau pour des communautés agricoles que l'approvisionnement en médicaments antibiotiques (choix de politique d'amont), ou assurer un suivi des malades (politique d'aval), ou une politique en raison d'un risque spécifique (par exemple, une vaccination contre un agent pathogène).

Stratégies, options politiques et interventions relatives au cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne (*extraits*)

(Document OMS EB 138/37, 18 décembre 2015)

Stratégie 1 : Autonomiser et associer les personnes et les communautés

Cette stratégie consiste à donner aux gens les occasions, les compétences et les ressources dont ils ont besoin pour faire appel aux services de santé de manière claire et autonome (...). Il s'agit aussi d'atteindre les groupes sous-desservis et marginalisés afin de leur garantir un accès universel aux services coproduits en fonction de leurs besoins spécifiques et aux avantages découlant de ces services.

1.1. Autonomiser et associer les personnes et les familles. [...] Il faut que les personnes et les familles soient des participants actifs

ACTIONS : éducation pour la santé, prise de décisions cliniques commune par les personnes, les familles, les aidants et les dispensateurs de soins, autoprise en charge, y compris évaluation des soins et plans de traitement personnels, connaissance de la navigation dans le système de santé, enquêtes sur la satisfaction des patients.

1.2. Autonomiser et associer les communautés

(...) ACTIONS : soins dispensés par la communauté, agents de santé communautaires, développement de la société civile.

1.3. Autonomiser et associer les aidants informels

(...) ACTIONS : formation des aidants informels, réseaux d'aidants informels, groupes d'entraide et groupes de patients experts, soins des aidants, remplacement temporaire des aidants.

1.4. Atteindre les groupes sous-desservis et marginalisés

Cette approche revêt une importance capitale pour garantir l'accès universel aux services de santé. Elle est essentielle pour atteindre des buts sociaux plus larges, telles l'équité, la justice sociale et la solidarité, et contribue à la cohésion sociale. Il faut intervenir à tous les niveaux du secteur de la santé et il faut aussi une action concertée avec d'autres secteurs et tous les segments sociaux pour tenir compte des autres déterminants de la santé et de l'équité en santé.

ACTIONS : intégration des buts de l'équité en santé dans les objectifs du secteur de la santé, services de terrain destinés aux groupes sous-desservis notamment unités mobiles, moyens de transport et télémédecine, sous-traitance de certains services, le cas échéant élargissement des systèmes fondés sur les soins primaires.

Stratégie 2 : Renforcement de la gouvernance et de la responsabilisation

Le renforcement de la gouvernance suppose une approche participative de la formulation des politiques, de la prise de décisions et de l'évaluation des résultats à tous les niveaux du système de santé – de l'élaboration des politiques jusqu'à l'intervention clinique.

2.1. Renforcer la gouvernance participative. (...)

ACTIONS : participation communautaire à la formulation et à l'évaluation des politiques, stratégies et plans de santé nationaux visant à promouvoir des services de santé intégrés centrés sur la personne, harmonisation et alignement des programmes des donateurs sur les politiques, stratégies et plans nationaux, le cas échéant, décentralisation au niveau local, gouvernance clinique.

2.2. Renforcer la responsabilisation mutuelle

Essentiellement, on entend par là le fait d'être redevable des décisions prises, ce qui englobe à la fois la notion « de rendre des comptes » (c'est-à-dire de fournir des informations sur le travail effectué) et le fait « d'être tenu pour responsable » (impliquant des récompenses ou des sanctions). (...)

ACTIONS : droits en matière de santé, fiches d'évaluation des dispensateurs, résultats notifiés par les patients et tableau d'évaluation équilibré, financement et établissement de contrats sur la base de l'efficacité du travail effectué, inscription des personnes auprès de dispensateurs de soins appelés à rendre des comptes.

Stratégie 3 : Réorienter le modèle des soins

La réorientation du modèle des soins consiste à veiller à ce que des services efficaces et efficaces de soins de santé soient conçus, obtenus et fournis par des modèles innovants de soins privilégiant les services de soins primaires et communautaires et les soins coproduits. Elle englobe une réorientation des soins avec moins de soins en milieu hospitalier et davantage de soins ambulatoires. Elle suppose des investissements en faveur de soins complets envisageant l'ensemble de la personne, y compris les stratégies de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé propres à favoriser la santé et le bien-être de la population. Elle respecte également l'égalité des sexes et les préférences culturelles dans la conception et le fonctionnement des services de santé.

3.1. Définir les priorités des services sur la base des besoins pendant toute la vie, en respectant les préférences individuelles

Il s'agit d'évaluer l'ensemble des services de santé offerts pendant toute la vie aux différents niveaux du système de soins. On associe pour cela différentes méthodes pour comprendre les besoins particuliers en matière de santé, y compris les préférences sociales, et le coût/efficacité d'autres interventions sanitaires afin d'orienter les décisions sur l'allocation des ressources aux soins de santé. On évalue aussi les technologies de la santé.

ACTIONS : évaluation des besoins locaux en matière de santé, mise en commun de services destinés à tous les groupes, services tenant compte des différences entre les sexes et des différences culturelles et liées à l'âge, évaluation des technologies de la santé.

3.2. Réévaluer la promotion, la prévention et la santé publique. (...)

ACTIONS : suivi de l'état de santé de la population, stratification des risques pour la population, surveillance, recherche et maîtrise des risques et des menaces pour la santé publique, promotion de la santé et maladie, réglementation de santé publique et application de la réglementation.

3.3. Mettre en place des systèmes solides fondés sur les soins primaires

Des services de soins primaires solides sont indispensables pour atteindre l'ensemble de la population et garantir l'accès universel aux soins. La mise en place de tels services suppose un financement adéquat, une formation appropriée ainsi que des liens avec d'autres services et secteurs. L'approche consiste à promouvoir la coordination et les soins continus aux personnes confrontées à des problèmes de santé complexes afin de faciliter l'action intersectorielle pour la santé. Elle préconise de faire appel à des équipes interprofessionnelles pour assurer la fourniture de services complets à tous. La priorité est donnée aux modèles de soins axés sur la communauté et la famille comme élément principal de la pratique.

ACTIONS : services de soins primaires avec une approche fondée sur la famille et la communauté, équipes multidisciplinaires de soins primaires, médecine familiale, filtrage pour l'accès à d'autres services spécialisés, augmentation de la part des dépenses de santé consacrée aux soins primaires.

3.4. Privilégier les consultations externes et les soins ambulatoires

La substitution des services remplace certaines formes de soins par des formes plus efficaces pour le système de santé. L'approche consiste à trouver le juste équilibre entre soins primaires, soins ambulatoires spécialisés et soins en milieu hospitalier en reconnaissant que chaque forme a un rôle important à jouer dans le cadre du système de prestation de soins.

ACTIONS : soins à domicile, maisons de retraite et hospices, réaffectation des hôpitaux aux seuls soins complexes aigus, chirurgie ambulatoire, hôpitaux de jour, soins progressifs.

3.5. Innover et incorporer des technologies nouvelles

Les changements technologiques rapides permettent l'introduction de modèles de soins de plus en plus innovants. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication permettent de nouveaux types d'intégration des informations. Lorsqu'elles sont utilisées judicieusement, elles assurent la continuité des informations, permettent de suivre la qualité, facilitent l'autonomisation des patients et permettent de desservir des communautés géographiquement isolées.

ACTIONS : échange de dossiers médicaux électroniques, télémedecine, santé mobile.

Stratégie 4 : Coordination des services à l'intérieur des secteurs et entre eux

Les services devraient être coordonnés pour satisfaire les besoins et la demande de soins et respecter les préférences. Pour y parvenir, il faut intégrer les dispensateurs de soins dans les cadres et entre les différents cadres de soins, renforcer les systèmes et les réseaux d'orientation entre les niveaux de soins et créer des liens entre le secteur de la santé et les autres secteurs. Une action intersectorielle s'impose au niveau

communautaire pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé et exploiter au mieux les ressources limitées dont on dispose, y compris, parfois, au moyen de partenariats avec le secteur privé. La coordination n'appelle pas nécessairement une fusion des différents services, structures ou tâches, mais vise plutôt à améliorer la prestation des soins en alignant et en harmonisant les processus et les informations entre les différents services.

4.1. Coordonner les soins aux patients individuels. (...)

ACTIONS : filières de soins, systèmes d'orientation et de réorientation, navigation en santé, prise en charge.

4.2. Coordonner les programmes et les dispensateurs de soins. (...)

ACTIONS : réseaux de prestation de services régionaux ou au niveau du district, acquisition de services intégrés, intégration de programmes verticaux dans les systèmes de santé nationaux, incitations à la coordination des soins.

4.3. Assurer la coordination intersectorielle

Une bonne coordination en matière sanitaire fait intervenir de nombreux acteurs du secteur de la santé et de l'extérieur, notamment les services sociaux, les finances, l'éducation, le travail, le logement, le secteur privé et l'application des lois. Il faut que le ministère de la Santé fasse preuve d'un *leadership* énergique pour coordonner l'action intersectorielle et, notamment, le dépistage précoce et une riposte rapide en cas de crise sanitaire.

ACTIONS : santé dans toutes les politiques, partenariats intersectoriels, fusion des services sanitaires et sociaux, collaboration avec le secteur de l'éducation pour aligner les programmes d'études sur les nouvelles compétences recherchées, intégrer la médecine traditionnelle et complémentaire aux systèmes de santé modernes, coordonner la préparation et la riposte aux crises sanitaires.

Stratégie 5 : Créer un environnement favorable

Pour que les quatre stratégies précédentes puissent être mises en œuvre dans la pratique, il faut aussi créer un environnement favorable permettant d'amener toutes les parties prenantes à entreprendre le changement transformationnel qui s'impose. Cette tâche complexe nécessitera une série de processus distincts pour apporter les changements nécessaires en matière de *leadership* et de gestion, de systèmes d'information, de méthodes pour améliorer la qualité, de réorientation des personnels, de cadres législatifs, d'arrangements financiers et d'incitations.

5.1. Renforcer le leadership et la gestion pour le changement

De nouvelles formes de *leadership* fondé sur la collaboration permettant de réunir des partenaires multiples sont nécessaires pour mener à bien la réforme des services de santé. Tous les professionnels des soins de santé, et surtout les cliniciens, doivent être associés à la gestion et au *leadership* pour le changement dans le cadre d'un partenariat continu avec les communautés locales.

5.2. Renforcer les systèmes d'information et la gestion des connaissances

La mise au point de systèmes d'information et d'une culture institutionnelle appuyant le suivi et l'évaluation, l'échange des connaissances et l'utilisation des données pour la prise de décisions est aussi une condition préalable du changement transformationnel.

ACTIONS : mise au point de systèmes d'information, recherche sur les systèmes, gestion des connaissances.

5.3. Chercher à améliorer la qualité et la sécurité

5.4. Réorienter les personnels de santé. (...)

ACTIONS : remédier à la pénurie et à la répartition déséquilibrée des personnels de santé, formation des personnels de santé, équipes multiprofessionnelles intervenant au-delà des limites institutionnelles, améliorer les conditions de travail et la rémunération, groupes de soutien des dispensateurs, renforcer les associations professionnelles.

5.5. Aligner les cadres de réglementation

Ces cadres jouent un rôle essentiel dans l'établissement des règles dans lesquelles doivent s'inscrire les interventions des professionnels et des organisations dans des systèmes de santé intégrés centrés sur la personne – par exemple en ce qui concerne la définition de nouvelles normes de qualité et/ou la rémunération en fonction des cibles de performance.

5.6. Améliorer le financement et réformer les systèmes de paiement

Des modifications sont également nécessaires en ce qui concerne le financement et le paiement des soins afin de promouvoir des niveaux adéquats de financement et d'incitations financières dans un système appuyant l'intégration des soins entre dispensateurs et cadres de soins, et de protéger les patients contre des dépenses directes excessives dues aux soins de santé.

ACTIONS : assurer un financement suffisant du système de santé et aligner l'allocation des ressources sur les priorités de la réforme, modèles de paiement mixtes fondés sur la capitation, paiements regroupés.

Encadré I.2. Stratégie de l'OMS pour des services de santé intégrés

L'éthique professionnelle médicale est celle de la décision contingente préservant l'équité. Elle introduit un ensemble d'actions de réduction des inégalités de santé. Le contenu de cet ensemble dépend de paramètres locaux. Cependant, la déclaration de 1978 privilégie les approches d'amont. Par contraste, le document de 2015 semble au contraire privilégier l'aval (par exemple, au point 3.3 du Cadre des soins intégrés : *Garantir l'accès universel aux soins*), en conformité avec les Objectifs du développement durable pour la période 2015-2030 des Nations unies.

Schématiquement, les grands textes internationaux se sont donc déplacés d'une approche très en amont (déclaration d'Alma-Ata de 1978), à une approche d'aval (le Cadre des soins intégrés de 2015), en passant par des approches intermédiaires, particulièrement en raison de la pandémie de VIH/SIDA. Certes, des facteurs structurels (de meilleures infrastructures, particulièrement pour l'adduction et le traitement des eaux) peuvent intervenir pour déplacer la politique optimale de réduction des inégalités de santé d'une approche d'amont à une approche d'aval. Cependant, des effets de substitution (par exemple, une meilleure prise en charge en addictologie en raison d'une politique de soins intégrés, combinée à une baisse des incitations à la réduction des consommations d'alcool) sont à redouter.

La question traitée dans cet ouvrage est donc celle des inégalités de santé dans ces nouveaux systèmes de santé, déclinés de façon programmatique dans cette approche de soins intégrés. Cette question peut recouper des interrogations plus vastes, comme les transformations induites par les nouveaux réseaux sociaux, ou encore par l'économie collaborative dans la société. L'introduction de la « télémédecine, l'échange de dossiers médicaux électroniques, la santé mobile » dans le monde est affectée de retards, et suppose des coordinations (des soins intégrés) pour un déploiement qui respecte l'éthique professionnelle. Alors que des exemples positifs d'économie collaborative à partir de réseaux interconnectés en santé existent, le plus important étant la Collaboration Cochrane pour la gestion documentaire professionnelle, les craintes d'une ubérisation sont vives parmi les professionnels de santé. Des offres de soins disponibles sur Internet, et des autorités de régulation qui peuvent avoir des objectifs centrés sur les systèmes existants et développés, viennent nourrir ces craintes.

Le plan suivi dans cet ouvrage se compose de deux sections principales. Une première partie fait une synthèse sur les problèmes d'inégalités de santé, la deuxième partie porte sur les architectures durables et équitables des systèmes de santé.