

fellows

le regard de chercheurs
internationaux sur l'actualité

n°24

1^{er} mai 2017

<http://fellows.rfiea.fr>

Réseau français des instituts d'études avancées
Aix-Marseille • Lyon • Nantes • Paris

Réformer les systèmes de santé publique

Santé et inégalités dans le monde arabe

Prioriser les efforts pour une réforme équilibrée et durable

Carla Makhlouf

[IMéRA, IEA d'Aix-Marseille, 2016-2017]

Anthropologue de la santé et épidémiologue, docteur de la Harvard School of Public Health (États-Unis), **Carla Makhlouf** est professeure à l'université américaine de Beyrouth et directrice du Centre de recherche sur la population et la santé. Elle a travaillé pour le Département du VIH de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle s'intéresse aux questions relatives à l'épidémiologie, la fertilité, l'utilisation des médicaments et l'éthique. Elle est l'auteur de nombreux articles publiés internationalement et a notamment co-écrit « HIV Testing and Care in Burkina Faso, Kenya, Malawi and Uganda: Ethics on the Ground », *International Health and Human Rights*, 2013.

SANTÉ ET OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Adoptés par les Nations Unies en 2015, les Objectifs de Développement Durable (ODD) indiquent les actions à mener en faveur du bien-être de la population mondiale, et succèdent aux Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) qui avaient préalablement été formulés pour combattre la pauvreté et réduire les inégalités dans le monde. Les huit ODM avaient mis l'accent sur les pays à bas revenus, les liens entre santé, éducation et développement, et définissaient une vingtaine de priorités, comme la hausse de la scolarisation ou la réduction de la malnutrition. Les ODD se veulent universels et englobent l'ensemble de la vie sur la planète, y compris l'environnement, le climat, le travail, la paix et la justice. Au nombre de 17, ils se traduisent par 169 objectifs à atteindre d'ici 2030 et peuvent être résumés par les « 5 P » : peuples, planète, prospérité, paix et partenariats. Bien que les ODD aient été critiqués comme trop ambitieux et difficiles à mesurer, ils ont réussi à mettre en avant un enjeu important : mieux vivre dans un monde plus juste, plus équitable, en respectant l'environnement et en protégeant les générations futures.

Les 47 cibles des ODD sur la santé peuvent être regroupées en trois catégories : la réduction des causes directes de décès et de maladies (cancer, maladies cardiovasculaires, infections...), la diminution des facteurs de risques (tabagisme, violence, pollution, malnutrition, mauvaises conditions d'hygiène...) et l'amélioration des facteurs qui influencent indirectement la santé (pauvreté, chômage, inégalités de genre...). La plupart de ces cibles requièrent des actions qui dépassent le secteur de la santé pour impliquer notamment l'emploi, le transport, les lois, ou encore l'économie. Les ODD demandent des efforts multi-sectoriels et des collaborations pluridisciplinaires.

Dans le monde arabe, certains pays sont à un stade avancé de transition épidémiologique avec une prépondérance de maladies non-transmissibles, alors que d'autres doivent encore lutter contre les maladies infectieuses ou



.....

Il faut repenser les systèmes de santé et d'information pour donner une plus grande place à la prévention, tout en rendant les traitements plus accessibles.

.....

l'ensemble des pays arabes sont liées aux maladies non-transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, dépression, accidents de la route), les maladies transmissibles et celles liées à la santé maternelle continuent toujours de sévir dans les pays les plus pauvres. Il faut repenser les systèmes de santé et d'information pour donner une plus grande place à la prévention, tout en rendant les traitements plus accessibles. En effet, les problèmes de santé sont aggravés par les guerres et conflits qui ont détruit les infrastructures de santé de pays entiers, décimés les rangs des professionnels et causés l'exode d'un grand nombre d'habitants. De plus, dans les pays arabes les dépenses de santé représentent une part réduite des budgets nationaux, tandis que les dépenses militaires bénéficient des pourcentages les plus élevés au monde, y compris dans les pays les plus pauvres.

L'une des cibles qui remporte cependant un consensus clair dans tous les pays est celle de la couverture sanitaire universelle (CSU). La CSU se fonde sur la reconnaissance d'un droit à la santé, et est envisageable quel que soit le niveau de revenu du pays. D'excellents exemples pourraient inspirer les pays du monde arabe qui n'ont pas mis en place ce dispositif. Dans ces pays, les principaux risques liés aux maladies non-transmissibles sont l'hypertension, le surpoids, le tabagisme, la mauvaise nutrition et le manque d'activité physique. **En grande majorité, ces risques viennent de facteurs comportementaux, ce qui nécessite d'intervenir à plusieurs niveaux.** Par exemple, exhorter les individus à mieux manger n'est pas suffisant pour lutter contre les maladies dues à une mauvaise alimentation : il est nécessaire de tenir compte de l'influence de l'industrie agro-alimentaire et des difficultés de certains groupes sociaux à trouver des aliments sains à des prix abordables. De même, la réduction des accidents de la route dépend

contre des pathologies faciles à prévenir, comme celles liées à la santé maternelle. En outre, les progrès réalisés pour atteindre les ODM ont été très inégaux : dans les pays riches du Golfe, on peut se féliciter du déclin de la mortalité infantile, alors que dans les pays pauvres comme le Yemen, le Soudan ou la Somalie, ces indicateurs restent très décevants. Aujourd'hui, si les principales causes de mauvaise santé dans

des comportements individuels, mais il faut aussi des lois et du personnel pour imposer l'usage des ceintures de sécurité, amener à investir dans les véhicules sûrs, et des politiques pour améliorer les réseaux de transport. Ainsi est-il souvent nécessaire d'intervenir hors du domaine de la santé pour effectuer des changements structurels. Par exemple, les maladies cardiovasculaires ou le diabète sont plus facilement réduits si on réglemente les aliments gras et sucrés, encourage la marche et l'exercice, et interdit de fumer dans les lieux publics.

Mais **il y a malheureusement peu d'exemples dans le monde arabe d'actions concertées des secteurs publics et privés**, notamment parce que le secteur privé est très puissant et que les gouvernements ne prennent pas d'initiatives efficaces en matière de prévention. En outre, de nombreux facteurs de risque y sont culturels. La mobilité réduite des femmes et les contraintes qui limitent leur autonomie peuvent, par exemple, contribuer à favoriser le surpoids, l'hypertension et la dépression, mais elles peuvent aussi réduire les risques liés aux accidents de la route. Ainsi les inégalités de genre représentent-elles une contrainte qui protège les femmes tout en augmentant leur vulnérabilité. De même, les liens familiaux qui caractérisent le monde arabe sont à la fois un soutien nécessaire dans le besoin, mais également un frein à l'autonomie individuelle. Enfin, en raison des grandes différences d'accès aux soins entre les pays et à l'intérieur d'un même pays, le recours aux services de santé se fait de manière excessive dans certains contextes et insuffisante dans d'autres. Comme on dispose de peu de données comparatives, il faudrait mener des enquêtes sur l'utilisation des services de santé afin de cerner les dysfonctionnements et d'améliorer la qualité des soins. Des systèmes informatiques plus performants, des mesures sur l'efficacité des services et les perspectives des patients sont nécessaires pour faire évoluer le système.

Pour atteindre les ODD, les pays, les organisations internationales et les bailleurs de fonds doivent décupler leurs efforts. Leur financement a fait l'objet de nombreuses études et projections, et de nombreux débats sur les fonds - conséquents - nécessaires, le rôle changeant de l'aide internationale, et les efforts requis pour mettre en place des mécanismes de transparence et redevabilité. Mais, l'application des politiques des ODD s'avère parfois en conflit avec des lois et politiques nationales, et il est difficile de réduire les inégalités face à la concentration des ressources et du pouvoir entre les mains de groupes de plus en plus restreints.

.....

Pour aller plus loin

Retrouvez l'article de Carla Makhoul ainsi que des contenus et références complémentaires sur fellows.rfiea.fr

William Weeks

[IMéRA, IEA d'Aix-Marseille, 2015-2016]

REDUCING INEQUALITIES, ENSURING FINANCIAL VIABILITY

Public healthcare systems have a dual obligation. Foremost, they must strive to improve the health of the people they serve. Second, they have a duty to taxpayers to use scarce resources efficiently and effectively in their primary pursuit. The tension between those obligations suggests that public healthcare systems should be strategic in how they address and resolve health inequities. Budget limitations preclude public healthcare systems from doing everything that they might like to do, so they must prioritize their efforts. Here, I propose a five-step process for prioritizing efforts.

First, it is critical for a public healthcare system to understand the state of health, health care access, and healthcare use in its population. Small area variation analysis techniques, conducted over time, can help identify inequalities in those measures, determine whether there are persistent regional patterns in any observed inequities, and also determine what is possible. This last part is critical, because what can be demonstrated to be tangibly and practically feasible can motivate performance improvement in healthcare settings that demonstrate room for improvement. Further, those who deliver or organize care services in higher performance regions can share their best practices with those in lower performance regions; however, they must be identified first.

William Weeks est professeur de psychiatrie et de médecine communautaire et familiale à l'Institut Dartmouth. Après avoir d'abord pratiqué la psychiatrie clinique, il a poursuivi sa carrière en tant que chercheur au sein du département américain des Vétérans, s'intéressant aux services de santé offerts aux anciens combattants, notamment en milieu rural. En France, il a été titulaire de la chaire Toqueville-Fullbright. Ses recherches actuelles portent sur l'économie de la santé, les revenus des médecins et le marché des médecines complémentaires et alternatives. Il a publié de nombreux ouvrages, dont très récemment *Unraveled: Prescriptions to Repair a Broken Health Care System* (CreateSpace, 2016).

Second, public health system leaders need to understand the drivers of any observed health inequities and identify which of those drivers might be modifiable. It is possible that with similar levels of performance, drivers might differ in different regions. This would suggest that tailored and targeted approaches to interventions would be most effective: what might work in one region might not in another if the drivers of the same level of disparities are different.

Third, public health system leaders must determine the costs of the means through which changes can be effected. These costs should include anticipated startup and maintenance costs and use standard financial discounting methods to allow for comparison of costs in present value terms. Importantly, sensitivity analyses that include both optimistic and pessimistic estimates of costs should be conducted so that a range and probabilistic distribution of present value cost estimates can be generated.

Fourth, estimates of the impact of interventions on health measures and the disparities that the interventions were designed to ameliorate must be calculated. Here, too, sensitivity analyses that examine ranges of anticipated impacts – and the timing of those impacts – should be conducted. Importantly, externalities should be estimated in this step (and may modify results in the former step). For instance, if reduction in mortality rates in one region would stimulate economic activity in that region, the indirect impact of improved economic activity on further reducing mortality rates should be considered. And, should that process uncover the potential for additional tax revenues generated by the improved economic activity, the impact of those tax receipts should be incorporated into the former step, as well.

Finally, once these preliminary analyses have been completed, public health system leaders must prioritize the list of potential interventions. Given their obligation to taxpayers, they should prioritize efforts that maximize health outcomes (or generate the greatest reduction in health disparities) at the lowest possible cost. There is a strategic aspect to this step, as well. Anticipated timing of the interventions and their impacts on health and externalities can impact the order in which interventions should be



William Weeks, 2016 ©ChDolory

implemented. For instance, an intervention that has less of a direct health impact might be prioritized before one that has a greater direct health impact if the former were anticipated to generate economic growth that could fund – and extend – the latter.

Critical to any analysis of health states and health disparities – including disparities in healthcare access – is an information system that collects relevant. Such a system need to routinely and consistently collect data so that data definitions are constant over time and are uniformly interpreted across geographic settings. Only by maintaining a data repository that preserves data over time can one assess whether progress in meeting the objectives of an intervention have been made.

But once such systems are in place, **public health system leaders have the obligation to use those data to transparently identify health disparities that warrant intervention, anticipate and strategically prioritize the impact of interventions on those disparities, and implement chosen interventions in a systematized and cost-responsible manner.** The proposed framework detailed above provides one method of doing so.

As the United States considers options to provide affordable and high quality healthcare to its population, it should consider pursuing the steps outlined above.

Currently, the United States has fragmented systems of data collection that can provide some information on the health, health services utilization, and non-healthcare social services use of some segments of the population.

Efforts to reform healthcare should establish data collection systems that facilitate the types of analyses and learning previously discussed. While there are some coalitions that collect and manage data from the entire population served – including, for instance, the High Value Healthcare Collaborative, the University Healthsystem Consortium, and the Medical Group Management Association – those systems are voluntary, not government funded, and are generally used for the purposes of understanding an organization's competition rather than for improving the health of the population.

In this regard, **the United States could learn from France, which already has comprehensive data collection systems that include health services utilization, social services utilization, and health metrics at the département level.** If used in the manner described above – and France is beginning to do so with new studies of geographic variation in health services utilization – such systems can lead to equitable, efficient, and improving health and healthcare for the French population.

Pour aller plus loin

Retrouvez l'article de William Weeks, des contenus et références complémentaires sur fellows.rfiea.fr

4 instituts d'études avancées en réseau
IMéRA, IEA d'Aix-Marseille
Le Collegium, IEA de Lyon
IEA de Nantes
IEA de Paris

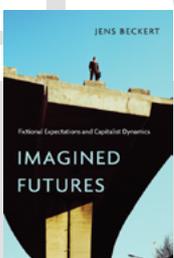
Direction éditoriale :
Olivier Bouin
François Nicoulaud



Fondation RFIEA
Contactez-nous!
Julien Ténédos
Caroline Rainette
contact@rfiea.fr
01 49 54 22 12



rfiea.fr
54 boulevard Raspail
75 006 Paris



PUBLICATION

Jens Beckert, ancien résident à l'**IEA de Paris**, a publié *Imagined Futures. Fictional Expectations and Capitalist Dynamics*, Harvard University Press, 2016.

Dans le système capitaliste, consommateurs, investisseurs et entreprises développent leurs activités en fonction des opportunités et des risques. Comment l'incertitude est-elle évaluée, c'est ce que les économistes ont tenté de comprendre en faisant appel à l'équilibre général et la théorie des attentes rationnelles. Mais en partant du postulat que, globalement, les marchés ne se trompent pas, ils sous-estiment le facteur de l'incertitude, de ce qui se passera réellement.

LABELLISATION

L'université de Lyon, dont le **Collegium de Lyon** est une composante, a obtenu le label IDEX fin février 2017. « Cette distinction reconnaît l'Université de Lyon comme un site académique d'excellence à vocation internationale ; elle va nous permettre de disposer de moyens supplémentaires au service de projets innovants, d'actions nouvelles à forte valeur ajoutée, et confirme notre projet de grande université intégrée à « Horizon2020 », s'est félicité le président de l'Université de Lyon Khaled Bouabdallah. La labellisation permet de sécuriser les dynamiques engagées avec le Programme Avenir Lyon Saint-Étienne, notamment à l'international, en matière de formation doctorale et de valorisation des savoirs.

COLLOQUE

Michèle Riot-Sarcey, professeure émérite d'histoire contemporaine et d'histoire du genre à l'université Paris-VIII-Saint-Denis, et historienne du politique et du féminisme donnera une conférence à l'**IEA de Nantes** sur Comment penser la liberté ? Il s'agira de faire revivre les idées de liberté surgies au cours des expériences ouvrières et des révolutions sociales du XIXe siècle français. Minoritaires et utopiques, incomprises à leur époque, celles-ci ont été maltraitées par l'histoire. Leur actualité s'impose pourtant aujourd'hui, à l'heure où l'idée de liberté individuelle a été dissociée de la liberté collective et réduite au libéralisme et à l'individualisme.

IEA de Nantes

Mardi 9 mai 2017 à 18h, Lieu Unique