

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE



EQUITE ET ACCES A LA SANTE

15^{ème} conférence Annuelle

Tunis, le 10 décembre 2011

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE

Equité et accès à la santé

15^{ème} conférence Annuelle

Tunis, le 10 décembre 2011

Sigle : Poète tragique, Thuburbo Majus.
III^{ème} siècle. Musée du Bardo.

Comité National d’Ethique Médicale

BP 74 - Institut Pasteur de Tunis

1002 Tunis, Belvédère - Tunisie

Tél. : 216 71 783 828 **Fax** : 216 71 791 833

Mail : cnem@rns.tn - **website** : www.comiteethique.rns.tn

REMERCIEMENTS

- Le Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de la Technologie
- Le Ministère de la Défense
- L'Institut Pasteur de Tunis
- La Faculté de Médecine de Tunis
- L'Office National de la Famille et de la Population.

Ont bien voulu contribuer à l'organisation de la 15^{ème} conférence annuelle du CNEM. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

SOMMAIRE

- **L'équité et l'accès à la santé**
Pr Saadeddine ZMERLI 5
- **Droits humains, accès aux soins et équité :
définitions et concepts**
Béchir ZOUARI et Leïla SAIJI JOUDANE 9
- **Inégalités socio-économiques et équité d'accès
aux soins de santé**
Habib TOUHAMI 23
- **Système de santé et accès aux soins :
« expérience internationale »**
Noureddine ACHOUR 38
- **Carte sanitaire et accès aux soins en Tunisie :
état des lieux et perspectives**
Abdelmajid BEN HAMIDA 51
- **Accès aux soins et médecine de libre pratique**
Nejib CHAABOUNI 61
- **Synthèse et recommandations**
Zouhaier JERBI 70

L'EQUITE ET L'ACCES A LA SANTE

Saadeddine ZMERLI

Président du Comité National d'Ethique Médicale

L'équité et l'accès à la santé est le thème de notre conférence annuelle. C'est un des principes fondamentaux de l'éthique médicale.

Garantir un accès équitable aux soins est incontestablement un défi éthique majeur qui dépasse largement le seul domaine de la santé et qui dépend des choix économiques et politiques. Malheureusement, dans les faits, cet objectif est rarement atteint.

La définition de l'équité est révélatrice de confrontation entre éthique individuelle (fondant la relation médecin-malade) et éthique collective des professionnels de santé et des administrations de santé (chargés d'établir la viabilité d'un système d'assurance maladie)

Des conceptions différentes de l'équité font jour en santé. Elles se déclinent selon trois dimensions

- d'une part, la justice commutative, selon laquelle des individus égaux sont traités également,
- d'autre part, la justice distributive, qui propose de traiter différemment des individus présentant des besoins différents, en fonction de leur mérite.
- enfin une justice qui tente de coordonner les relations entre égalité, liberté et efficacité

Ainsi les économistes et les philosophes ont été amenés à distinguer trois grandes conceptions de la justice, qui sont

toutes susceptibles de fonder un système public d'assurance maladie dans l'allocation des ressources.

- ***La conception égalitariste*** est fondée sur la notion d'égalité : à défaut de pouvoir assurer directement l'égalité dans le résultat (la santé), le système de soins se doit d'assurer l'égalité des moyens (les soins médicaux) en garantissant un accès aux soins influencé uniquement par le besoin. Cette conception est celle du système français d'assurance maladie et du système tunisien qui s'en inspire.. La conception égalitariste trouve aujourd'hui ses limites car elle est dans l'impossibilité d'établir des priorités dans l'allocation des ressources.
- ***La conception libérale de la justice*** est construite autour des notions de liberté individuelle et d'efficacité des mécanismes de marché. Cette conception recommande un accès aux soins selon les lois du marché, à l'exemple du système américain.
- ***La troisième conception*** tente de concilier l'égalité avec la liberté et l'efficacité. Elle préconise que l'accès aux soins soit organisé à l'avantage des individus dont la santé est la plus médiocre et des plus pauvres. Un tel système peut légitimer la mise en place de tickets modérateurs différenciés en fonction des revenus, comme c'est le cas en Irlande.

Ainsi l'accès équitable aux soins dépend de facteurs multiples et notamment des choix économiques et politiques.

Le Comité National Tunisien d'Ethique Médicale¹ qui a la charge de cette conférence comporte 26 membres, Dix membres sont « es qualités » et seize autres représentant différents ministères.

¹ Consulter le site web : comiteethique.rns.tn

Il est doté d'un **conseil technique** de sept membres, présidé par Hind Bouacha, professeur en Médecine.

Il est **multidisciplinaire** comprenant dix médecins, deux dentistes, deux juges, un journaliste, un philosophe, un historien, un sociologue, un théologien, un vétérinaire et un administrateur.

J'ai aujourd'hui l'honneur d'être le troisième Président du Comité national d'Ethique après Jalloul Daghfous et Bachir Hamza, le pionnier de l'éthique médicale en Tunisie. De 1995 jusqu'à sa disparition en 2006. Bachir Hamza s'est consacré à la mise en pratique de l'éthique médicale et à son développement dans le cadre de la Santé et à l'extérieur. Il y était préparé. Son souci de pratiquer une médecine vraie, juste et responsable l'ont conduit à développer une déontologie pédiatrique pour des problèmes de transplantation cardiaque, de fertilisation in vitro, d'euthanasie, pratiques qui ne sont pas réservées à la seule pédiatrie.

Son élection au Comité International de Bioéthique (CIB) de l'UNESCO a fait connaître notre Institution sur le plan international

Parallèlement à Tunis il créait et développait des comités locaux d'Ethique intra hospitalier Hôpitaux leur faisant ainsi jouer un rôle important dans l'enseignement, la diffusion et l'apprentissage de l'Ethique.

Les actions du CNEM se sont caractérisées par l'émission technique de huit avis concernant des questions d'actualité par son conseil technique, la tenue de 14 conférences, annuelles précédant celle d'aujourd'hui et de plusieurs manifestations internationales .

Elles répondaient au rôle du Comité défini par le décret loi de septembre 1994 par les termes suivants :

- **donner un avis** sur les problèmes moraux et éthiques soulevés par la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine, de la santé et de la pratique médicale ;
- **édicter de grands principes** pour concilier les progrès accomplis dans les sciences biomédicales avec les normes éthiques, les valeurs humaines, les droits de l'homme, les réalités sociales et culturelles de la Tunisie ;
- **développer la culture éthique** et la formation en bioéthique dans tous les milieux de la société.

Le Comité National d'Ethique a vu ainsi ses activités s'élargir à tous les domaines de l'activité sociale.

DROITS HUMAINS, ACCES AUX SOINS ET EQUITE : DEFINITIONS ET CONCEPTS

Pr Béchir ZOUARI

Pr en Médecine

Avec la contribution de Dr Leila SAIJI JOUDANE

Représentante Assistante - FNUAP Tunisie

INTRODUCTION

Les droits humains (appellation préférable celle de droits de l'homme, jugée discriminante à l'égard du sexe féminin) ont été abordés dans plusieurs documents officiels.

La déclaration universelle des droits de l'homme signé le 10 décembre 1948 par les 58 États membres que l'ONU comptait à l'époque précise dans son article premier que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ».

Cette égalité proclamée interdit toute distinction « notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation...[ni] fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante, que ce pays ou territoire soit indépendant, sous tutelle, non autonome ou soumis à une limitation quelconque de souveraineté ».

Plus spécifiquement l'article 25 abordant les droits sociaux énonce : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le

logement, les soins médicaux, ainsi que pour les services sociaux nécessaires. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales.

La constitution de l'OMS, adoptée en 1946, définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social et précise que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

La déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, adoptée le 12 septembre 1978, affirme : « 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 ».

Plus récemment (1986) la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé réaffirme que « Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux tout comme les personnels de santé sont particulièrement

responsables de la médiation entre les intérêts divergents en faveur de la santé ».

Curieusement, la Constitution tunisienne de 1959 (amendée par la suite à différentes reprises), bien qu'elle reconnaisse, et garantisse les libertés fondamentales et les droits de l'Homme dans leur acception universelle globale complémentaire et interdépendante », ne fait pas référence explicitement au droit à la santé, ni non plus aux droits sociaux spécifiques.

DROITS ET DEVOIRS²

Le concept de droit est indissociable de celui de devoir. En effet, l'approche basée sur les droits humains reconnaît les êtres humains comme étant des détenteurs de droits et définit des devoirs ou obligations pour les personnes qui ont en charge la gouvernance des affaires des différents pays et territoires. On établit de la sorte une relation entre des individus ou des groupes appelés « détenteurs de droits » et des acteurs gouvernementaux ou non gouvernementaux qui ont des obligations à l'égard des détenteurs de droits, appelés « détenteurs d'obligations ». Par exemple : « Un enfant en âge d'être scolarisé a un droit à l'éducation, d'autres intervenants ont le devoir d'assurer que ce droit soit respecté ». Les détenteurs de devoirs ou obligations doivent s'engager à :

- 1- « respecter » les droits : S'abstenir de s'ingérer dans la jouissance du droit,

²Cette partie est largement empruntée à « L. Joudane L'Approche basée sur les droits humains, Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population, Tunis, 2009.

- 2- « protéger » ceux qui en sont détenteurs et empêcher les autres de s'ingérer dans la jouissance d'un droit
- 3- « réaliser » c'est-à-dire adopter les mesures appropriées pour la réalisation totale du droit

PHILOSOPHIE DES DROITS HUMAINS

Les principes qui sous-tendent les droits humains sont au nombre de six :

- L'universalité et l'inaliénabilité : les droits humains sont les mêmes pour tous et partout et nul ne peut en être dépossédé. Elle considère que le plus important, ce n'est pas, par exemple, que « les besoins de 80 % des enfants en matière de vaccination sont satisfaits », mais que « les droits de 20 % des enfants en matière de vaccination sont violés »
- L'indivisibilité : les droits humains constituent un « tout » qu'on ne peut pas fragmenter en sous-ensembles.
- L'interdépendance et l'interconnexion : la réalisation d'un droit est le plus souvent tributaire de la réalisation d'autres droits : par exemple, le droit à la santé ne peut être réalisé sans que les droits à l'éducation, à l'emploi, au logement, etc. ne soient réalisés.
- L'égalité (et son corollaire la non discrimination) : les droits sont à réaliser pour tous ceux qui en sont détenteurs.
- La participation et l'inclusion : la réalisation doit se faire AVEC les détenteurs de droits.
- La redevabilité et l'autorité de la loi : les détenteurs d'obligations doivent rendre compte de leurs actes aux détenteurs de droits et la Loi doit être au-dessus de tous, y compris des détenteurs d'obligations.

Schématiquement, on peut opposer l'approche centrée sur les besoins (approche classique en politique de santé) et l'approche basée sur les droits.

L'approche centrée sur les besoins envisage le contexte social plutôt que politique, alors que l'approche centrée sur les droits envisage les contextes social, économique, culturel, civil et politique, en se basant sur le principe de « l'indivisibilité des droits ».

L'approche centrée sur les besoins considère que les besoins sont des revendications légitimes, et que la satisfaction des besoins s'accommode de la charité, tandis que celle basée sur les droits présuppose toujours qu'il incombe des obligations à l'État et que les droits exigent davantage que la charité.

L'approche centrée sur les besoins admet que les besoins soient satisfaits sans renforcement de l'autonomie, alors que celle basée sur les droits considère que l'autonomie est la condition sine qua non de la réalisation des droits.

La première se préoccupe des manifestations et causes immédiates des problèmes et développe des programmes sectoriels, la seconde s'attaque aux causes structurelles profondes et adopte une démarche intersectorielle, holistique.

Selon l'OMS, l'Approche Droit dans le domaine de la santé se réfère aux processus suivants:

- utiliser les droits humains comme un cadre pour le développement de la santé
- estimer et intégrer les implications des droits humains de l'homme dans toute politique de santé, de programmes ou de législation
- faire des droits humains une dimension intégrale pour la conception, la mise en place, le suivi et l'évaluation des

politiques de santé et des programmes dans toutes les sphères, y compris politiques, économiques et sociales.

ACCESSIBILITE

L'accessibilité ou mesure de la facilité qu'a la population d'accéder aux prestations fournies par la structure a diverses dimensions :

- une dimension physique : mesurée par la distance à parcourir pour bénéficier d'une prestation ; exemple l'accessibilité physique peut être mesurée par le ratio suivant : Population habitant dans un rayon de x Km (1 heure de marche)/ population totale desservie par la structure x 100 ;
- une dimension psychologique : correspondant à la qualité de l'accueil et de la communication dans la structure ;
- une dimension temporelle : correspondant à la permanence des prestations dans le temps et aux horaires d'offre des prestations ;
- une dimension culturelle : correspondant à l'acceptabilité des prestations pour la population et à la confiance que celle-ci a dans l'efficacité de ces prestations.

Considérons l'exemple : les soins de santé de base en Tunisie, cas du secteur public (centres de santé de base ou CSB).

Si la couverture géographique est largement assurée un certain nombre d'insuffisances. Les CSB doivent relever un double défi : celui de l'accessibilité temporelle et celui de la qualité, dont est tributaire l'accessibilité psychologique.

- *l'accessibilité temporelle* : la majorité des CSB (85 %) n'offrent pas de consultations médicales tous les jours de la semaine. Dans la plupart de ces structures, les consultations ne sont assurées que le matin ; en milieu rural, la durée de ces consultations est notoirement réduite au regard du nombre des consultations qui s'y présentent ; en milieu urbain, l'horaire d'ouverture est décalé par rapport aux horaires de disponibilité des usagers.

La conséquence en est triple :

- soit le recours injustifié aux services d'urgences des hôpitaux de différents niveaux
- soit le retard au recours
- soit le recours forcé et coûteux aux structures de soins de premières lignes privées :

- ***la qualité* :**

La qualité des soins en premières ligne a été bien analysé dans un rapport d'évaluation du programme de développement des circonscriptions sanitaires ce rapport a établi le constat suivant³.

« On peut distinguer trois dimensions de la qualité des soins : qualité du service (temps d'attente, conditions d'attente, confort de la salle de consultation etc.) qualité technique (qualité de la démarche thérapeutique et diagnostique, conformité aux standards de bonne pratique professionnelle etc.), et qualité relationnelle (relation

³ Cette partie est extraite du document : « Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie, Brahim Yazid, Pierre Blaise, Béchir Zouari, Vincent De Brouwere, Rapport d'une mission auprès de la Direction des Soins de Santé de Base, organisée par l'UNICEF du 6 au 16 septembre 2004 ».

médecin malade, globalité des soins, empathie, capacité d'écoute, démarche clinique centrée sur le patient).

La qualité du service. *Le service est rarement centré sur le patient. La quasi-totalité des consultations est interrompue au moins une fois par une entrée intempestive (sans même frapper à la porte avant d'entrer) pour résoudre un problème de service (un papier à signer, un avis pour un autre malade, un problème logistique de service). L'intimité du malade n'est donc pas respectée. On attend d'une consultation de médecine générale une relation plus personnalisée et respectueuse. Or, la considération pour le malade qui consulte, le respect de son intime, la démonstration d'une attention non distraite durant le temps de la consultation, semblent échapper totalement.*

En ce qui concerne la qualité technique des pratiques cliniques et thérapeutiques, *les patients sont rarement examinés, la prise de tension ou l'auscultation est loin d'être conforme aux standards de bonne pratique, les justifications des prescriptions d'examen complémentaires, radios ou ECG ne semblent pas très rationnelles.*

En ce qui concerne la qualité relationnelle, les médecins sont conscients qu'une relation *médecin - malade de bonne qualité est importante. Cependant, leur attitude est conforme à la formation traditionnelle, biomédicale et centrée sur une médecine de spécialité dans lequel la relation médecin - malade est instrumentalisée dans le but de permettre au médecin de poser un diagnostic de maladie. Dans la tradition médicale, un interrogatoire 'performant', parfois qualifié de « policier » a pour objet de traduire le discours du malade en symptômes et se doit d'écarter toute digression susceptible de distraire le raisonnement biomédical. C'est systématiquement le médecin qui conduit le dialogue, ne laissant pas d'opportunité au malade de s'exprimer ouvertement et de donner son point de vue. L'éventualité que le malade puisse proposer une meilleure alternative pour assurer cette observance n'est même pas imaginée. »*

Concernant l'accessibilité financière, la couverture du risque maladie en Tunisie peut être schématiquement décrite comme suit :

- un pourcentage difficilement chiffrable de la population tunisienne (et non de la population active employée) mais qu'on peut situer autour de 55%, bénéficie des assurances sociales. A ce titre, leur couverture contre le risque maladie est assurée désormais par la CNAM.
- un autre pourcentage (30%) bénéficie soit de la gratuité totale des soins dans les structures sanitaires publiques, soit surtout du bénéfice des tarifs réduits dans ces mêmes structures. Il devient de plus en plus difficile d'obtenir de bénéficier de cette « aide médicale gratuite », les démarches sont longues et les conditions à remplir très exigeantes.
- le quart ou le cinquième de la population ne bénéficie ni de l'un ni de l'autre régime. Ceci signifie que quelque soit leur recours en cas de besoin, ils doivent payer de leur poche, sans remboursement, les frais des soins nécessités par leur état de santé.

En fait, cette description est sommaire. En pratique :

- certaines personnes bénéficient d'une double voire d'une triple couverture : assurance sociale + assurance complémentaire (privée ou mutualiste) +/- régime autonome d'entreprise +/- gratuité statutaire des soins dans les structures publiques.
- d'autres personnes, pourtant ne disposant que de ressources très limitées, n'arrivent pas à obtenir le bénéfice de l'AMG II (tarifs réduits dans les structures publiques de santé) il s'agit des travailleurs du secteur informel (vendeurs à la sauvette, travailleurs à la journée)

- des personnes âgées vivant seules, des veuves avec ou sans enfants, des jeunes à la recherche d'un premier emploi.
- enfin, les travailleurs qui viennent à perdre leur emploi dans le secteur privé ne gardent le bénéfice de l'assurance maladie que pendant une année seulement après leur licenciement. Au-delà de ce délai, si elles ne retrouvent pas d'emploi, elles ne peuvent plus bénéficier de couverture contre le risque de maladie. Elles viendront donc grossir le rang des personnes non couvertes.

EGALITE, JUSTICE, EQUITE

L'équité peut être définie par le degré, dans lequel les services (de soins) sont fournis en fonction des DROITS.

L'équité n'est pas l'égalité : celle-ci peut être entendue dans le sens d'égalité des résultats, c'est-à-dire des états de santé. Elle est alors illusoire car l'essence de la vie est la variabilité des états.

L'égalité peut être entendue aussi dans le sens d'égalité d'accès aux soins c'est-à-dire d'égalité dans la fourniture des prestations. Cette acception est différente de l'équité car elle signifie qu'on offre la même chose à tout le monde alors que l'équité, entend qu'on offre plus à ceux dont les droits sont violés.

L'équité est une sorte d'inégalité dans le bon sens, celui d'une distribution qui privilégie les personnes qui ont les risques les plus élevés.

Quelles dimensions peut-on reconnaître à l'équité ?

- celle de la répartition des ressources
- celle de la couverture par les soins

Prenons des exemples : si on choisit comme indicateur la prévalence de la pauvreté on peut à partir des résultats des l'enquête sur la consommation et le budget des ménages distinguer 3 grandes régions par ordre de prévalence décroissante : le district de Tunis le nord-est et le centre-est, puis le sud et enfin le nord-ouest et le centre-ouest. En réalité les critères de pauvreté retenus par l'INS sont restrictifs. Les récentes mises au point le prouvent.

Un meilleur indicateur est représenté, par la dépense annuelle par personne et par année mesurée par la même enquête. Sur les bases de cette dépense on peut distinguer 4 grandes régions, toujours par ordre de niveau de dépense décroissant : le district de Tunis, le nord-est et le centre-est, le sud et enfin le nord-ouest et le centre-ouest.

Même si on choisissait un autre indicateur de besoin par exemple la mortalité, infantile ou encore la prévalence de l'analphabétisme le classement serait ... peu près le même.

Par comparaison à la répartition de la pauvreté, quelle est la répartition des ressources ? Nous nous limiterons aux ressources pour les soins de santé de base, les seules dont personne ne peut contester qu'elles doivent être équitablement réparties.

L'infrastructure des soins de santé, de base peut être évaluée par la densité du réseau des centres de santé de base. En réalité plus que l'existence "physique" de ces centres il importe d'évaluer comme nous l'avons déjà dit, la permanence des soins médicaux qui y sont disponibles. On peut monter aisément que la répartition selon le critère de permanence des soins médicaux curatifs est en sens inverse de la répartition selon le niveau de pauvreté.

L'infrastructure de référence est également importante à considérer. Illustrons-la par la disponibilité des lits de gynécologie-obstétrique de 2^{ème} et de 3^{ème} niveaux (nous ne ferons pas de distinction entre ces niveaux car les lits de référence dans les villes universitaires sont exclusivement de 3^{ème} niveau). La disparité, est moins importante mais les régions du nord-ouest et du centre-ouest ont toujours l'infrastructure la moins dense. Ceci ne prend pas en considération la répartition des gynécologues-obstétriciens sans la présence desquels les lits de référence n'ont pas d'utilité,. Or cette répartition est très inégale et les régions côtières regroupent plus des trois-quarts des spécialistes.

Le personnel médical de première ligne peut être évalué par le ratio "nombre d'habitants par médecin de santé publique affectés dans un centre de santé de base. La situation est légèrement différente des précédentes : le district de Tunis qui a le niveau de pauvreté le plus faible n'a pas la densité la plus élevée. Mais si on excepte cette région la répartition de la densité est encore en sens inverse de celle de la pauvreté.

Si on rapporte le nombre des médecins de santé publique de première ligne au nombre de centres de santé de base, on trouve que plus le niveau de pauvreté est élevé moins le nombre de médecins par CSB est grand.

Si nous considérons l'ensemble des médecins généralistes, qu'ils exercent dans le secteur public ou dans le secteur privé et ceci est intéressant dans la mesure où les deux modes d'exercice offrent des soins de première ligne, on retrouve la même disparité.

Les sages-femmes, qui sont une ressource essentielle pour le programme de périnatalité, sont plus équitablement réparties.

Les ressources financières peuvent être évaluées par le budget de fonctionnement des structures de première ligne (hors personnel) rapporté au nombre d'habitants. C'est là une mauvaise mesure parce que les disparités qu'elle mettrait en évidence sont en lien avec la disparité des ressources en infrastructure et en personnel médical.

Le principe de l'universalité des soins de santé, de base c'est-à-dire le fait qu'ils doivent être également accessibles à tout le monde oblige dans le cas des soins préventifs à admettre comme définition de l'équité, l'égalité. En effet on ne peut admettre de "sur-couvrir" par les soins préventifs les personnes les plus démunies. Qu'en est-il dans la réalité, ? Nous prendrons comme exemple la vaccination des enfants d'âge préscolaire et la surveillance des femmes enceintes. Il n'existe que peu de disparités entre les régions. Mais, retour sur les droits oblige, ce sont les NON COUVERTS qui comptent, bien qu'ils soient « également » répartis entre les régions, et non les taux de couverture. Ceci illustre bien la différence entre la notion de besoins, classique, et celle de droits.

CONCLUSION

La notion d'équité est indissociable de celles des droits. A l'ancienne conception basée sur les besoins, définis par les « experts » que sont les professionnels, doit se substituer celle des droits, entendus comme universels, indissociables, inaliénables et dont la réalisation oblige à « faire avec les gens » et non en les excluant et à considérer l'équité en termes de redevabilité des détenteurs d'obligation. Etre équitable, c'est réaliser les droits violés.

INEGALITES SOCIOECONOMIQUES ET EQUITÉ D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

par M. Habib TOUHAMI

Economiste et ancien Ministre

Préambule

L'inégalité devant l'accès aux soins, et par conséquent devant la santé et la mort, a constamment hanté toute conscience humaine avide de progrès et de justice. Hélas, loin de se résorber, les inégalités devant la santé et la mort ont grandi malgré l'élargissement du droit et de l'accès aux soins. En effet, si l'on se tient uniquement à cet indice synthétique qu'est l'espérance de vie à la naissance, on constate que ladite espérance de vie a certes augmenté pour toutes les catégories sociales, mais que cette augmentation a bénéficié beaucoup plus largement aux classes favorisées. Les inégalités face aux handicaps sont encore plus criantes. Quant aux soins dentaires, on constate que beaucoup trop d'assurés sociaux finissent par y renoncer, notamment pour des raisons financières. C'est cependant là un sujet à propos duquel les éléments statistiques comme les études spécifiques manquent cruellement dans notre pays. La raison est que l'on ne s'intéresse qu'à un seul côté du miroir et que les statistiques sur la mortalité sont insuffisantes ou inexploitable.

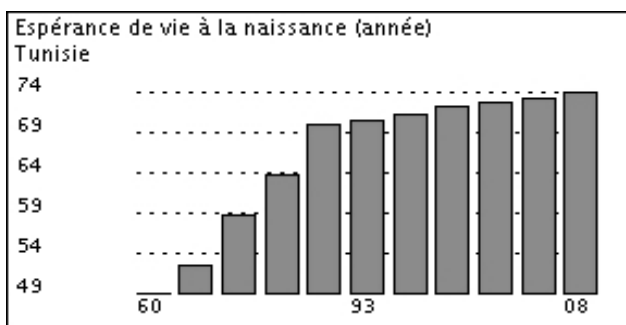
L'arsenal statistique est évidemment défaillant dans ce cas, aussi bien pour rendre compte d'une situation complexe par définition que pour tester la validité de certaines

corrélations susceptibles de lier, par exemple, classe sociale et mortalité ou espérance de vie à la naissance ou encore espérance de vie en bonne santé. D'abord parce que le concept de classe sociale fait intervenir deux critères, revenu et niveau culturel, et que ces deux critères peuvent aussi bien concorder que se différencier. A revenu égal, les études disponibles montrent en effet que le niveau culturel impose sa primauté. Ensuite parce que si l'on peut codifier le revenu, avec plus au moins de justesse, le niveau culturel s'avère nettement plus rétif à toute codification. Est-ce le niveau des diplômes obtenus qu'il faut retenir dans ce cas ou le résidu culturel ? En tout cas, les éléments fragmentaires dont on dispose sur la jouissance moyenne d'une pension de retraite par catégorie socioprofessionnelle confirment très largement la corrélation entre espérance de vie et CSP et plus globalement entre espérance de vie et positionnement socioéconomique. En fait, il n'y a pas de limite propre aux soins médicaux autre que les barrières érigées par un certain nombre d'obstacles : lieu de résidence, revenu, niveau socioculturel, éducation sanitaire, mode de couverture, taille du ménage, démographie médicale, carte sanitaire, etc.

L'état des données statistiques disponibles

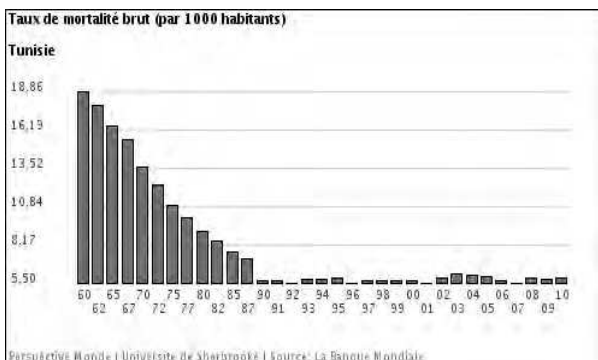
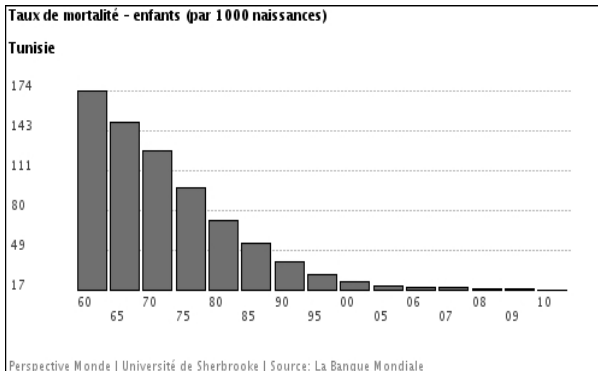
Certes, nous disposons de données globales sur l'évolution générale de la mortalité, voire de la morbidité, ou bien encore de l'espérance de vie à la naissance ; mais aucune indication n'est disponible sur la mortalité par catégorie socioprofessionnelle ou par tranche de revenu par exemple. Aucune indication exhaustive n'existe non plus pour statuer sur les besoins de santé indépendamment des moyens que tout un chacun est susceptible d'y allouer. On sait toutefois, et c'est là un exemple frappant, que le Gouvernorat de Gafsa se distingue, si je puis dire, par un taux de mortalité nettement

plus élevé que la moyenne nationale et que cet état est probablement lié au chômage qui sévit dans ce Gouvernorat. Mais, au-delà, rien de concret ne vient lier directement revenu, chômage, célibat, mortalité et espérance de vie aux inégalités d'accès aux soins.



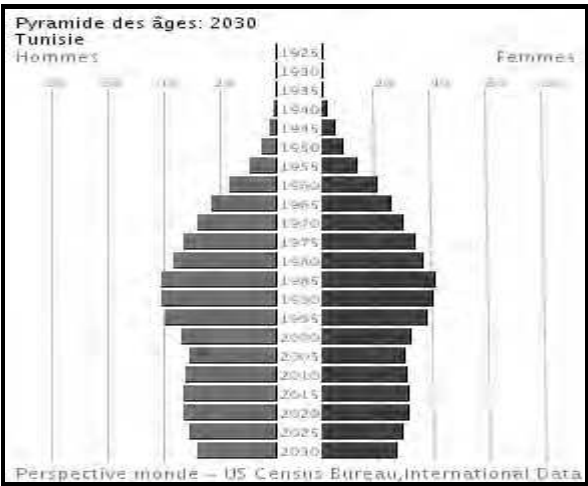
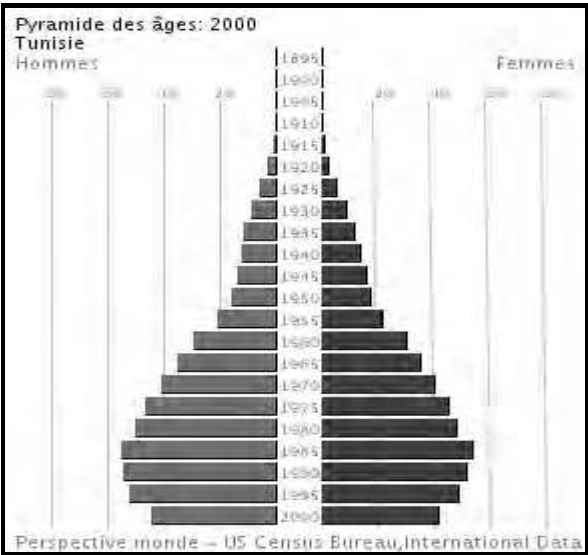
Source : Université de Sherbrooke

Ce qui, à mon point de vue, a retardé l'élaboration d'études spécifiques sur ce sujet est le fait que l'INS et d'autres institutions ont retenu, dans leur projection, les données sur la mortalité infantile comme variable explicative quasiment unique de l'évolution du taux de mortalité générale. Il faut dire que cette approche se défend pour des considérations méthodologiques et quantitatives (voir les deux graphiques ci-dessous). En effet, la baisse de la mortalité infantile a joué considérablement dans la baisse de la mortalité générale. Mais nous sommes placés désormais face à d'autres considérations comme l'effet du vieillissement de la population sur les dépenses de santé ou l'équilibre financier des régimes de retraite.



Le vieillissement de la population constitue en effet le paramètre déterminant parce exogène quant à l'évolution de la santé et des dépenses de santé. Or toutes choses égales par ailleurs, l'état de santé des individus est relativement comparable avant 35-40 ans. Au-delà, des écarts de santé commencent à se creuser à mesure que l'âge augmente. Ces écarts s'expliquent par nombre de paramètres dont le rang occupé par l'individu dans la hiérarchie sociale. Selon certaines études menées en Europe et qui font défaut en Tunisie, les personnes n'ayant fait que des études primaires subissent un vieillissement prématuré de 3 ans par rapport aux personnes ayant fait des études supérieures, les chômeurs un

vieillesse de 2,4 ans par rapport aux actifs, les chômeurs non qualifiés un vieillissement de 5,3 ans par rapport aux cadres supérieurs actifs.



Jusqu'ici, ni la politique sanitaire ni la Sécurité Sociale n'ont véritablement tenu compte du vieillissement de la population tunisienne. Or celui-ci constitue un trait caractéristique de la donne démographique et peu importe finalement qu'il s'effectue par le haut ou le bas, c'est-à-dire qu'il soit la résultante d'une relative dénatalité ou du prolongement moyen de la vie. En effet, le vieillissement de la population tunisienne pèse déjà grandement sur les dépenses nationales de soins de santé et pèsera de plus en plus lourdement sur les besoins en soins de santé dans les prochaines décennies. Autant dire alors que le vieillissement de la population aura des conséquences sur les ressources disponibles pouvant être alloués à la santé, le budget de l'Etat, les finances des ménages et de la Sécurité Sociale. A l'horizon 2030, la population âgée de 60 ans et plus atteindrait près de 20% de la population totale et au-delà de 30% à l'horizon 2050. Compte tenu des problèmes générés par le financement de la retraite dont le mode reste la répartition, mode nécessairement tributaire de l'évolution du rapport démographique, c'est-à-dire du rapport entre pensionnés et actifs cotisants, la Tunisie est pour ainsi dire acculée à mieux maîtriser l'évolution de ses dépenses de santé, et ce quel que soit le rendement de l'appareil productif. Dans le cas contraire, la Sécurité Sociale se trouvera inévitablement écartelée entre la survie des régimes de retraite et le financement de l'assurance maladie, entre les prestations de long terme et les prestations de court terme.

Toutefois, l'impact du vieillissement sur le rythme de croissance des dépenses nationales de santé dépend aussi de l'évolution de l'état de la santé des personnes âgées. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie peut cohabiter avec la dégradation relative de la santé. Dans certaines conditions, une population à haute espérance de vie peut très bien ne pas se porter bien physiquement. Autrement dit, c'est le différentiel

entre espérance de vie et espérance de vie en bonne santé qu'il faut avoir à l'esprit. Si l'allongement de la vie est concomitant avec l'amélioration de l'état de santé, le vieillissement de la population peut contribuer à la maîtrise des dépenses de santé par tête. Si, au contraire, le différentiel est en faveur de l'espérance de vie, c'est-à-dire que l'amélioration de l'état de santé par âge constitue la résultante d'un accroissement de l'intensité des soins, le vieillissement de la population se traduit inévitablement par une forte augmentation de la dépense par tête. Pour l'heure et selon l'OMS, l'écart entre espérance de vie à la naissance et espérance de vie en bonne santé se situe à 6 ans en Tunisie, contre 9 ans à Cuba et de dix ans aux Emirats Arabes Unis par exemple.

Venons-en maintenant aux autres données statistiques disponibles tout en notant que ces données ne nous renseignent guère sur les besoins exprimés mais sur les dépenses effectives ou sur l'offre de soins. Notons d'abord qu'en l'espace d'un quart de siècle, l'Etat, c'est à dire la Santé publique a réussi à se désengager sérieusement sur le compte des Caisses de Sécurité Sociale et des ménages. Ce désengagement constitue dans une large mesure l'application par les autorités publiques des recommandations faites par les institutions financières internationales, Banque Mondiale et FMI. En un quart de siècle, la charge du financement des dépenses de santé s'est profondément modifiée: la part de l'État a constamment régressé, alors que les dépenses privées des ménages sont passées de 34% à près de 54% actuellement (un sixième seulement de ces dépenses est pris en charge par les assurances groupe et les mutuelles). Il faudra attendre les résultats de l'Enquête de Consommation de l'INS pour mesurer l'impact de la réforme de l'assurance maladie sur ce partage des charges. Parallèlement, le budget de l'Etat contribue de moins en moins au financement de la Santé Publique. En effet, la part du Budget est passée de 80% en 1990 à près de 63% en 2003,

contre respectivement 22,2% et 14,2% pour la Sécurité Sociale et les ménages. La raison de ce chambardement est simple : le rythme d'évolution annuel moyen au cours de ces dernières années des DNS est une fois et demi supérieur à celui du budget alloué par l'Etat ; 11,7% pour les DNS contre 7% pour le budget de l'Etat.

Pourtant, 88% des lits d'hôpitaux appartiennent au domaine public et le principal prestataire de soins reste le Ministère de la santé publique même si le secteur privé des soins de santé représente 70% des services technologiques de pointe et emploie la moitié des médecins, 73% des dentistes, et 80% des pharmaciens. Or, les prestataires privés sont principalement financés par les dépenses directes des ménages. Autrement dit, l'accès aux soins dépend du revenu. Aussi, la pérennité du secteur privé est objectivement liée à la situation des revenus et leur répartition et non comme les corporatistes le prétendent au « dégraissage » de la Sécurité Sociale ou l'évolution de la démographie médicale.

En 2005, la dépense totale par personne et par an en soins médicaux pour l'ensemble du pays a atteint 112,1 dinars courants contre 70,9 dinars en 2000 et 49,4 dinars en 1995. Le rythme de croissance de ces dépenses s'est donc accéléré au cours de la période 2000-2005 par rapport à 1995-2000. Les dépenses en médicaments viennent en tête des dépenses en soins médicaux, suivies par les consultations, l'hospitalisation et la chirurgie médicale. L'enquête sur la consommation des ménages de 2005 note que la tranche de consommation supérieure enregistre un niveau de 280,8 dinars en soins médicaux contre 10,4 dinars seulement pour la tranche inférieure. Les plus nantis consomment en soins médicaux 28 fois plus en moyenne par rapport aux plus défavorisés. La dépense moyenne par personne et par an en soins de santé

selon la catégorie socioprofessionnelle s'est élevée en 2005 à 168,7 dinars pour les ménages dont le chef appartient à la catégorie des cadres et professions libérales supérieurs contre 63 dinars pour le ménage dont le chef est un ouvrier agricole, soit près de trois fois moins. Par ailleurs, la consommation moyenne par personne et par an en soins s'est élevée en 2005 dans le District de Tunis à 136 dinars, contre 133,3 dinars pour la région du Centre Est (Sahel + Sfax) et seulement 64 dinars pour la région du Centre Ouest. Par ailleurs, un ménage composé de 1 à 2 individus consomme en soins de santé par personne et par an en moyenne 277,5 dinars contre 63 dinars seulement pour un ménage composé de 9 individus et plus. Cette indication se recoupe évidemment avec les données relatives au niveau des revenus par CSP et niveau d'éducation.

Bref, ces données confirment la solidité du lien qui existe entre revenu, lieu de résidence, CSP et dépenses de soins et démontrent que le revenu reste l'obstacle majeur quant à l'équité devant l'accès aux soins. Il est vrai que les disparités socioéconomiques forment un tout indissociable et qu'il ne faut donc pas espérer agir efficacement contre la discrimination au plan des soins si les différences socioéconomiques continuent à s'élargir comme c'est le cas depuis 1986, date de l'application du PAS. Qu'en est-il maintenant de l'effet propre au mode de couverture ?

Aperçu général sur les modes de couverture sanitaire dans le monde

Le mode de couverture sanitaire joue un rôle fondamental quant à l'équité de l'accès aux soins et influence grandement la surmortalité de telle ou telle catégorie socioprofessionnelle. Disons, pour paraphraser une formule connue, que « chaque pays choisit ses morts en fonction de son

système de soins ». Schématiquement trois modes de couverture sanitaire existent de par le monde. Naturellement des variantes de ces trois modes principaux existent aussi. Ce dont il s'agit ici est de faire une analyse comparative de ces modes au plan de l'efficacité, du coût et de l'universalité. Nous verrons plus loin que le choix opéré relève fondamentalement du type de société et non du coût ou de l'universalité de la couverture maladie.

Le premier mode est celui appliqué aux USA. A dire vrai, il n'existe pas de régime général d'assurance-maladie aux Etats-Unis, mais, et ce contrairement à certaines idées répandues, le financement de la santé au USA est mixte. Toutefois, la part du lion revient aux assurances privées, les assurances publiques ne couvrant que certaines catégories de personnes défavorisées. En effet, les assurances privées (assurances-groupe+ assurances individuelles) couvrent près des $\frac{3}{4}$ de la population alors que les assurances publiques (Medicare et Medicaid) ne couvrent que 13% de la population contre près de 14% de non couverts. Les médecins et les hôpitaux aux USA sont généralement rémunérés à l'acte. Malgré tout, ce type de système de santé basé sur l'économie de marché s'avère être le plus coûteux (16% du PIB) et le plus inégal en termes d'accès aux services de soins

A l'autre bout de la logique et du choix sociétal se trouve le système britannique, le NHS ou service national de santé (1946). D'inspiration beverdgienne, en référence à Lord Beveridge, ce système est en principe gratuit et universel (GB, Irlande, Scandinavie, Portugal, Espagne, Grèce). Il est financé exclusivement par l'impôt. Toutefois une participation des assurés est exigée pour les soins dentaires et les médicaments notamment. Néanmoins, le NHS assure aux moins favorisés, aux étudiants, aux chômeurs, personnes âgées et les femmes enceintes la gratuité des soins pour les consultations chez les

spécialistes. Dans un souci d'équilibre, le NHS a introduit une forme de compétition inspirée des mécanismes du marché à l'intérieur d'un système public. Actuellement le Royaume Uni dépense 7% du PIB seulement pour la maladie. Cependant, l'apparition de certaines lacunes dont le délai excessif d'accès aux soins a conduit au développement du secteur privé. Aussi, des assurances privées se sont répandues afin de la prendre en charge ce supplément non pris en compte par le NHS, formant ainsi une brèche dans le caractère gratuit et universel du système.

Le système français est d'une toute autre nature. D'inspiration bismarckienne comme le nôtre, le système de santé français se veut universel et accessible à tous. Il comprend un régime général d'assurance composé de différentes caisses d'assurance-maladie auxquelles s'ajoutent des caisses d'assurance complémentaires. Du côté de l'offre de soins, les responsables privés et publics coexistent et les modes de rémunération sont variés. Le financement du système est assuré par des cotisations obligatoires versées par tous les citoyens aux caisses d'assurance-maladie. S'ajoutent à cette assurance obligatoire, les assurances facultatives qui sont contractées auprès des mutuelles ou des compagnies d'assurance privées pour couvrir les frais complémentaires qui ne sont pas inclus dans l'assurance-maladie obligatoire. Globalement, la France consacre près de 10% de son PIB à la santé et peut se prévaloir d'avoir mis en place un système de couverture relativement satisfaisant.

Que peut-on conclure à ce stade ?

Toutes choses étant égales par ailleurs, les pays dont le mode dominant de rémunération des prestataires de soins est à l'acte dépensent plus en soins de santé que les pays dans

lesquels la capitation (ou prestations directes) domine. Avec plus de 16% du PIB réservé à la santé, les USA affichent un « bilan » de santé comparable (et à certains égards inférieur) à celui de la plupart des pays développés d'Europe dépensant pourtant beaucoup moins que les USA (10% en moyenne). Toutefois, les systèmes de soins directs ont tendance à favoriser une forme de pénurie à l'exemple du NHS britannique. Mais ils offrent l'avantage inestimable de ne pas générer un inconvénient socioéconomique majeur, c'est-à-dire le rejet des catégories sociales les plus démunies vers un système public de santé sans suffisamment de ressources. Nous avons dans notre propre pays l'illustration parfaite de ce phénomène puisque nous y observons une concentration des centres privés de soins dans les régions les plus riches ou les plus accessibles et l'appauvrissement continu du secteur public.

Ce survol rapide des modes de couverture nous conduit d'abord à noter qu'il n'existe pas de système parfait et que le choix en la matière est d'abord politique. Il nous conduit aussi à constater que le mode de couverture qui est le nôtre a mieux réussi jusqu'ici à maîtriser l'évolution des dépenses nationales de santé, mais qu'il n'a en rien réglé le problème de l'équité quant à l'accès aux soins puisque l'essentiel des dépenses incombe toujours aux ménages et que la répartition géographique des centres de soins, publiques ou privés, combine des lacunes pénalisantes à cet égard.

En fait, tout système de couverture sanitaire doit remplir trois conditions essentielles: efficience, accès équitable aux soins, maîtrise des coûts. Pour l'heure, ces conditions sont mieux remplies par les systèmes de soins directs ou quand les dépenses publiques financent l'essentiel des DNS. Autrement dit, ces conditions sont mieux remplies quand le secteur public, sans écraser pour autant le secteur privé, est mieux armé humainement et financièrement pour remplir ses missions

Conclusion

Nous voilà arrivés aux termes d'une réflexion, qui est tout à la fois métaphysique, sociétale, démographique et socio-économique. On sait en effet que les pauvres êtres que nous sommes sont contraints de se coltiner avec une part d'héritage génétique. On sait aussi que dès le départ les cartes ont été inégalement distribuées. On sait également que l'habitus défini par Bourdieu comme « étant l'ensemble de dispositions acquises par un individu au cours de son histoire allant jusqu'à sa façon de se comporter, de penser et de sentir » joue grandement quant à l'accès aux soins, la santé et l'espérance de vie en bonne santé. On sait enfin que plus la richesse nationale est mal distribuée, moins efficiente est la politique de santé. Faut-il alors que l'organisation sociale s'en mêle pour handicaper davantage les uns et pour bonifier les avantages « naturels » et socioculturels des autres ? Certainement pas sinon l'exercice même de la profession médicale sera remis en question ainsi que la quête commune vers plus d'équité et de justice. Malgré tout, des solutions susceptibles d'atténuer les inégalités devant la santé et la mort existent, à charge pour la collectivité, les professionnels de la santé et les politiques de les affiner et d'en accepter les conséquences.

En plus d'une meilleure répartition des richesses produites et de la réactivation des mécanismes de redistribution des revenus, deux champs de réflexion sont à défricher de façon urgente et rationnelle. Le premier concerne l'assurance-maladie dont la réforme a été initiée sans grande cohérence et sans se soucier outre mesure de ses retombées sur l'inégalité d'accès aux soins, les équilibres financiers de la Sécurité Sociale dans son ensemble, l'avenir du secteur public ou la maîtrise des dépenses nationales de santé. Le second concerne bien évidemment le partage des tâches entre médecine privée et

médecine publique et une meilleure répartition des moyens entre les deux secteurs. Pour l'heure, ces deux mondes ne se complètent pas suffisamment. On peut même dire qu'ils s'ignorent ou se jalourent trop souvent. A l'intérieur même de la Santé Publique, le chantier béant de la carte sanitaire, de la normalisation et de l'harmonisation des structures publiques reste ouvert, faute de réformes que le pays attend depuis une quarantaine d'années.

Toute gestion efficiente d'un système de soins doit tenir compte de deux préoccupations majeures : l'équité quant à l'accès aux soins, la maîtrise des coûts. Un système de protection sanitaire est en effet condamné à la paralysie s'il n'intègre pas la dimension des coûts. Mais il court un danger plus grand s'il ne règle pas la question épineuse de l'équité de l'accès aux soins. Pour l'heure, notre système n'assure ni l'une ni l'autre de ces obligations. Il ne s'agit évidemment pas de noircir le tableau, mais bien de faire ressortir les interrelations qui existent bien entre la satisfaction des besoins, la démographie médicale, les contraintes économiques, les devoirs qui incombent à la collectivité et la nature du système de couverture du risque maladie. Tenir véritablement compte de ces interrelations constitue en soi le premier signe de la maturité et la bonne base pour trouver la solution qui sied.

SYSTEME DE SANTE ET ACCES AUX SOINS

« EXPERIENCE INTERNATIONALE »

Pr Nouredine ACHOUR

Directeur Général

de l'Observatoire national des maladies nouvelles et émergentes

INTRODUCTION

Un système de santé est une organisation complexe dont le but est de répondre aux besoins de santé d'une population déterminée.

Ils sont organisés en fonction des conditions sanitaires, économiques, politiques et sociales du pays considéré.

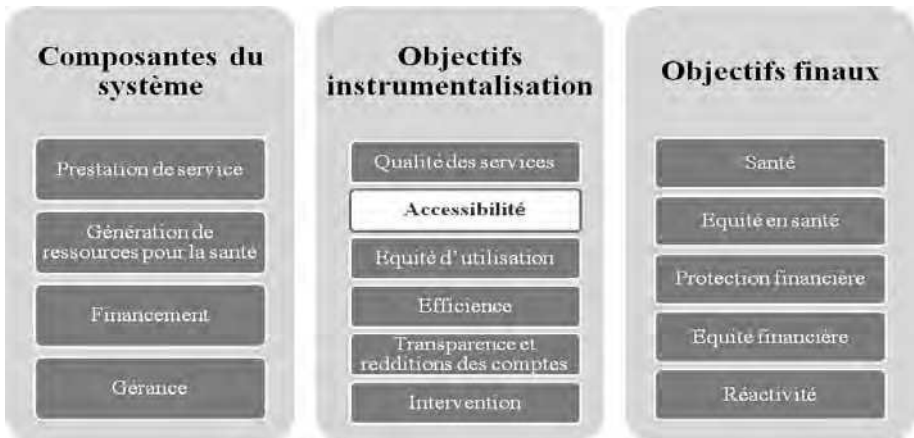
Ils dépendent fortement du cadre de référence social du pays particulièrement du consensus sur l'importance de la solidarité entre les différents composants du tissu social et de la conception de l'équité en matière de fourniture des services de santé.

Pour élaborer la question de la relation entre les systèmes de santé et l'accès aux soins nous allons traiter successivement de :

- ✓ La définition et de la typologie des systèmes de santé
- ✓ La description d'un échantillon de système de santé
- ✓ La définition de l'accès aux soins
- ✓ Des résultats en fonction de différents types de système de santé.

SYSTEME DE SANTE

1. L'ensemble des Ressources, du Financement, de l'Organisation, de la Gestion qui concourent à l'offre de services de santé pour la population. (ROEMER)
2. L'ensemble des activités dont la fonction primordiale est de Promouvoir, Protéger, Restaurer et Maintenir la santé. (OMS 2000).



TROIS FORMES THEORIQUES DE PROTECTION DE LA SANTE :

1. Une forme bismarckienne (système d'assurances sociales obligatoires, le financement et la gestion étant confiées aux assurés et leurs employeurs)
2. Une forme beveridgienne (service national de santé, financement par l'impôt)
3. Une forme privée (financement individuel ; assurance privée volontaire et production marchande privée)

1- Une forme bismarckienne

- La politique du chancelier Bismarck (conservateur) à la fin du XIX^e est marquée par un double souci : lutter contre les syndicats et lutter contre la montée du parti socialiste.
- En contrepartie d'une politique répressive, l'État a pris la responsabilité d'institutionnaliser la protection sociale : les assurances sociales obligatoires sont apparues en Allemagne à partir de 1883.
- **Assurances sociales**
- **Financées et gérées par les intéressés**
 - ✓ Les entreprises et les travailleurs.
 - ✓ Les cotisations: assises sur les salaires ; gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs (les syndicats appelés les « partenaires sociaux).
- **Bénéficiaire**
 - ✓ Le droit à la santé et à l'assurance maladie constituent les attributs du travailleur et de ses « ayants-droit » (sa famille et ceux qui vivent avec lui).
- **Les partenaires sociaux :**
 - président les conseils d'administration des « caisses de Sécurité sociale »;
 - gèrent les fonds et les risques ;

- sont responsables du respect du droit et de l'équilibre financier.

- **Le Parlement** contrôle les prélèvements obligatoires.
- **La médecine** y est souvent libérale, c'est-à-dire payée à l'acte et indépendante.

Les principaux défis :

- Par nature, ce modèle génère des exclus.
- Des déséquilibres financiers de nature économique et démographique sont inéluctables.
- La multiplicité des caisses peut engendrer une médecine à plusieurs vitesses.

2- Une forme beveridgienne

En 1942, William Beveridge rédige un rapport sur la sécurité sociale à la demande de William Churchill.

Ce rapport affirme que la Sécurité sociale est « une composante de toute politique de progrès social » ; le pouvoir d'achat ainsi redistribué est une composante substantielle de la demande globale, à même de soutenir l'activité économique et d'éviter le retour de crises comparables à celles des années 30.

- Systèmes -nationaux-
- Le droit à la santé et à l'assurance maladie constitue un attribut de la citoyenneté.
- Financé par l'impôt, montant fixé par le Parlement.
- Les bénéficiaires : tous les citoyens et les résidents étrangers en situation régulière.

➤ Gratuité des soins, *a priori* égalité d'accès.

➤ **Principes fondateurs : les trois « U »**

- Universalité : Tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, serait protégé contre tous les risques sociaux.
- Unité: Une administration unique serait chargée de gérer chaque risque.
- Uniformité : Chacun bénéficierait des aides en fonction de ses besoins et quel que soit son revenu.

3- Une forme privée

- Il n'existe pas d'obligation d'assurance.
- La séparation des fonctions d'achat et de production de soins.
- La mise en concurrence des assureurs et des producteurs.
- Liberté de choix.
- Filet de sécurité minimal.
- Le financement des dépenses de santé est assuré par les individus eux-mêmes ou bien par des assureurs privés.
- Les professionnels de santé et les établissements relèvent du secteur privé (à but lucratif ou non).
- L'intervention de l'État est réduite au minimum et très ciblée.

Les principaux défis :

- La liberté de souscrire ou non une assurance est en fait fortement contrainte ;
- Les assureurs peuvent sélectionner leur clientèle (ainsi que certains professionnels de santé) ;
- Les mécanismes de marché ne permettent pas de maîtriser la progression des dépenses de santé ;
- Par nature, ce modèle génère des exclus.

ACCESSIBILITE : DEFINITION

« **Accessibilité : (aux soins), selon Pcheral** « *c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions: matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte).* »

*Fonction du couple **distance / temps** donc la **proximité** ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur **social (inégalité)** et indicateur de **santé** fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le **recours** aux soins effectif (c'est-à-dire l'utilisation effective du système).*

« *L'accessibilité se dit aussi de la possibilité **financière** de recourir à des services de santé (**couverture, assurance sociale**) ou à une **innovation** médicale (pratique, technique, **équipement, diffusion**). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tous système de santé dans sa dimension sociale(**équité**). Dans les deux cas, l'accessibilité est*

*maintenant considérer comme un **déterminant de santé** et un éventuel **facteur de risque** »*

- *Accès et accessibilité (champs d'application.*
- *Indicateurs choisis (Accès)*
 - *Indicateurs directs :*
 - *Consultation / habitant*
 - *Fréquentation hospitalière / 1000 hb*
 - *Indicateurs Indirects :*
 - *Espérance de vie à la naissance*
- *Facteurs déterminants*
 - *Financiers*
 - *Organisationnels*

PAYS CHOISIS POUR LA COMPARAISON

- Deux pays à dominante Bismarckienne
 - France
 - Allemagne
- Deux pays à dominante Beveridgienne
 - Royaume Uni
 - Italie
- Un pays à dominante libérale :
 - les Etats Unis

Tableau des données

	France	Allemagne	Italie	Royaume Uni	Etas Unis
Pourcentage des GPD dans les dépens²&es des soins publics	11.8%	11.6%	9.5μ	9.8%	17.4%
Dépenses en soins de santé / habitant	291\$ (7.3%)	552\$ (13%)	617\$ (19%)	364\$ (10.4%)	976\$ (12,8%)
Moyenne annuelle numérique des consultations par/habitant	6.9	8.2	n/a	5.0	3.9
Fréquentation hospitalière	263	237	130	138	131
EVN	82.9	81.4	82.5	80.7	80.1

Les constations en relation avec l'accessibilité financière (système bismarckiens et Beveridgiens).

- Les systèmes bismarckiens semblent offrir une meilleure accessibilité qu'elle soit exprimée en consultation/habitant ou en fréquentation hospitalière.
- Ces systèmes sont ceux qui dépensent le plus en terme de pourcentage du PIB ou en terme de dépenses brutes.

- L'analyse des résultats en matière d'espérance de vie sont plus difficile car cet indicateur est dépendant de plusieurs facteurs. L'accès aux soins son...qu'un élément et ne constitue pas le facteur déterminant

CAS PARTICULIERS DES ETATS-UNIS

Ce système se caractérise par les résultats les plus mauvais quelque soit l'indicateur choisi.

Il est le plus dispendieux.

Ce fait s'explique par le type de médecine en cours aux Etat Unis, aux couts élevés et du fait qu'au moins 15% de la population américaine ne disposent d'aucune consulte du risque maladie.

Principales caractéristiques des différentes catégories des composantes prestations

	Fournisseur d'accès		Paiement des prestataires		Rôle des soins primaires		Classe ment
	Soins primaires	Hôpitaux	Paiement des Soins primaires	Paiement des hôpitaux	Inscription auprès des GP	Gatekeeping	
Angleterre	Mixte	Plupart publics, certains privés	Plupart de ca pitation de m élange	Budget global + paiement basé sur le cas (inclut les coûts du médecin)	Oui	oui	5 (2100)
France	Privé	Plupart publics, certains privés	FFS	Budget global + paiement basé sur le cas (inclut les coûts du médecin)	Non	Incitations nationales	3 (3000)
Allemagne	Privé	Publics (~50% des lits); privé à but non lucratif (~33%); privé à but lucratif (~17%)	FFS	Budget global + paiement basé sur le cas (inclut les coûts du médecin)	Non	Dans quelques programmes de fonds de maladie	2 (3100)
Italie	Privé	Plupart publics, certains privés	Mélange de capitation /FFS	Budget global + paiement basé sur le cas (inclut les coûts du médecin)	Oui	Oui	4 (2800)
Etats-Unis d'Amérique	Privé	Combinaison de but non lucratif (~70% des lits); public (~15%); et à but lucratif (~15%)	Plupart FFS/certains de capitation avec les régimes privés	Paiement journalier et basé sur cas (exceptionnellement n'inclut pas des coûts de médecin)	No	dans quelques programmes d'assurance	1 (6000)

LES CONSTATIONS EN RAPPORT AVEC L'ORGANISATION DU SYSTEME DE PRESTATION

La principale constatation est de fait d'exiger l'inscription auprès du médecin généraliste semble limiter l'accès (Grande Bretagne, Italie) par rapport à la France et l'Allemagne.

Le fait de payer et être remboursé ne semble pas constituer unrecours aux soins.

Ces constatations étant faites il ne faut pas oublier que ces systèmes les plus accessibles sont les coûteux.

QU'EN EST-IL POUR LA TUNISIE 1 ?

- Système mixte financé par Budget d'Etat (27,6%), Assurance sociale (27%), Assurance privée (40,28%) et ménage (out of Pocket) (40,28%).
- Système de prestation mixte à dominance publique (>80% des lits et 50% de prestations ambulatoires).
- Accessibilité financière en théorie garantie mais en pratique difficile.
 - Parts financées par les ménages et non remboursées 40%
 - Dépenses catastrophiques (8% des ménages)
 - Population non consulté (10%)
- Accessibilité géographique bonne pour les structures de première et deuxième ligne.
- Accessibilité aux services: problématique pour la médecine spécialisée (problème des médecins spécialistes- secteur privé).

- Résultats intéressants en terme d'état de santé, discutable en terme de satisfaction (Problème liste d'attente, accueil, ...)
- Dépenses de santé par habitant autour de 220 \$

➔ Système jusqu'à présent efficient.

RISQUE POUR L'AVENIR

- Vieillessement de la population.
- Augmentation des coûts unitaires des prises en charge.
- Risque de dérapage financier => ce qui peut entraîner la recherche de l'efficience au dépend de l'accessibilité financière et géographique.

QUE FAIRE POUR L'AVENIR

Cela dépend du modèle que le corps social décide d'adopter en terme de :

- Financement solidaire : solidarité totale ou partielle.
- Champs d'application de la solidarité (tous les soins, certaines catégories des soins, ...).

Définition de ce qui est socialement acceptable en matière d'accès géographique (1^{er} niveau, 2^{ème} niveau, 3^{ème} niveau) et d'accès aux différentes catégories de prestations (public/privé).

- Organisation des filières de soins :

➔ Choisir en matière de :

- D'équité (accès et financement)
- Efficience (coût)
- Qualité

➔ Consensus social ➔ Adaptation par un mécanisme consultatif qui doit nécessairement impliquer la population lors de son élaboration.

CARTE SANITAIRE ET ACCES AUX SOINS EN TUNISIE : ETATS DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Pr A. BEN HAMIDA
Faculté de Médecine de Tunis

I- INTRODUCTION

L'ambition de la carte sanitaire est de « fournir sur la base d'une vision systémique et à partir d'observations du passé des activités et des mécanismes de décision, des éléments pour orienter au futur la meilleure évolution de notre système [hospitalier et] de santé ».

A ce titre, la notion d' « ACCESSIBILITE », revêt une importance majeure, puisque l'on distingue 3 types :

- Accessibilité géographique et temporelle, tant pour le *secteur public que le secteur privé (distance à parcourir en km, permanence du service,...)*
- Accessibilité financière: *présence ou non d'une couverture du risque maladie...*
- Accessibilité psychologique et culturelle: *ex: l'accouchement à l'hôpital peut ne pas être accepté dans certains milieux, notamment ruraux ...)*

Si l'état des lieux a été réalisé au cours des dernières années par les départements du Ministère de la Santé Publique concernés, la vision prospective et la volonté de concrétiser cette vision a cruellement manqué, le secteur public de soins s'étant progressivement « paupérisé » au profit d'un secteur

privé de soins de plus en plus important et obéissant plus aux règles du marché qu'à la logique de la carte sanitaire.

Ainsi cette communication tentera de répondre à 3 questions :

- Y a-t-il une carte sanitaire élaborée en Tunisie ?
- Est-ce que l'accessibilité aux soins est assurée ?
- Quelles sont les perspectives ?

1- L'état des lieux a été réalisé au cours des dernières années par les départements du Ministère de la Santé Publique concernés (secteur public> privé) :

- a) Direction des Etudes et de la Planification (DEP): données chiffrées par gouvernorat (Carte sanitaire 2002,2006 et, 2010), établissement de normes de personnels et d'infrastructure,... (*voir en annexe le plan du document de la carte sanitaire 2010, ce document est disponible sur le site web du ministère de la santé publique en version électronique, « draft »*).
 - b) Commission de « la Mise à Niveau »: a l'initiative de l'UGTT, elle a impliqué plusieurs ministères, partenaires sociaux avec pour objectif « *d'améliorer les performances du secteur public de santé dans le contexte de la réforme de l'AM* ».
- (**NB** : Un budget a été consacré à ce programme à partir de l'année 2011)

-*Composition* : Premier Ministère (Ministre de la fonction publique et du développement administratif); Ministère de Santé Publique (MSP), Ministère de l'Enseignement Supérieur

de la Recherche Scientifique et de la Technologie (MESRST), Ministère des Affaires sociales de la Solidarité et des tunisiens à l'étranger (MASSTE); Ministère du Développement et de la coopération internationale ; Ministère des Finances ; UGTT, UTICA, UTAP ; Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; les Doyens de Facultés de Médecine ; Président du Comité National d'Ethique

Objectifs :

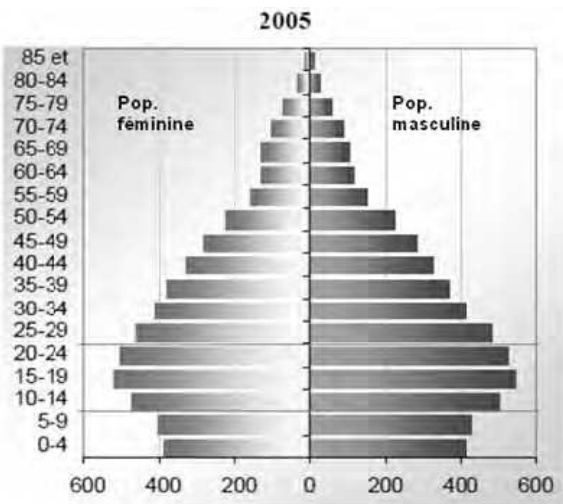
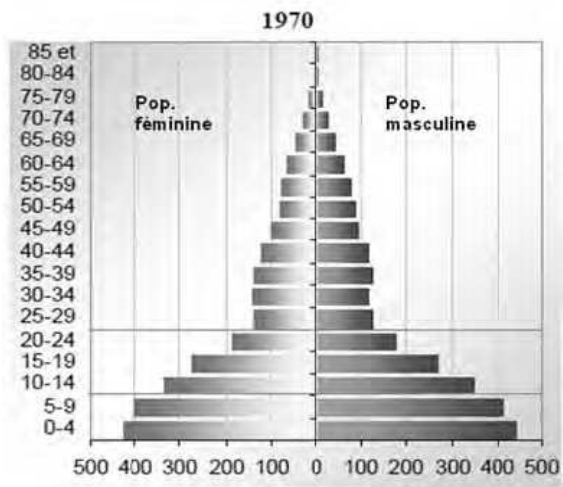
- Assurer une prise en charge des malades de manière efficiente et avec une meilleure qualité des soins. (Elaboration de Référentiels de soins)
- Identifier les lacunes existantes au niveau des infrastructures et les équipements des structures publiques de soins ainsi que de leur fonctionnalité (personnel, maintenance,...)
- Axes d'intervention prioritaires sur le court, moyen et long terme.

c) Deux commissions de prospective pour les 20 prochaines années (2008-2009): le système de santé (Pr Bechir Zouari) et Promotion de la santé (Pr Raouf Ben Ammar)

2- Evolution de l'état sanitaire en Tunisie :

En effet, la Tunisie a connu au cours des 50 dernières années de profonds changements tant sur le plan démographique que socio-économique et épidémiologique : en moyenne, le tunisien vit plus longtemps (75 ans), il adopte des habitudes de vie (tabagisme, alimentation, sédentarité, ...) qui l'exposent de plus en plus aux maladies chroniques et dégénératives nécessitant des moyens techniques de plus en

plus sophistiqués et donc un coût de prise en charge de plus en plus élevé.



- a) Le tunisien adopte de plus en plus des habitudes de vie (urbanisation, tabagisme, alimentation, sédentarité, ...) qui l'exposent de plus en plus aux maladies chroniques et dégénératives

Exemples :

- L'urbanisation et l'élévation du revenu favorisent la propagation de l'habitude tabagique avec une prévalence globale du tabagisme, variant autour de 30% et excédant même 50% chez l'homme (versus 5-10% chez la femme).
- La part de la mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires passe en moins de 40 ans, de 11% (3^{ème} rang) à 28.9% (1^{er} rang) en 2006 ; celles des cancers s'élèvent de 3% à 16.5% au cours de la même période .
- En même temps, un changement du profil de morbidité observé est marqué par :
 - Le recul net voire l'éradication/élimination de certaines maladies transmissibles (*polio, rougeole, typhoïde...*) du fait de la vaccination, amélioration du niveau socio-économique...
 - L'augmentation des maladies chroniques et dégénératives :
 - Diabète 10% (>35 ans),
 - Cancer BP et du sein : 30/100000, ...

- b) Cette nouvelle pathologie nécessite des moyens techniques de plus en plus sophistiqués et donc un coût de prise en charge de plus en plus élevé.
Et si on se projette dans le futur, cette tendance va augmenter !!

2) Parallèlement, le système de santé (public et privé) de soins s'est considérablement développé tant au niveau des ressources humaines (1 med/700 hab actuellement) que matérielles, et l'accès aux soins s'est beaucoup amélioré, notamment depuis la généralisation des soins de santé de base (1^{er} niveau de soins) à l'ensemble des régions au début des années 80. Quant aux soins spécialisés relevant du 2^{ème} et 3^{ème} niveaux de soins, malgré leur développement incontestable (50% des médecins en exercice), ils restent plus accessibles aux habitants des grandes villes et des régions côtières que de celles du centre ouest et du sud du pays, en raison d'une inadéquation des plateaux techniques et des ressources humaines.

Dans l'ensemble, ce système a évolué en 3 étapes:

- 1960-70 : Formation des personnels de santé et développement de l'infrastructure sanitaire (+ campagnes préventives)
- 1980-90 : Accroissement de la couverture sanitaire et des dépenses de soins (3.8% à 5.6%)
- 2000-2010 : Amélioration de la qualité des services et contrôle des dépenses de santé (création de la CNAM en 2004=>2008)

Evolution du système de soins: Quelques chiffres

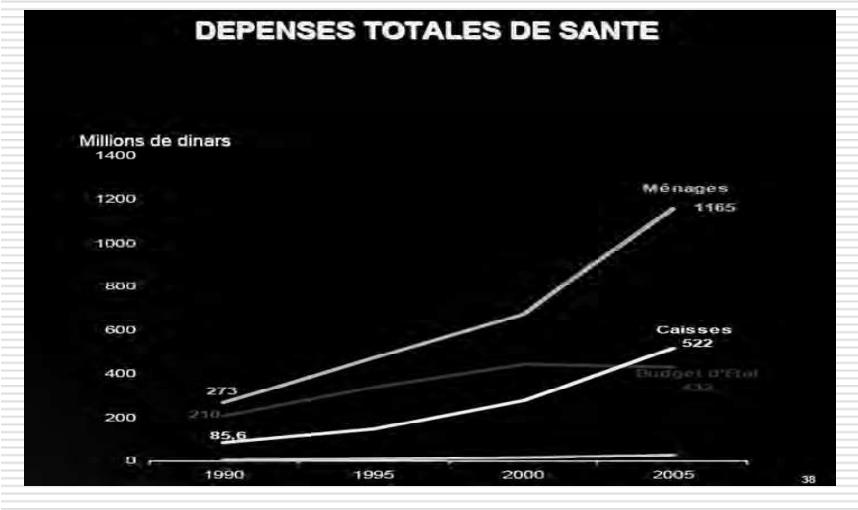
1960-1966	2007
□ 1med/ 8500 hab (1/2400 à 1/27000) -Med Généré : 1/ 13000 -Méd Spéc: 1/22000	□ 1med/900 hab (1/500 à 1/ 2000 hab) - Med Généré: 1/1500 - Med Spé: 1/ 1700 - Secteur Public= 50% - Secteur Privé= 50% - Autres catégories: Dentistes Pharmaciens, paramed...

Système de soins public et privé: Quelques chiffres (2007)

Secteur Public	Secteur Libéral
□ 2 lits/ 1000 hab (85%) □ Equipements: ■ 37 Scanners ■ 4 IRM ■ 8 Angio numérisées ■ 7 Salles Cathé ■ NB: pb de maintenance	□ Lits Hospitaliers (15%) □ Equipements: ■ 79 scanners ■ 8 IRM ■ 10 Angio numérisées ■ 11 salles cathé ■ 105 Centres de Dialyse (quasi monopole) ■ NB: meilleure rentabilité

Sur le plan des ressources financières, le tunisien consacre actuellement près de 300 DT par an pour sa santé (6% du PIB) mais ces ressources financent davantage le secteur privé de soins que le secteur public dont le budget a beaucoup diminué au cours des 20 dernières années. Les régimes de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) en 2008 qui couvre les travailleurs des secteurs public et privé et leurs

ayants droit (68% de la population) et de l'Assistance Médicale Gratuite (20% de la population), laisse 10 à 15% de la population tunisienne sans aucune couverture d'assurance santé.



Couverture de la population par l'AM (2008)

- ☐ Taux de couverture par CNAM = 68%
 - Filière publique : 49.5 %
 - Filière privée : 8.2 %
 - Remboursement: 10.3 %
- ☐ Taux de couverture AMG1 et 2= 20%
- ☐ Non couverts par aucun régime= 12%

Dépenses de la CNAM (2009)

- ☐ Total: 1138 Millions de DT
 - Secteur Public = 60%
 - Secteur Privé= 40%
- ☐ Maladies chroniques: 440 millions de DT soit 39%

De nombreuses commissions interministérielles, impliquant les partenaires sociaux ont tenté par le passé de proposer des solutions (pôles régionaux de santé et rôle de référence des hôpitaux universitaires, régime de couverture sanitaire universelle, développement de la médecine de famille, et de la promotion de la santé...), mais l'absence de volonté politique et de vision prospective basée sur des normes de ressources humaines et matérielles, a empêché l'établissement d'une carte sanitaire normative pour les secteurs public et privé de soins.

Dans le nouveau contexte de la transition démocratique, la société civile et les citoyens en général ont exprimé leur souci pour un meilleur accès aux soins et une consultation nationale sur le secteur de la santé devrait avoir lieu pour permettre la concrétisation de la « démocratie sanitaire » et la diminution des inégalités en santé.

ACCES AUX SOINS ET MEDECINE DE LIBRE PRATIQUE

Dr Najib CHAABOUNI

*Membre du Comité National d’Ethique Médicale
Président du Conseil National de l’Ordre des Médecins*

DROIT A LA SANTE / ACCES AUX SOINS

Le droit à la santé est apparu pour la première fois dans la Constitution de l’OMS (1946) qui mentionne que : "Bénéficier du plus haut standard possible de santé constitue l’un des droits fondamentaux de tout être humain ...".

Plus récemment, le droit à la santé a fait l’objet d’une plus grande attention et on en a donné une définition plus large: "Le droit à la santé est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international.

Loi n°91-63 du 29 juillet 1991, relative à l’organisation sanitaire stipule dans son article premier que

toute personne a droit à la protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles

D'autres parts, l'accès aux soins est une notion qui renvoie à la possibilité pour les individus d'« arriver » aux soins dont ils ont besoin en raison de leur état de santé.

L'accès aux soins de santé est un concept multidimensionnel qui dépend de plusieurs facteurs intriqués : implique l'équilibre de divers facteurs : les ressources humaines, les moyens technologiques, le financement, la liberté de choix, l'éducation et l'information du public.

L'Association Médicale Mondiale préconise que l'accès aux soins de santé est maximisé lorsque les conditions suivantes sont remplies:

- Chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, dispose de soins de santé corrects.
- Il existe une liberté maximale de choix au niveau des prestataires de soins et des systèmes de paiement pour répondre aux divers besoins de la population.
- L'intégralité de la population a un accès facile à des informations pertinentes et complètes sur les prestataires de soins.
- Il existe des possibilités de participation active de toutes les parties dans l'élaboration de ces systèmes de soins et dans leur administration.

ACCES AUX SOINS DANS LE SECTEUR DU LIBRE PRATIQUE

L'accès aux soins dispensés par le secteur du libre pratique est prioritairement envisagé à partir des barrières financières et de la couverture sociale; accessoirement

interviennent des facteurs d'ordres géographiques et/ou socioculturels.

Les principes fondamentaux de l'exercice libéral de la médecine sont l'indépendance, le paiement à l'acte, la liberté de choix, la liberté de prescription et la liberté d'installation. Toutefois, au plan déontologique, il est de la mission de l'Ordre des médecins d'en défendre la pérennité, ne serait-ce que parce que l'indépendance du médecin reste le fondement de la confiance du patient.

Le secteur libéral des soins de santé s'est développé en Tunisie depuis les années 1990 grâce aux mesures réglementaires visant à promouvoir l'initiative privée et l'économie du marché, grâce également au tourisme médical et grâce, plus récemment, à la réforme de l'assurance maladie.

RESSOURCES HUMAINES

Le secteur libéral des soins de santé emploie la moitié des médecins, 72% des médecins dentistes, 80% des pharmaciens et moins que 10% des paramédicaux.

Médecins de libre pratique	6675
Médecins dentistes	2500
Pharmaciens (officine)	1890
Biologistes LAM	299
Laboratoire anapath	29
Paramédicaux installés	1276

LES MOYENS TECHNOLOGIQUES

Le secteur libéral des soins de santé représente environ 18% de la capacité totale en lits d'hospitalisation et abrite 70% des équipements lourds.

Cliniques	78
Centres d'hémodialyse	99
Centre imagerie	122
Scanner	60
IRM	10
Cobaltothérapie	6
Table de cathétérisme vasculaire	12
Pompe CEC	14
Lithotriptideur	14
Laser Eximer	10

FINANCEMENT

Les caisses de sécurité sociale prennent en charge la quasi totalité des soins fournis dans le cadre de la chirurgie cardiovasculaire, de la greffe de rein ou de moelle osseuse et certains actes ou examens complémentaires (IRM, Scanner, Lithotripsie) et la totalité de l'hémodialyse.

Les autres prestations privées sont principalement financées par les dépenses directes des ménages. Elles représentaient environ la moitié des dépenses totales de santé avant la mise en application de la réforme de l'assurance maladie fin 2006. L'un des objectifs de cette réforme est de favoriser un plus grand recours au secteur privé.

Cette réforme permet à l'affilié social de choisir une des trois filières :

- La filière publique
- La filière privée
- La filière remboursement

Le choix de la filière publique permet à l'assuré de bénéficier de toute forme de prestations de soins de santé fournies par les structures publiques de santé, selon le mode du tiers payant. Pour encourager les affiliés à choisir cette filière de soins, le montant global annuel du ticket modérateur est plafonné à deux mois de salaire.

Le choix de la filière privée permet à l'assuré social de choisir son médecin généraliste qui doit être conventionné. Dans l'objectif d'éviter le nomadisme médical et pour mieux maîtriser les dépenses de soins. Cette filière prévoit l'obligation de passage par le médecin traitant avant tout recours aux soins chez les spécialistes, à l'exception de certaines spécialités telles que l'ophtalmologie, la gynécologie ou la pédiatrie. Comme, pour la première filière, il est prévu un système de tiers payant. Cependant le ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré n'est pas plafonné comme il est le cas pour la filière de soins public.

Le choix de la filière « remboursement » oblige l'assuré social d'avancer la totalité des frais de soins. Par la suite, le remboursement ne couvre qu'une partie de ces frais.

La part définitive payée par l'assuré dépend de la nature des soins. Un plafonnement est prévu pour ce remboursement.

La réforme introduit également une prise en charge intégrale d'une liste de 24 pathologies en ambulatoire (APCI). Elle octroie un forfait d'hospitalisation dans le secteur privé pour une liste d'actes chirurgicaux fixée par arrêté et également un forfait de suivi de la grossesse et de l'accouchement en secteur privé.

En pratique parmi les 3,7 millions d'assurés sociaux ayant retiré leur carte à la CNAM, seulement 11% optent pour la filière privée des soins, et 15% ont choisi le système de remboursement, contre 74% qui relèvent de la filière publique.

Le nombre d'accouchement pris en charge dans le privé est passé de 18 000 en 2008 à 27 000 en 2009 mais c'est une part encore très faible par rapport au nombre total d'accouchements du pays. Le nombre d'actes chirurgicaux est passé de 20 000 à 34 000 pour la même période.

Des assurances groupes et des mutuelles prennent en charge une part des soins prodigués dans les cliniques et en ambulatoire, mais ne concernent qu'une part réduite des assurés sociaux. Dans certains cas il existe un cumul des avantages du régime de base (CNAM) et du régime des assurances ou des mutuelles.

HONORAIRES MEDICAUX / TARIFICATION

Les soins de santé dans le secteur du libre pratique coûtent cher.

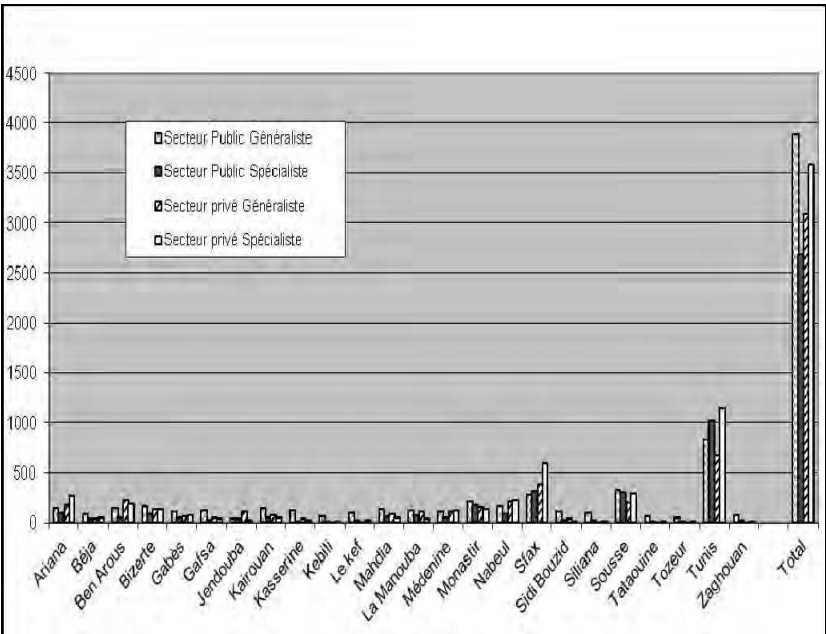
Par ailleurs des plaintes et/ou réclamations sont de plus en plus fréquentes contre des abus d'honoraires médicaux et des abus de tarification des établissements sanitaires privés.

Si le secteur de libre pratique offre souvent un meilleur rapport coût/efficacité qu'un financement et une gestion publiques, une célérité dans ses prestations avec plus de confort, il expose par contre aux risques de la marchandisation des soins de santé.

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

La répartition des moyens matériels et humains est grevée de disparités régionales, en défaveur des régions Ouest et Sud du pays. Le secteur de libre pratique suit la demande solvable et s'installe dans le grand Tunis, le Centre Est et les autres régions côtières, à l'exception des unités d'hémodialyse qui ont une répartition plus équitable.

Cinquante pour cent (50%) des médecins spécialistes de libre pratique sont installés à la Capitale (Tunis, Ariana, Ben Arous & Manouba).



EN CONCLUSION

L'accès aux soins dans le secteur de libre pratique en Tunisie est freiné par des contraintes d'ordre géographiques et d'ordre économiques.

La répartition des moyens matériels et humains est grevée de disparités régionales.

Le secteur de libre pratique suit la demande solvable et s'installe dans le grand Tunis, le Centre Est et les autres régions côtières, sauf pour l'hémodialyse répartition plus équitable d'où la nécessité de réviser la carte sanitaire.

La prise en charge des frais de soins dans le secteur de libre pratique est insuffisante. Le nombre de prestations supportées par le régime de base de la CNAM est à réviser. Il conviendrait également de mettre en place le régime complémentaire où les assurances privées jouent un rôle primordial.

Enfin la mise en œuvre d'une stratégie de complémentarité entre les secteurs publics et privés, assure à terme à tout individu d'avoir accès à des soins de qualité équivalente. Cet horizon éthique égalitaire est mis en œuvre dans le cadre d'un système de protection sociale lui même sous-tendus par des principes de solidarité et de justice, qui les financent en fonction de la capacité contributive de chacun.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Pr Zouhair JERBI

*Professeur de réanimation
à la Faculté de médecine de Tunis*

« Je conçois dans l'espèce humaine deux sortes d'inégalité ; l'une que j'appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit, ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler inégalité morale, ou politique, parce qu'elle dépend d'une sorte de convention, et qu'elle est établie, ou du moins autorisée par le consentement des hommes. Celle-ci consiste dans les différents privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres.... ».

J.J. Rousseau : *« Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes ».*

INTRODUCTION

La dignité intrinsèque à toute personne humaine implique non seulement des droits mais surtout qu'elle puisse accéder à ces droits que lui prodigue le législateur national ou les instances internationales.

LA SANTE EST UN DROIT FONDAMENTAL

La santé est considérée, dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, par les conventions internationales : La constitution de l'OMS de 1946, la déclaration d'Alma-Ata de 1978, la charte d'Ottawa de 1986 ainsi que par les pays qui les ont signées, comme un droit fondamental de l'être humain. Curieusement la constitution tunisienne de 1959, actuellement abrogée, malgré les différents amendements n'a pas explicitement parler de la santé comme droit fondamental.

Le droit implique un devoir. Les êtres humains sont « détenteurs de droits » et les autorités qui doivent garantir ces droits sont « détenteurs d'obligations ». Cette notion de « détenteurs d'obligations » doit être nuancée ; par exemple des parents d'un enfant malade ont le devoir de le soigner mais s'ils sont dans l'impossibilité de le faire par manque de moyens financiers ou manque de transport ou manque de structure de soins disponible, de « détenteurs d'obligation » deviennent « détenteurs de droits ». Les « détenteurs d'obligation » doivent s'engager à respecter, protéger et réaliser les droits. Une évaluation est nécessaire pour connaître les droits violés et permettre ainsi une programmation pour satisfaire les besoins.

La santé doit être comprise et développée dans le cadre des droits humains qui sont considérés dans leur globalité avec leurs principes d'universalité, d'inaliénabilité, d'indivisibilité, d'interdépendance, d'interconnexion, d'égalité, de participation, d'inclusion, de redevabilité et de l'autorité de la loi. L'approche basée sur les droits doit être privilégiée par rapport à l'approche basée sur les besoins ; En effet la première implique une obligation de la part de l'état alors que la seconde peut laisser croire à une forme de charité, elle est holistique alors que la seconde répond aux besoins immédiats dans le domaine de la santé sans tenir compte des autres secteurs. Des

disparités entre les citoyens, dépendantes des conditions socio-économiques ou des conditions physiques individuelles, rendent l'égalité des droits purement formelle. Ainsi l'égalité dans la fourniture des soins paraît insuffisante et la notion d'équité, dans le sens où on doit privilégier les plus nécessiteux, paraît plus appropriée.

L' ACCES AUX SOINS

Plusieurs paramètres sont utilisés pour mesurer l'accessibilité et donc la facilité qu'a le citoyen pour atteindre les soins prodigués. Il s'agit de paramètres Physiques (la distance qu'on doit parcourir pour atteindre une structure, les moyens de transport), psychologiques (la qualité de l'accueil et de la prestation), temporels (la disponibilité du service durant la journée et la semaine) et culturels (l'acceptabilité et la confiance de la population dans la prestation).

ACCES AUX SOINS ET INEGALITES SOCIO-ECONOMIQUES

Malgré que les statistiques manquent dans notre pays, par exemple, le rapport entre classe sociale et mortalité ou espérance de vie à la naissance ou espérance de vie en bonne santé, on peut noter que si tous les indicateurs de santé se sont améliorés pour toutes les catégories sociales, l'évolution est plus importante pour les catégories les plus favorisées. Le revenu et le niveau culturel peuvent influencer sur l'accès à la santé, par exemple à revenu égal, le niveau culturel impose sa primauté de sorte qu'un plombier et un instituteur peuvent avoir quelques années de différence quant à l'espérance de vie au bénéfice de l'instituteur. Encore que s'il semble facile d'évaluer le revenu il est plus difficile de mesurer le niveau culturel car il dépend non seulement des diplômes mais aussi du résidu culturel. Les dépenses de santé par année et par personne varient en fonction du niveau socio-économique et

d'une région à une autre. L'enquête sur la consommation des ménages de 2005 a montré que la dépense en soins des plus nantis peut être 28 fois celle des plus défavorisés. Le classement des régions par niveau de dépense décroissant est le suivant : le district de Tunis, le nord-est, le centre-est, le sud, le nord-ouest et enfin le centre-ouest. Ce classement est à peu près le même que celui de la mortalité ou de l'analphabétisme.

SYSTEMES DE SANTE ET ACCES AUX SOINS

Il existe dans le monde trois systèmes de santé, libéral, beveridgien et bismarkien qui sont le reflet d'un choix de société. Il y a le système libéral existant aux Etats-Unis qui dérive du principe de base selon lequel la santé relève de la responsabilité individuelle et donc de l'assurance privée. Il ya le système britannique ou NHS (National Health System) dicté par l'effort de guerre de la seconde guerre mondiale, ce système est gratuit, universel et financé exclusivement par les impôts. En fin le système français qui se veut universel et accessible à tous, basé sur une caisse d'assurance –maladie financée par des cotisations obligatoires, avec des assurances complémentaires. Pour comparer l'accès aux soins dans ces différents systèmes on peut se baser sur des indicateurs comme, l'espérance de vie à la naissance, le nombre d'années de vie perdues pour 100000 habitants, le nombre moyen de consultation par habitant et le nombre d'hospitalisation par an. Les indicateurs sont proches pour les systèmes britanniques et français, encore que dans le système britannique l'accès est plus difficile pour certains soins (certains actes de chirurgie). Ces systèmes agissent plus sur les couts que sur l'accès aux soins. Par contre le système américain se distingue par des indicateurs plus bas malgré des dépenses plus élevées. Ce paradoxe s'explique par le fait que 15% des américains sont exclus du système d'assurance maladie. Quant au système tunisien il est complexe et caractérisé par une part importante

de dépenses non remboursées, ce qui peut faire une différence d'accès en fonction du revenu. Il est caractérisé par l'existence d'une frange de la population qui ne dispose d'aucune couverture et donc d'un accès aux soins quasi impossible.

CARTE SANITAIRE ET ACCES AUX SOINS

La carte sanitaire a pour objectif de « fournir sur la base d'une vision systémique et à partir d'observations du passé des activités et des mécanismes de décision, des éléments pour orienter au futur la meilleure évolution de notre système (hospitalier et) de santé ». On peut noter que malgré que l'état de lieu a été fait la vision prospective a manqué et ainsi aucune concrétisation n'a vu le jour. Le secteur public a perdu au profit du secteur privé qui obéit plus à la loi du marché qu'aux nécessités de la carte sanitaire. Parallèlement à l'évolution démographique, socio-économique et épidémiologique, le système de santé (public et privé) s'est considérablement développé. Mais malgré la généralisation du premier niveau de soins, assuré par les centres de soins de santé de base, à l'ensemble du territoire, les soins spécialisés (2^{ème} et 3^{ème}) restent plus accessibles aux habitants des grandes villes et des régions côtières que les autres régions, du fait d'une inadéquation des plateaux techniques et des ressources humaines.

ACCES AUX SOINS ET MEDECINE DE LIBRE PRATIQUE

Le secteur privé, représente 13% de la capacité d'hospitalisation et comprend 70% des équipements lourds. Il emploie 50% des médecins, 72% des médecins dentistes, 80% des pharmaciens et moins de 10% des paramédicaux. Le secteur privé suivant la demande solvable est réparti de

manière très déséquilibrée en faveur du District de Tunis et les régions côtières à l'exception des centres de dialyse. La réforme de l'assurance maladie ne semble pas avoir changé les choses, vu que 74% des assurés ont opté pour la filière publique, 11% pour la filière privée et 15% ont opté pour le système de remboursement.

RECOMMANDATIONS

1. Inscrire dans la nouvelle constitution, la santé comme un droit fondamental.
2. La nécessité de discuter des choix à faire avec un débat national qui doit être élargi à toutes les composantes de la société et certainement pas limité aux seuls médecins. Ce débat doit aboutir à un consensus national.
3. Analyser les besoins pour établir une planification à court, moyen et long terme.
4. Revoir le système de formation académique et continue pour tous les corps de métier médical, paramédicale et juxta-médicale.
5. Mettre en place une stratégie de complémentarité entre les secteurs publique et privé, assurant à terme à tout individu l'accès à des soins de qualité équitables et évitant une médecine à deux vitesses.

CONCLUSION

Pour conclure je cite Jean Bernard « *Le développement non contrôlé des méthodes actuelles, la recherche enthousiaste et persévérante de thérapeutiques neuves aurait des conséquences économiques désastreuses. Elles conduisent à une impasse, à des cruels conflits entre le droit à la santé et les obstacles financiers s'opposant à une exigence profonde de chaque être humain* ».

Jean Bernard : « *Grandeur et tentations de la médecine* ».