

LE SYSTEME DE SANTE «IDEAL» EXISTE-T-IL ?

Pr. Taoufik NACEF

INTRODUCTION, PROBLEMATIQUES

La «crise» des économies et des institutions creuse les inégalités, déstabilise le sentiment d'appartenance, distend le lien social. Les États peinent à assurer leur rôle de régulation et de redistribution : les ressources manquent, les demandes des groupes d'intérêts (formels et informels) et des lobbys sont souvent contradictoires, pressantes. Le financement des prestations sociales se pose avec une grande acuité, d'autant que la mémoire de l'État providence est encore vive parmi de larges couches de la population. Dans ce contexte (mondialisé) comment assurer autrement que par (la rhétorique de) la charité et (de) l'entraide, par des mécanismes pérennes, la satisfaction du droit à la santé pour tous les citoyens, inscrit dans les chartes et les constitutions ? Existe-t-il une forme d'organisation et de combinaison des ressources performante, adaptée à toutes les époques, en particulier aux temps de «pénurie» et à tous les pays quelles que soient leurs options politiques et sociales ? Quelles seraient les caractéristiques de ce modèle ? Quel niveau d'allocation (en termes de % du PIB et/ou de dépense par personne) un État doit-il affecter à la santé pour que la satisfaction de la demande soit garantie (au moins pour une gamme de prestations «essentielles») et pour que les professionnels de la santé jugent épanouissant l'exercice de leur métier ?

METHODOLOGIE

Pour tenter de répondre aux objectifs de l'étude, nous avons opté pour l'approche suivante :

Les grands dossiers de Santé publique

▪ Un panel de pays, dont la Tunisie, ayant des niveaux de développement social et économique (voir tableau I : classement IDH, coefficient de Gini) et des régimes de gouvernement différents a été sélectionné ;

▪ Aux fins de comparaison entre modalités de prise en charge des soins et niveau des dépenses dans ces pays et de leur impact sur l'état de santé des populations, le choix s'est porté sur des indicateurs, en nombre limité, disponibles dans la plupart des relevés statistiques publiés par les organisations internationales (tableau I).

Il s'agit d'indicateurs globaux, ne rendant pas compte des situations spécifiques, parfois même imparfaitement corrélés avec la perception que les citoyens ont de leur niveau de santé. C'est ainsi que, alors que 90% des américains déclarent être en bonne santé, 72% seulement des français et 80% des islandais éprouvent la même sensation !

Tableau I : Indicateurs de santé et du développement *

PAYS INDICATEURS	Tunisie	France	USA	Islande	Grèce	Cuba
PIB consacré à la santé %	6,2	11,8	17,4	9,7	≈10%	5,1
Dépenses de santé par habitant (US dollars)	584	3978	7960	3538	2724	674
Système d'assurance maladie	Public (80%)	Public (80%)	Public : 48%) Privé 33%) Ménage 12%)	Public 82%	Public 60%) Privé 40%)	Public
Lits hospitaliers /1000 habitants	1,8	6,6	3,1	5,8	4,8	
Médecins/1000 Habitants. (dont % spécialistes)	≈1,5 (48% sp)	3,3 (47% sp)	2,4 (65% sp)	3,7 (61% sp)	6,1 (56% sp)	6.0 (57% sp)
Espérance de vie à la naissance (en années)	75	81	78,2	82	80,3	80

Les grands dossiers de Santé publique

PAYS	Tunisie	France	USA	Islande	Grèce	Cuba
INDICATEURS						
Taux de mortalité infantile (1000 naissances)	16,7	3,9	6,5	1,8	3,1	5,3
Vente de Tabac (% adultes tabagiques quotidiens)	33	26	16	15,8	39,7	24
Classement IDH 2012 (rang) sur 180 pays	98 ^e	20 ^e	3 ^e	14 ^e	29 ^e	59 ^e
Coefficient de Gini* (2012)	0,398	0,327	0,408	OMS	0,343	0,41

Sources : - Tunisie : enquête MICS4, Déc. 2012.

- Panorama de la santé 2011 les indicateurs de l'OCDE

Le coefficient de Gini est censé mesurer l'inégalité des revenus dans un pays donné ; les valeurs oscillent entre 0 (égalité parfaite) et 1. En 2012, le Danemark est l'État où la répartition des revenus se rapproche le plus de l'optimum (0,247) et la Namibie l'État le plus inégalitaire (Gini à 0,743).

RESULTATS

Quelles conclusions peut-on tirer de l'analyse des données relatives aux pays choisis, relevées dans les bilans de la santé dans le monde, publiés par les organisations internationales (OMS, Banque Mondiale, OCDE) et dans certaines études particulières (telle que l'enquête MICS 4, relative à la situation de la mère et de l'enfant en Tunisie, réalisée en 2011-2012 et publiée en 2013)? Tableaux I et II.

1- Dans la plupart des pays, y compris ceux où le libéralisme, l'initiative individuelle et l'économie de marché sont le dogme, l'État est un intervenant majeur dans le secteur de santé.

2- Un niveau élevé de dépense ne garantit ni l'efficacité, ni l'équité. Ainsi, malgré les contraintes du blocus et de l'isolement, Cuba est devenu exportateur de biens, en particulier de produits pharmaceutiques dont certains issus des biotechnologies, de services

Les grands dossiers de Santé publique

et de cadres médicaux spécialisés; le modèle de soins basé sur la santé familiale et la prévention est plébiscité par les cubains alors que, par ailleurs, ces derniers revendiquent l'avènement de l'économie de marché et de la liberté d'entreprendre.

Aux USA, pays géographiquement proche de Cuba, première puissance industrielle dans le monde, l'organisation est différente ; les résultats appréciables, la qualité des services sans conteste bien meilleure qu'à Cuba. Toutefois, malgré le niveau élevé de la dépense moyenne, les inégalités persistent, un nombre appréciable (des dizaines de millions) d'américains vit dans la précarité. Le fait qu'une importante minorité de citoyens ne peut accéder aux services de santé explique vraisemblablement «la qualité» des indicateurs, même dans des domaines hautement spécialisés, comme l'assistance aux cardiaques en crise (1) bien en deçà de ceux d'autres pays avancés, d'Europe et du Canada.

3- Dans les pays d'Europe (Scandinavie, France, Angleterre....) ayant (eu ?) en héritage commun l'État providence, la dépense de santé par personne tourne autour de 4000 US\$; les indicateurs témoignent d'un état de santé sensiblement meilleur et plus équilibré que celui de la population des Etats Unis.

4- La Grèce, qui se débat actuellement dans une crise sociale et sanitaire grave, les structures publiques, recours ultime pour la masse des citoyens marginalisés par la crise, sont dans une situation de quasi faillite, est un cas particulier. La densité médicale y est élevée ; les facultés produisent annuellement un nombre important de diplômés (16 par 100.000 hab. en 2009) ; le métier est attractif, le rapport entre les revenus du médecin et le salaire national moyen était en 2009 parmi les plus élevés d'Europe. Le pays était fortement équipé en appareils d'imagerie médicale de pointe, IRM et TDM (classé, derrière le Japon mais presque à égalité avec les USA, parmi les 4 à 5 «Champions mondiaux» ; par comparaison, la France fait pâle figure).

5- En ce qui concerne le taux d'examens pratiqués, principalement dans le secteur libéral (détenteur de la majorité des équipements), la Grèce était en pôle position des pays de l'OCDE (320 TDM/1000 Hab. ; 98 IRM/1000 Hab. en 2009) ; elle devançait même le Japon.

Les grands dossiers de Santé publique

Quelle analyse faire de ces indices et quelles leçons en tirer ? Faut-il les mettre en concordance avec le contexte économique et politique (passé, présent) et sociétal de la Grèce ? Tomber comme l'ont fait certains dans la caricature (pays du club méditerranée) ? Evoquer la fable de la cigale et de la fourmi ? En tout cas, la situation d'un pays à tous points aussi «proche» de nous, ne peut pas nous laisser indifférents.

6- Grâce à une action continue, planifiée, ciblant tous les facteurs influant sur l'état de santé (prévention sanitaire et hygiène, scolarisation, formation des cadres, emploi, habitat) débutée peu après l'acquisition de son indépendance, la Tunisie est parvenue à relever les défis de la phase de décollage du développement : éradication des grands fléaux, accroissement de l'espérance de vie, baisse de la mortalité, en particulier chez les enfants. Les résultats ont été spectaculaires, obtenus au moindre coût, moins de 4% du PIB étaient affectés au secteur de la santé soit entre 30 et 40 Dinars par habitant dans les années 1980. Soulignons au passage que des experts réunis à l'initiative de l'OMS estiment que pour assurer un ensemble minimal de services (vitaux) de santé, la somme à mobiliser serait de 44 \$/habitant en 2009 et 60 Dollars en 2015.

A partir des années 1990, le pays a été confronté aux problèmes générés par les transitions :

- Transition démographique avec notamment l'accentuation du phénomène d'urbanisation, le mariage tardif, l'avènement de la famille nucléaire, l'allongement de l'espérance de vie et l'émergence des problèmes liés au vieillissement.

- Transition épidémiologique et de la demande : à côté de la pathologie courante pour laquelle des services sont de plus en plus souvent requis, la prise en charge des maladies au long cours (cardiovasculaires qui touche 30% de la population adulte, mentales, cancéreuses avec une prévalence du 114/100.000 habitants) selon des protocoles «modernes» à base de médicaments «novateurs» (en fait bien souvent des copies, plus chères que l'original) nécessite la mobilisation d'importants moyens.

Bien qu'exigeante en matière de qualité des prestations et de réactivité du système, la majorité de la population serait opposée à ce que sa contribution au financement du système soit augmentée.

Les grands dossiers de Santé publique

▪ Transition de l'exercice des métiers de santé : les effectifs des professionnels, toutes catégories confondues, explosent ; leur emploi pose problème (ainsi, selon le Conseil de l'Ordre des Médecins, 2000 à 3000 médecins seraient en attente d'une installation). L'emploi dans le secteur privé est proche de la saturation et régresse dans le public.

Quoi qu'il en soit, le secteur libéral continue à se développer (tableau II). Des cliniques se créent, d'autres s'agrandissent ; les équipements de dialyse essaiment. Les centres et cabinets d'imagerie médicale se créent ou «actualisent» leurs équipements. Le secteur privé, réputé innovant et réactif, capte la clientèle aisée locale, celle des étrangers et des demandeurs de soins très spécialisés ; il séduit les meilleurs cadres.

Quant au secteur public sous financé, handicapé par les pesanteurs administratives et la routine ainsi que par certaines formes de manque de transparence et de lobbying, il ne peut faire face à l'afflux des clients des classes pauvres et moyennes. D'autant que des retards considérables dans la préparation et la finalisation des projets et des marchés engendrent des surcoûts ; ainsi, il peut arriver que des fournisseurs privés anticipant des retards, voire des défauts de paiement gonflent leurs factures. Les bénéfices du partenariat public/privé- thème récurrent de discours- est à sens unique (pot de fer contre pot de terre).

Enfin, de par la mission de service public qui lui incombe, l'efficacité et le principe de précaution prévalent sur la rentabilité et l'efficience, l'État entretient une importante infrastructure pour les besoins de la formation (Ecoles, Facultés), de l'administration, de la vigilance sanitaire, et des soins (Centres de santé, Hôpitaux) dans les zones densément peuplées comme dans celles, lointaines, à habitat dispersé ; sur les 23 000 lits constituant le patrimoine hospitalier, 86% dépendent du secteur public.

Les grands dossiers de Santé publique

**Tableau II : Equipements lourds de santé en Tunisie :
Répartition public/privé (année 2009)
(Source MSP, DEP)***

IMAGERIE	Public	Privé	Total
Scanner	35 (26%)	98/ (74%)	133
IRM	6(20%) dont 4 à Tunis	20 (~80%) dont 12 à Tunis	26
CARDIOLOGIE			
Angio numérisée	7	10	17
Instillation cathé	11	20	31
C E C	7	16	23
(64% de l'ensemble d'équipements appartenant au secteur libéral)			
LASER EXCIMER	1	13	14
LITHORIPTEUR	3	17	20
(quasi exclusivité du secteur privé)			
CARCINOLOGIE			
Accélérateur linéaire	3	4	7
Simulateur radiothérapie	3	3	6
Télécobalt	4	7	11
DIALYSE			
Centres	38(+7)(40%) parapublic	99 (60%)	174
Machines	534 (+137) (28%)	1777 (72%)	448
LABORATOIRE			
Biologie		321	
Anapath.		34	

DISCUSSION, CONCLUSIONS

1- En matière d'organisation et de financement des services de santé et du système d'assurance maladie, il n'existe pas de «modèle» applicable en toutes époques aux périodes de crise comme aux temps de prospérité à tous les pays, voire à toutes les communautés du même pays. C'est ainsi que, même aux USA – où le libéralisme économique, l'initiative individuelle et l'innovation technologique (on peut même parler d'un «complexe» médico-pharmaceutique et de l'assurance) sont les moteurs de la société – un système «solidaire», étatique prend en charge l'assistance aux millions de laissés pour compte par le marché.

2- En Tunisie, la majorité de la population bénéficie d'un régime d'assurance – maladie, les prestations peuvent être assurées, théoriquement au choix des familles, dans le secteur public et parapublic des soins ou dans le secteur libéral.

Dans les faits, le choix du prestataire est largement déterminé par les revenus : les personnes de condition modeste affluent vers le service public qui, débordé par la demande et sous-financé, leur assure une prise en charge dont la qualité est selon eux défailante (en termes de couverture et notamment de fourniture de médicaments). Quant à la minorité des gens aisés-classes supérieure et moyenne- elle a le plus souvent recours au secteur privé, dont le financement additionne les remboursements de la sécurité sociale avec les contributions personnelles. Les équilibres financiers des caisses d'assurance sont d'autant plus menacés que, avec les dégrèvements, les amnisties des cotisations, les défaillances d'entreprises, la crise des échanges commerciaux, le chômage et l'emploi «précarisé» dans le secteur organisé (et son corollaire le développement de l'emploi dans le marché informel), le nombre des cotisants et les revenus attendus des cotisations diminuent.

3- Pour équilibrer les comptes de l'assurance maladie (mutuelles incluses), les pouvoirs usent habituellement de nombreux palliatifs : déremboursements (de la totalité ou d'une partie du coût des médicaments et/ou de la journée d'hospitalisation...); encouragement à la prescription de génériques; consensus et guides pour servir de référence à la prescription et au remboursement; «traque» des conflits d'intérêt, profilages; appui aux solutions alternatives aux soins résidentiels prolongés (clinique de jour,

Les grands dossiers de Santé publique

hospitalisation à domicile) ; délégation de pouvoirs à des agences (empilement ?) ; soutien au «partenariat public privé» (transition vers la fin de l'État providence ?) ; voire mise en place d'une législation encadrant «la fin de vie»... Les résultats sont mitigés ; ces mesures, dont la mise en place a un coût, ont permis tout au plus de freiner l'augmentation des dépenses de santé.

4- Un pouvoir démocratique, légitime a pour finalité, grâce à une action coordonnée sur les «déterminants» de la santé, de favoriser l'accès au bien être et à la prospérité de l'ensemble des citoyens. Pour autant, l'État providence – planificateur, investisseur, employeur – qui à été, il faut le rappeler, le moteur du développement du monde occidental au siècle précédent, à la sortie des guerres et des crises, ne peut dans le contexte actuel, être totalement restauré.

Et ce même si on peut être révolté par le creusement des inégalités ; l'appauvrissement des «États» et l'enrichissement démesuré à l'abri de législations ambiguës d'une frange de la société ; les élucubrations de ceux qui prônent que la bonne «fortune» d'une minorité («nécessairement charitable») est favorable à l'éradication du chômage et de la pauvreté.

5- En Tunisie, à l'indépendance, une fois stabilisée la situation politique et établie le pouvoir des nouveaux dirigeants, des plans de développement ont été élaborés. La priorité était donnée à la promotion des ressources humaines par l'éducation, la formation et l'emploi ; la sécurité sanitaire et sociale et la sécurité alimentaire (disponibilité des biens agricoles et de l'eau). Grâce au charisme des dirigeants, aux sacrifices (notamment la baisse importante des salaires des fonctionnaires) et à l'engagement des élites, les progrès ont été spectaculaires et l'ascenseur social a pleinement joué. La crise actuelle catalyse les dérives morales du système («du socialisme des origines à l'affairisme»), les frustrations résultant du partage inéquitable des bénéfices du progrès et des années de gouvernance approximative.

Dans le secteur de la santé, alors que la demande croit et se complexifie et que pour y faire face les compétences ne manquent plus, de nombreuses difficultés (notamment le manque de perspectives et les limitations budgétaires) entravent la marche du secteur.

Les grands dossiers de Santé publique

Au cours des dernières années, les études, évaluations, expertises, n'ont pas manqué ; mais avec les luttes d'intérêts et le manque de «transparence» et de coordination qui ont caractérisé cette période, le recours aux palliatifs a été privilégié par rapport aux décisions privilégiant le long terme. Un débat national – «sociétal, populaire, participatif, inclusif» – sur la politique de santé vient d'être engagé ; gageons que les bons choix concernant les orientations du système seront faits et que les mécanismes de prévision et de programmation (des objectifs, des indicateurs, un échéancier) seront réactivés et mobilisés pour le décollage d'un nouveau projet de société global, intégrateur !

BIBLIOGRAPHIE

- 1- OCDE – Panorama de la santé 2011. Les indicateurs de l'OCDE pour l'année 2009, 1 vol.
- 2- MICS 4. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2011-2012. Résultats préliminaires déc. 2012, 1 vol. INS, Ministère du Développement Régional, UNICEF.
- 3- La couverture santé universelle en Tunisie. Rapport sur L'atelier organisé par l'association de défense du droit à la santé et le FNUAP-Mai 2013.
- 4- Carte Sanitaire de la Tunisie 2011. DEP, MSP, mai 2013, 1 vol.
- 5- Rapport sur la santé dans le monde, 2013-OMS.
- 6- Muhanzy N., Castel V. Le modèle de développement régional suédois, une source d'inspiration pour la Tunisie – Guidés par les étoiles du Nord, note économique, BAD, 2014,19 pages.
- 7- World happiness report 2013 SDSN.