

Soins de santé et mondialisation

Pierre Drielsma et Hubert Jamart, médecins généralistes, membres du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales

.....

Eu égard aux contextes sociétaux, aux politiques qui sont au pouvoir, les systèmes de soins sont un réel reflet du monde dans lequel nous vivons. Nous vous proposons de regarder les systèmes de soins de santé dans deux parties du monde où ils se déploient différemment. C'est tout d'abord au Venezuela que nous vous convions, pour un saut dans le temps ; ensuite nous repartirons vers le Nord, vers les Etats-Unis, où les choses ont changé à grand renfort de forceps depuis la mise en place de l'administration Obama. Deux contextes, deux systèmes, des inégalités et de nombreuses réflexions.

.....

Mots clefs : libéralisation, soins de santé, système de santé.

.....

Les soins de santé au Venezuela

“Je savais bien peu, en me proposant pour cet article qu’il s’agirait en même temps d’une nécrologie. Par ailleurs, nous n’avons pas la prétention d’être un spécialiste de ce merveilleux pays où s’ébroue encore une puissante communauté d’hommes des bois, les Yanomamis, chers à notre maître, Pierre Clastres. Mon collègue Hubert Jamart s’étant emparé de Barak Obama et de sa réforme majeure, je me suis proposé de chanter en contrepoint sur le mode latino.”

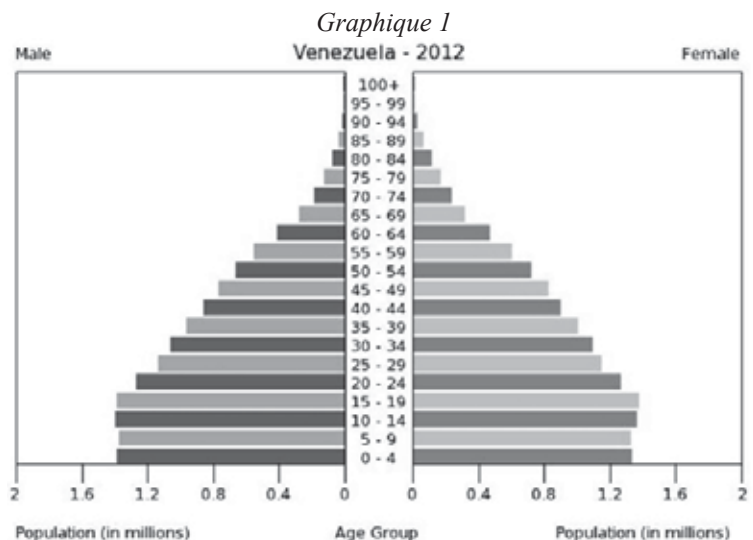
La CIA nous apprend que le climat est tropical, elle précise : humide et chaud. Le territoire couvre 912.000km² soit 30 fois la Belgique.

La population compte 28 millions d’habitants soit 2,5 fois la population en Belgique. La CIA reconnaît que la pauvreté s’est fortement réduite sous Chavez mais précise que c’est grâce aux revenus du pétrole... Elle ne précise pas pourquoi les gouvernements précédents n’ont pas décidé d’utiliser la manne pétrolière pour réduire la pauvreté et élever le niveau d’éducation.

L’âge médian de la population vénézuélienne est de 26 ans, un peu comme dans les maisons médicales bruxelloises (voir graphique 1).

Le taux de natalité est encore élevé, de l’ordre de 2%. Mais le nombre d’enfants par femme est proche de l’équilibre (2,4) ce qui laisse présager un stop de la croissance démographique. Le taux d’alphabétisation est proche de 100%. La plupart des publications et des témoignages louent cette politique éducative. Les adultes aussi sont concernés par la politique d’éducation, (ils remercient le Gouvernement de leur offrir cette deuxième chance).

Je dédie ce petit texte à Hugo Chavez Frias mort trop jeune d’une maladie bien vieille!



Soins de santé et mondialisation

Eau potable : selon le ministère de l'Environnement, l'accès à l'eau potable a atteint 93% en 2008, ce qui signifie que le Gouvernement vénézuélien a rejoint les objectifs de développement du millénaire pour l'eau et l'épuration avant terme.

Priorité à l'accessibilité

Les dépenses sanitaires ont fortement augmenté sous le chavisme. Voir le graphique 2 réalisé à partir des données Organisation mondiale de la santé².

Comme on peut l'observer les dépenses privées augmentent aussi vite que les dépenses publiques, ce qui est peu compréhensible. Par contre la rupture de pente est nette en 2002 (Chavez est arrivé au pouvoir en 1999, n'y voyez aucune relation de cause à effet).

Un des programmes les plus marquants se dénomme « Mision Barrio Adentro » (mission dans les quartiers). Il s'agit d'implanter des centres de santé dans des quartiers non médicalisés (une sorte d'*impulséo*³

vénézuélien). Malheureusement cet incitant ne fut pas suffisant à motiver les médecins locaux à se rendre dans les quartiers populaires. Le Gouvernement vénézuélien a donc du faire venir des médecins de Cuba pour travailler dans les *barrios*. Ce programme a été d'une grande efficacité pour améliorer les statistiques de santé publique.

Le Venezuela compte 1.3 lit d'hôpital pour mille habitants contre 6.6 en Belgique.

Si on regarde un autre paramètre intéressant, c'est le bonheur. Et oui il ya des chercheurs qui s'intéressent au bonheur. Comme c'est bizarre ? Le Venezuela est le pays le plus heureux d'Amérique du sud, ce sous-continent présentant déjà une cote remarquable par rapport à son niveau de vie.⁴

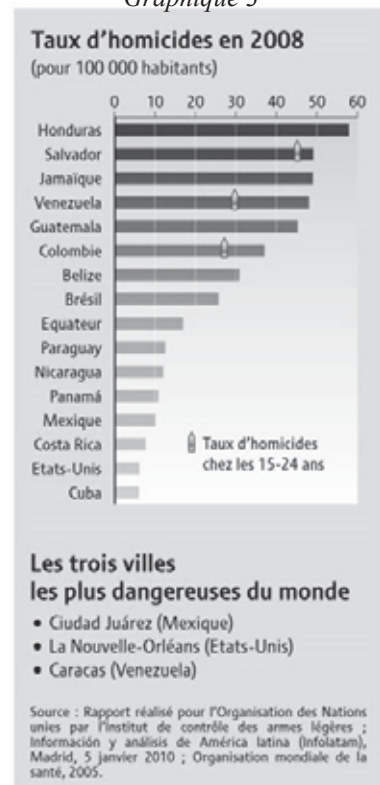
Un point noir cependant, la délinquance et la violence (voir graphique 3). La surmortalité masculine avant 65 ans se chiffre au double de la mortalité féminine, c'est toujours un très mauvais signe. Comme l'indice de

GINI⁵ diminue (l'égalité augmente) on ne peut imputer cette violence aux inégalités croissantes. Elle serait plutôt responsable d'une déstructuration culturelle qu'il serait intéressant d'étudier mais nous n'avons pas trouvé d'explications sociologiques.

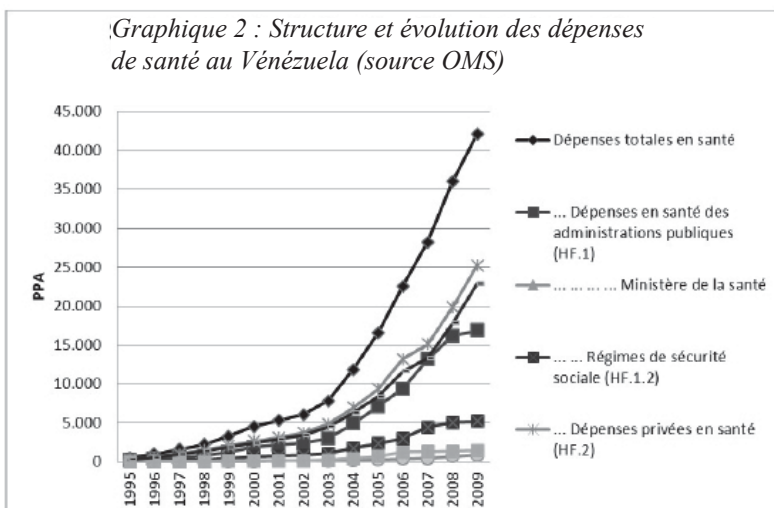
Le *New-York times*⁶ incrimine parfois la pauvreté, alors qu'elle se réduit ; parfois aussi la politisation de la police qui la rendrait moins efficace. Ceci ne peut être entièrement exclu, l'adhésion formelle au chavisme pourrait être ressentie comme une impunité par des policiers véreux ou endormis.

Un problème connexe, c'est la profusion d'armes à feu au sein de la population. On sait que la simple détention d'arme à feu est un

Graphique 3



Graphique 2 : Structure et évolution des dépenses de santé au Venezuela (source OMS)



facteur de risque majeur (d'abord pour le détenteur de la dite arme). Un « grand nettoyage » des armes serait nécessaire, mais ce nettoyage doit être régulièrement réitéré car les flux sont importants. Pour rappel, le Venezuela est voisin de la Colombie où sévissent plusieurs guérillas avec le trafic d'armes qu'elles entraînent.

D'après le site *inprecor*⁷, « l'extension du système de santé aux couches les plus pauvres de la population a été l'un des premiers et des plus importants défis qu'a assumés le Gouvernement bolivarien. Selon l'Institut national de statistiques (INE), plus de 8 millions de personnes profitent aujourd'hui de la mission d'attention médicale *Barrio Adentro* (développée grâce au partenariat avec Cuba) et le Venezuela destine actuellement environ 9% de son produit intérieur brut (PIB) à la santé (contre 2,3% en 1998). ».

Il signale également un manque de personnel qualifié, de places, de matériel et de coordination : il existerait des projets bloqués ou inaugurés trop rapidement, etc. Vu les difficultés, il a fallu augmenter l'apport de médecins cubains.

Absence de coordination

Pour certains protagonistes, l'obstacle fondamental est l'absence d'un véritable système national de santé publique capable de coordonner et de planifier ses propres politiques. Il existe au Venezuela un grand nombre d'organismes assureurs et de régimes de sécurité sociale et de santé. Le dispositif *Mision Barrio Adentro* ne représente qu'une partie du système de soins, il se surajoute à l'ensemble pour tenter de boucher les trous.

Le système est complexe et compte de nombreux acteurs : le ministère de la Santé, l'Institut vénézuélien de sécurité sociale, les services municipaux, les services régionaux, les hôpitaux militaires, les hôpitaux et services privés.

Inprecor ajoute : « Cela a constitué l'un des principaux inconvénients pour la construction et le fonctionnement adéquat d'un système national de santé publique. Aujourd'hui le Gouvernement investit dans la santé comme aucun gouvernement ne l'avait fait auparavant. Mais étant donné que chaque investissement se fait de façon isolée, les résultats se traduisent au jour le jour par des dépenses considérables et des réponses insatisfaisantes. ».

Les *Mision Barrio Adentro* qui devaient intervenir en urgences pour pallier les manques s'installent maintenant dans la durée

Les circuits de financements sont également complexes puisque l'état finance des caisses de fonctionnaires qui sont elles mêmes organisées comme des assurances privées. Cela semble montrer que le système vénézuélien nécessite une remise à plat.

Cependant le système doit être réformé mais les réformes en cours ne proposent pas un système de santé à l'anglaise (*beveridgien*⁸) mais plutôt un mélange d'assurances publique et privée. On pourrait le baptiser *bismarcko*⁹-*kendallien*¹⁰.

Selon *Inprecor* toujours, la loi ressemble plus à la réforme Obama qu'à un système socialiste de santé. Il

faut évidemment nuancer, les systèmes très centralisés peuvent présenter des lourdeurs bureaucratiques et un manque d'adaptabilité au terrain.

Une dette politique

Une autre question qui n'est pas encore résolue est la participation des citoyens dans le système de santé. Le système assurantiel ne garantit pas la présence citoyenne dans les décisions de santé. Paradoxalement l'état de l'Oregon se trouvera en avance par rapport au système vénézuélien. Ceci démontre que les objectifs politiques pour les systèmes de santé sont multiples, il est clair que Chavez a donné la priorité à l'accessibilité aux soins tandis que le caractère démocratique est reporté à plus tard. Il est possible aussi que le développement conflictuel du chavisme avec les classes dominantes au Venezuela oblige parfois à ne pas ouvrir trop de fronts en même temps car l'opposition est soutenue par la presse privée.

Inprecor relève dans les avis exprimés que « l'État doit approfondir les avancées obtenues jusqu'à présent en matière de santé et respecter ce qui est établi dans la Constitution, envers laquelle il a une dette de dix ans déjà qui comprend la promulgation d'une loi de la santé basée sur les principes de gratuité, d'équité et d'universalité ».

Quoiqu'il faille être prudent sur l'origine des sources que l'on utilise, tant du point de vue idéologique que qualitatif, on peut néanmoins remarquer ce qui suit.

Tout cela nous paraît juste, mais les gens pressés ne sont pas toujours de bon conseil. Comme nous le disait, il y a

bien longtemps notre actuelle ministre de la Santé : il n'est pas toujours bon d'avoir raison trop tôt.

Pour conclure nous pouvons dire que le système de santé vénézuélien a montré des progrès très intéressants. Le plus important est probablement d'avoir réduit les inégalités sociales (indice de GINI) et élevé le niveau d'étude ce qui a eu pour conséquence de diminuer les inégalités sociales de santé. Un diagnostic des causes de violence semble urgent pour réduire ce fléau inacceptable. Les *Mision Barrio Adentro*, pour intéressantes qu'elles soient constituent plutôt un palliatif d'un système de santé assez complexe avec un mix privé-public non structuré.

•••••
Obama Care

Soins privés ou soins publics ?

Le pouvoir de l'état aux Etats-Unis est très différent de ce qui est construit chez nous. En effet, les impôts sont fort bas, les caisses de l'Etat sont proportionnellement encore bien

moins remplies qu'en Belgique. Dès lors le déploiement du service public laisse un vide immense qui est rempli par le secteur privé.

Beaucoup de l'organisation de la société est articulé autour de ça. Les citoyens placent davantage leurs deniers dans des fondations (Bill & Melinda Gates, Ford, Rockefeller foundation, par exemple) et ciblent ainsi avec leurs investissements les actions qu'ils veulent voir se concrétiser.

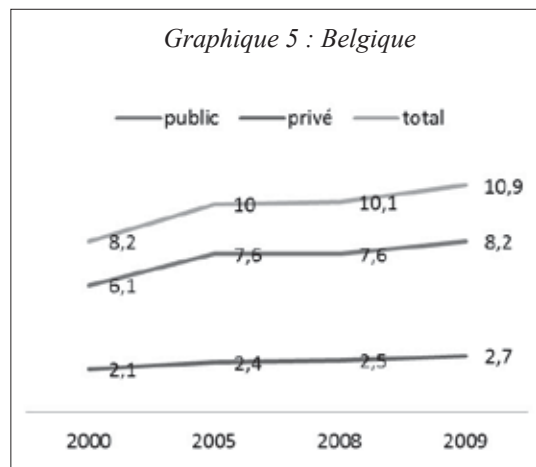
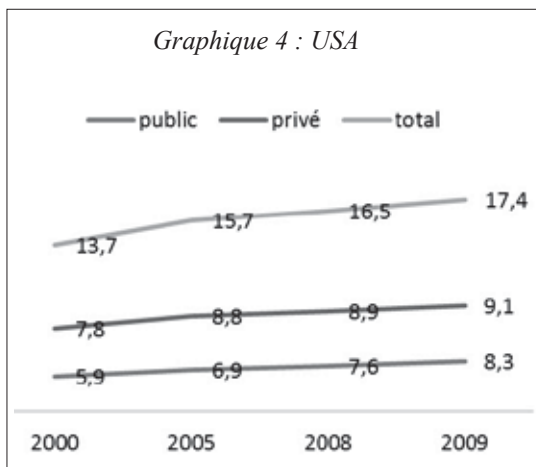
Faut-il rappeler à quel point la solidarité est importante en matière de santé ? En effet, lorsque l'assiette des assurés augmente, la charge globale pour le système diminue. Or ce à quoi l'on peut assister dans ce cas précis est plutôt une fragmentation.

Plusieurs analystes montrent¹¹ qu'aux Etats-Unis 17% à 17,9% du PIB (2009, 2010) est consacré à la santé (graphique 4) dont 47,7% sont issus de fonds publics (*Medicare, Medicaid, Children Health Insurance Program*) et 52,2% du privé (essentiellement les assurances privées et le porte-monnaie des personnes non couvertes).

Lorsqu'on parle de santé publique, on fait le plus souvent référence à *Medicare* (destiné aux personnes âgées), car c'est le seul programme exclusivement fédéral (les autres sont pris en charge par les Etats, même s'ils dépendent de plus en plus de transferts depuis Washington) (voir graphique 4).

Ce rapport en Belgique est de 10,9% du PIB¹² avec une clé de répartition public/privé qui est de 75,2% public pour 24,7% privé (graphique 5). On voit donc une tendance complètement inversée d'une part, et nettement plus restreinte en termes de pourcentage du PIB.

Si on analyse et que l'on superpose (voir graphique 6 page suivante) les deux graphiques (Etats-Unis et Belgique) et si l'on poursuit avec le même taux de croissance, on voit qu'il y a dans les deux cas une augmentation de la part du PIB investie en matière de santé. Mais ce qui est plus intéressant est l'analyse des tendances « privé » et « public ». On remarque en effet que les Etats-Unis tendent à réduire l'écart entre privé et public au profit de ce dernier. En Belgique, on remarque



un accroissement de cet écart, aussi en faveur d'investissements dans le domaine public.

On peut schématiser (voir graphique 7) la tendance en valeur absolue de cette façon, et en forçant le trait.

On ne peut évidemment pas présupposer de l'ensemble des facteurs qui peuvent expliquer ce différentiel en matière d'investissement. Par contre on peut émettre plusieurs hypothèses : changement de gouvernement, évolution sociologique (mentalité des citoyens qui change)...

On sait par ailleurs que le taux de mortalité infantile est un indice assez stable en matière d'indicateur de développement d'un pays en matière de santé. Ici, si l'on compare les Etats-Unis à la Belgique, on peut s'apercevoir d'une différence non négligeable (tableau 1).

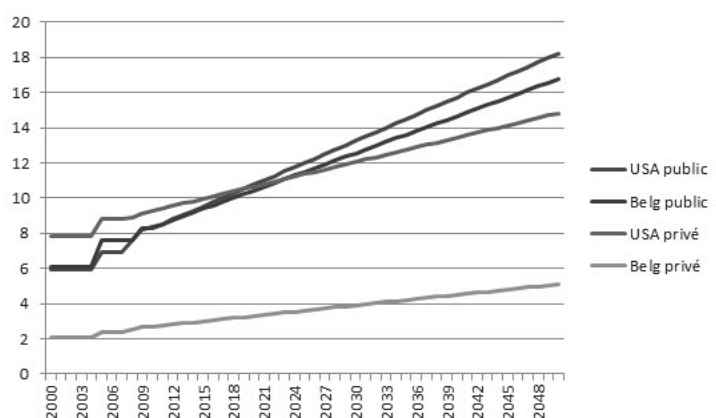
	2009
Belgique	3.4
Etats-Unis	6.5

Tableau 1 : mortalité infantile par 1000 naissances.

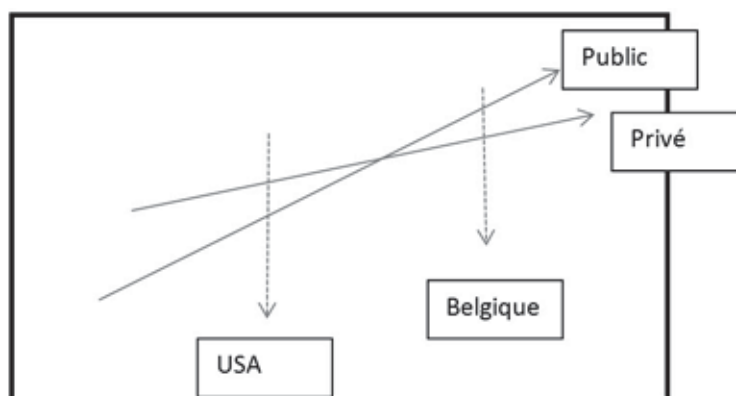
En mettant ceci en parallèle, on peut voir que ce n'est pas nécessairement en augmentant considérablement les dépenses en soins de santé que l'on va améliorer grandement la qualité du système. Il faut aussi remarquer l'ordre inverse des dépenses public/privé entre les deux pays.

Tout ceci dépend évidemment du système de santé que l'on veut et

Graphique 6



Graphique 7



doit inévitablement s'inscrire dans les lignes directrices en matière de politique dans un pays. Les pays comme la Belgique essaient de promouvoir un système de santé le plus public possible. Malheureusement, on voit de plus en plus d'initiatives qui vont vers une réelle privatisation des soins, sans pour autant que celles-ci prennent le dessus. Cette privatisation diminue le caractère redistributif de l'assurance, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut.

Pour mémoire, lors de la dernière négociation au sein de la médicomut¹³ un véritable bras de fer s'est joué entre l'Association belge des syndicats médicaux - ABSyM et le Gouvernement au sujet des suppléments d'honoraires dans les chambres doubles. Il s'agissait ici d'un effet inverse, à savoir une organisation des soins à deux vitesses ; ceci entraîne inévitablement un risque de surprotection de la part des citoyens qui vont dès lors aller d'avantage vers des couvertures privées en matière d'assurance. L'enchère est levée !

Obama arrive...

Ce sont de longues négociations qui ont eu lieu au parlement et au congrès américain pour arriver à ce que l'on connaît aujourd'hui comme étant l'*Obama Care* (aussi appelé *Health Care for America Plan*)¹⁴. Les deux objectifs majeurs sont d'une part une meilleure régulation du marché de l'assurance maladie et d'autre part une réduction des coûts. Tous ces changements ont suivi la signature le 23 mars 2010 du *Patient protection and affordable care act*.

Il était urgent d'agir étant donné qu'environ 44 millions d'américains n'avaient pas accès du tout à l'assurance maladie. Il s'agissait dès lors d'offrir une extension de quelque

chose qui existait déjà (*Medicare* et *Medicaid*). La mise en place est planifiée depuis sa signature en 2010 jusqu'en 2022, et on attend encore les réformes majeures qui ne devraient pas entrer en vigueur avant 2014.

Tout est mis en œuvre pour favoriser les cotisations de type patronal autour de caisses d'assurances qui sont soit privées, soit étatiques. Pour des entreprises qui ont plus de 50 employés par exemple, elles doivent rencontrer les mesures standards de l'*Obama Care* ou, à défaut, payer des amendes.

Pour le reste, l'*Obama Care* est en fait une taxe qui oblige les américains à souscrire à une assurance en quelque sorte ; celle-ci est de 1%

des revenus d'un ménage en 2014 et 2,5% en 2016. Cette taxe n'est prélevée que dans le cas où les mesures précédentes n'ont pas réussi à être remplies. De cette façon, la couverture totale augmente. Ceci couplé à une réduction des coûts peut avoir un bénéfice majeur en terme de sécurité du citoyen d'une part, de maîtrise des coûts d'autre part.

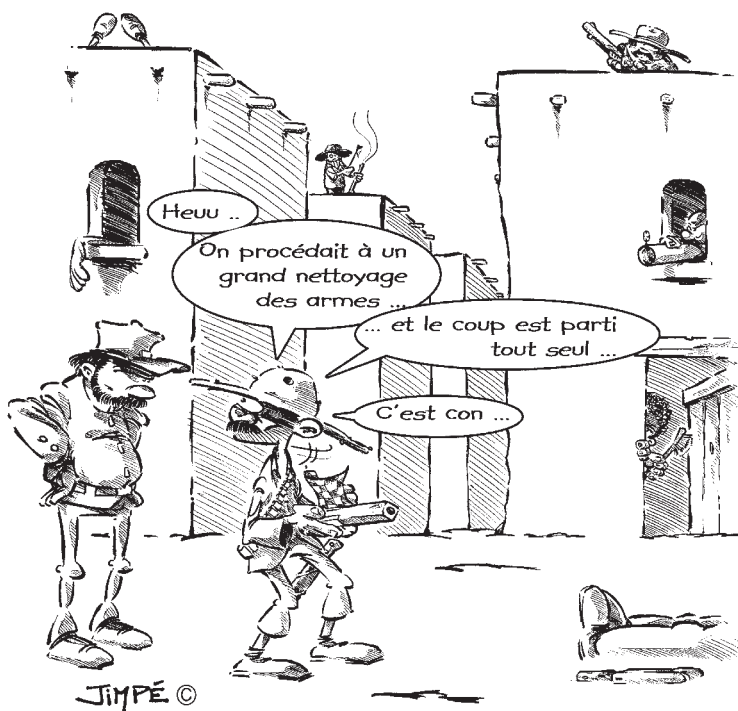
Quelle lecture de ceci ?

On voit que les enjeux qui se jouent autour de la santé sont énormes et touchent les gouvernements de tous les pays. Suivant l'allure de nos dirigeants et les contextes socio-économique dans lesquels on se trouve des changements sont possibles. L'arrivée de Chavez au pouvoir au Venezuela, couplée à des richesses naturelles à couper le souffle. Les démocrates succèdent à Bush Jr. et mettent à la tête des Etats-Unis Barack Obama qui avait fait de la santé et de la réforme de son système un enjeu majeur lors de sa campagne électorale. La promesse fut tenue à la suite de luttes parlementaires féroces.

Nous sommes dans ces deux pays avec des symétries entre un pouvoir en place plus à gauche que le précédent. Même dans le chef d'un Barack Obama, on est toujours dans un mode de pensée (néo)libérale.

••••• Conclusion

Il appartient bien entendu aux professionnels d'imprimer une certaine marque de fabrique dans le système de santé qu'ils veulent (c'est



le cas particulièrement chez nous suivant le mode de la concertation impliquant pouvoirs publics et représentants des professionnels). Mais une politique bien menée et courageuse doit être là au service des changements systémiques. Les enjeux économiques sont énormes, il s'agit de marchés gigantesques, qu'il est difficile de manœuvrer dans ce vent de libéralisation à outrance. Les lois de ces marchés sont-elles strictement applicables à celui de la santé ?

Posant cette question, on se retrouve vite avec des conflits entre l'idéologie dominante, qui galope, qui développe les outils financiers au détriment des instruments qui peuvent fabriquer plus de bonheur.

Si l'on revient un peu vers nos préoccupations actuelles, comment allons-nous imaginer nos soins de santé de demain ? A l'aube de changements très importants lors des transferts de compétences qui vont sceller notre sixième réforme de l'état, quelle est la meilleure articulation entre les citoyens, les payeurs et les décideurs ? Autrement dit la concertation telle que nous la connaissons à l'heure actuelle a-t-elle un avenir ?

Il semble se dessiner que oui, mais avec des lignes conductrices plus fortes qui émaneraient du politique. Il semble d'ailleurs que de bonnes choses sortent déjà des négociations telles qu'elles se passent à l'heure actuelle ; mais alors se pose la question de quelle politique ! Si en effet, on voit que des politiques de gauche favorisent un système de sécurité sociale solidaire plus fort, que

fera-t-on lorsque le vent tournera ? Il faut rappeler d'ailleurs que la loi sur le forfait a failli être abrogée suite à une promesse électorale poujadiste d'anciens PRL, à l'époque. Qu'en serait-il advenu si ces personnes avaient été au pouvoir... ?

1. On a retrouvé des chondrosarcomes datant de la 5^e dynastie égyptienne (~2400).

2. Voir www.who.int/countries/ven/fr/

3. Les fonds impulsés sont un soutien public belge à l'installation de médecins dans certaines zones à faible densité médicale ou dans les secteurs à taux de population paupérisée importante.

4. Voir http://minci2.minci.gob.ve/internacionales/1/214693/venezuela_lidera_como.html

5. Définition de l'INSEE (Institut national de statistique et des études économiques) : l'indice (ou coefficient) de GINI est un indicateur synthétique d'inégalités de salaires (de revenus, de niveaux de vie...). Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où tous les salaires, les revenus, les niveaux de vie... seraient égaux. A l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les salaires (les revenus, les niveaux de vie...) sauf un seraient nuls. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de GINI est élevé.

6. www.nytimes.com/2010/08/23/world/americas/23venez.html?pagewanted=all&r=0

7. Voir <http://orta.dynalias.org/inprecor/article-inprecor?id=980>

8. Perception centralisée et donc soins de santé plutôt payés par l'impôt.

9. Caisses d'assurances publiques (les mutuelles).

10. Caisses d'assurance privées (comme aux Etats-Unis entre autre).

11. Le monde, 11 décembre 2012, article de Evariste Lefevre, Chief economist Amériques, Natixis New York, auteur de La Renaissance américaine, Editions Leo Scheer & OECD factbook 2011-2012

12. OECD factbook 2011-2012.

13. Commission nationale médico mutualiste au sein de l'INAMI qui doit sceller un accord entre les professionnels et les mutuelles tous les deux ans.

14. <http://obamacarefacts.com/obamacare-facts.php>