

QUEL SYSTEME DE SANTE VOULONS-NOUS ?

Pr. Taoufik NACEF

Sollicités d'exprimer leurs griefs vis-à-vis de l'organisation et des performances des services de santé, les usagers pointent le plus souvent :

- S'agissant du secteur privé : le coût des prestations, le manque de transparence de la tarification ainsi que les entorses à la déontologie professionnelle et à l'éthique ;

- Pour ce qui est du secteur public : les délais d'attente démesurés, les pénuries, l'indifférence et le manque d'empathie du personnel ainsi qu'un rapport coût/bénéfice rédhibitoire - pour des bourses généralement modestes - lorsque l'on met en parallèle les sommes déboursées en sus (pour le «complément» de médicaments, les déplacements, le coût des échéances déprogrammées au dernier moment en raison de congrès, de pannes inopinées et/ou prolongées des matériels médicaux d'imagerie, de laboratoire...) et la «qualité» du contact avec les prestataires.

Globalement et à l'exception d'anciens qui gardent en mémoire le souvenir d'une époque somme toute récente où le médecin était rare, l'accès au spécialiste un chemin difficile et la liste des médicaments disponibles dans les institutions étatiques réduite, le sentiment dominant est l'insatisfaction. Un tel jugement majoritairement négatif, est-il justifié ? Ne traduit-il pas plutôt l'ambiguïté de la relation entre le médecin et le public ? Ce dernier continue à percevoir la médecine comme un art, un sacerdoce. De ce fait, il est condamné à voir ses espoirs -par ailleurs nourris par les avancées scientifiques, rapportés par les médias- déçus. En effet, le service de santé «idéal» auquel les citoyens aimeraient accéder devrait satisfaire aux critères suivants (condensés en un sigle : T.G.V. q.s.p) :

- Couverture des besoins exprimés curatifs/préventifs/de réhabilitation ; essentiels comme de confort, urgents comme pouvant être différés (T = «tout») ;

- Moindres frais, c.à.d. tiers payant symbolique moyennant un prélèvement raisonnable sur le revenu et l'assistance (solidarité) aux populations démunies (G = gratuité) ;

- Un système «réactif», accessible en toutes heures au plus près du lieu de résidence, au moins pour les 1^{er} et 2^{ème} niveaux (V = vite) ;

- L'assurance d'une qualité optimale, conforme à des normes validées par les experts nationaux, et du contrôle (Q = pour qualité) ;

- La garantie de recouvrer le maximum de bien être, sinon la guérison (S = santé) ;

- L'initiative du choix du (des) prestataire(s), un médecin de famille qui ne soit pas seulement un gatekeeper «économique» (P = personnel, privé, permanent)

Il est remarquable de constater que les analyses des professionnels de santé relatives aux finalités et à l'organisation du système, à la permanence et à la qualité des prestations, aboutissent par un effet, somme toute logique, de miroir aux mêmes conclusions. Les sujets de controverses et les conflits concernant notamment la gestion du secteur et la satisfaction des revendications «catégorielles» (employabilité, statuts, niveaux de revenus...) devraient être résolus dans le cadre d'arbitrages. Reste donc à concevoir et à mettre en œuvre les programmes et les stratégies adéquates, pour parvenir sinon au système parfait (idéalisé, rêvé), mais simplement à l'équité et à des rapports harmonieux («gagnant/gagnant») entre partenaires «sociaux».

Au cours des années écoulées, un important savoir a été accumulé. Des perspectives d'évolution à moyen et à long terme du système de santé ont été proposées (1, 2, 3) ; de nombreuses études sectorielles ont été réalisées et leurs conclusions/recommandations au mieux partiellement exploitées. Ces expertises ont porté sur les systèmes d'information, la téléimagerie, la télé médecine, le téléenseignement, la formation continue et le développement personnel ainsi que sur l'audit, l'évaluation, le contrôle et l'accréditation. Ont été également concernés par ces expertises : l'élaboration de consensus de soins (réhabilitation de la clinique et la sobriété de la prescription de médicaments), la simplification des procédures administratives, la

décentralisation, les statuts des médecins (notamment HU et l'APC), le code de déontologie médicale ainsi que l'engagement éthique (conflit d'intérêt), la carte de soins magnétique, le dossier médical unique, l'accès aux médicaments essentiels, la prévention de la tabacomanie, l'éradication des espaces publics de la pollution émanant des divers modes de consommation du tabac, la lutte contre les toxicomanies, *l'élaboration de plans d'intervention en cas de catastrophes...*

La «page» n'est pas «blanche» ; il suffirait de revisiter les archives institutionnelles et/ou personnelles, et de solliciter la «mémoire» des experts - actifs comme retraités - pour que dans un même élan (révolutionnaire ?), tous se mobilisent pour mettre ces études en cohérence et élaborent un projet collectif de plan de santé (couvrant la durée d'un mandat présidentiel, ne serait-ce que pour pallier les discontinuités observées dans le passé). Sans oublier, évidemment, la coordination avec d'autres départements (jeunesse et sport, éducation...) dont l'activité a un impact - déterminant - sur la santé.

Une fois le point des acquis fait (étape à laquelle on ne peut échapper en un tournemain par une formule choc), une fois inventoriés les besoins actuels, définis objectifs et stratégies, se posera la problématique du financement de la combinaison de ressources et de leur organisation, à même de garantir un optimum d'efficacité et d'équité. C'est principalement à ce niveau que la consultation populaire (par referendum ou enquête d'opinion ?) pourrait être décisive.

Les thématiques abordées pourraient être les suivantes :

- Quel niveau de prélèvement, sur leur revenu, dédié à la santé (taux de cotisation à un organisme d'assurances obligatoires par ex), les citoyens accepteraient-ils de déboursier ? Pour quelles garanties ? Quel niveau de prise en charge des prestations, modulé le cas échéant en fonction de la nature de la maladie et/ou des actes de soins ? Ne convient-il pas, pour atténuer les effets inflationnistes de la rémunération à l'acte, d'introduire une prise en charge forfaitaire de certaines activités (surveillance de la grossesse, surveillance du nouveau-né, vaccination, DRG pour les actes de chirurgie et la réanimation...) ? Dans le cadre du PPP, des appels d'offres ne pourraient-ils être lancés par les hôpitaux pour des prestations d'imagerie dans des centres privés à des tarifs préférentiels, les obstacles réglementaires pouvant être aisément contournés ?

- Comment améliorer la gestion (tout en visant une qualité conforme aux procédures recommandées) du secteur hospitalier public et privé ? Comment mobiliser les ordonnateurs de dépenses - médecins, techniciens, administrateurs - pour les inciter (audit, profilage, classements, primes...) à réaliser des économies, à se prémunir des conflits d'intérêt et de la corruption, à combattre les «fuites» ?

- Quelles solutions à des problèmes lancinants tels que l'activité privée complémentaire des médecins exerçant dans les hôpitaux ? Ou les statuts des médecins hospitaliers : bi-appartenance pour les HU, mi-temps pour les régionaux ? Ou la retraite : taux de cotisation et de pension des praticiens libéraux, institution d'un âge obligatoire de retrait de la vie professionnelle ?

- Comment faire (négocier) un usage adapté aux intérêts nationaux de l'aide internationale ? C'est ainsi, à titre d'exemple, qu'en additionnant les sommes réservées par les programmes d'assistance à la formation et à l'expertise, on pourrait alimenter le fonctionnement d'un système de formation continue/développement personnel (téléenseignement ?) performant.

Il est évident que, dans une étape préalable au débat populaire, on se sera assuré de l'engagement des gouvernants à ce que le droit à la santé, inscrit dans la constitution, n'est pas un simple argument rhétorique ; que le secteur de santé ne sera pas intégré au secteur marchand traditionnel et devienne un enjeu pour le pouvoir financier ; et que la charité ne sera pas substituée à la solidarité.

Pour conclure, nous rapportons le propos, volontairement provocateur, d'un économiste *néerlandais* spécialisé dans les problèmes environnementaux, Richard TOL, qui, parlant du Bangladesh pays vulnérable aux inondations, affirme (Courrier international n° 1223 du 10 au 16 avril 2014) que ce pays est aussi pauvre que l'étaient les Pays-Bas quand ils ont lancé leur premier programme de protection contre les inondations, il y a 150 ans ; la seule différence étant qu'à cette époque «les Pays-Bas avaient un gouvernement fort, capable de prendre les mesures décisives».

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Prospection de l'évolution de l'état de santé et du système de santé en Tunisie à l'horizon 2025. Rapport de synthèse d'une commission d'experts, MSP, mars 2009. Coordinateur de la commission : B. Zouari (avec M. Bchir, M. Seklani, Ch. Bekkay).
- 2- Le système de santé face aux mutations, pour répondre aux défis futurs. Réorganiser le système, intégrer la prévention aux soins de santé, développer la promotion de la santé. Rapport de synthèse d'une commission d'experts, MSP, mars 2009. Coordinateur de la commission : R. Ben Ammar.
- 3- Evaluation des prestations et du fonctionnement des hôpitaux. Rapport de synthèse d'une commission d'experts, MSP, 2010. Coordinateur de la commission : J. Daghfous (avec M. Amamou, M. Fekih, H. Houmane, N. Kaddour, N. Khrouf, T. Nacef, B. Zouari).