

Le bilan mitigé des réformes des systèmes de santé dans les pays sud-eurasiens

Sophie Hohmann

▶ **To cite this version:**

Sophie Hohmann. Le bilan mitigé des réformes des systèmes de santé dans les pays sud-eurasiens. Les Études du CERI, 2019, 241-242, pp.44 - 51. hal-03393722

HAL Id: hal-03393722
https://sciencespo.hal.science/hal-03393722

Submitted on 21 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le bilan mitigé des réformes des systèmes de santé dans les pays sud-eurasiens

par Sophie Hohmann

Depuis leur indépendance en 1999, les pays d'Asie centrale et du Caucase du Sud ont connu des évolutions qui ont généré de fortes inégalités socioéconomiques. La détérioration du système de soins et la rupture des approvisionnements qui se sont alors produites ont eu pour conséquence la dégradation des indicateurs de santé. Dès 1992, des réformes impulsées par les organisations internationales ont introduit des standards dans une tentative de rationalisation. Or malgré ces efforts, elles ont finalement contribué à creuser les inégalités d'accès aux soins, dans un contexte de délitement des filets de sécurité soviétiques et de difficultés de financement.

Les conséquences de l'effondrement de l'URSS

Jusqu'aux années 1960, le développement du système de santé soviétique créé après la révolution de 1917 avait généré de véritables progrès en ce qui concerne la baisse de la mortalité, infantile et générale. Dès les années 1970, des difficultés sont devenues manifestes, car ce système théoriquement gratuit et extensif, essentiellement axé sur la prévention des maladies infectieuses et parasitaires, n'a pas su s'adapter à la lutte contre les pathologies chroniques ni aux changements de politiques sanitaires qu'elles exigeaient. Dans une Union soviétique où la priorité était toujours donnée au secteur militaire, l'apparition de ce que l'on a appelé durant la période brejnévienne dite de stagnation le « principe résiduel » – principe selon lequel les programmes sociaux et culturels recevaient ce qu'il restait du budget de l'Etat une fois attribuées les allocations allant à la production – a plongé le système de santé dans une situation irréversible.

La dissolution de l'URSS a laissé un vide institutionnel inédit avec lequel il a fallu composer, sans proposition alternative. La plupart des pays ont dû faire face à une crise sanitaire issue de la rupture des financements et des approvisionnements en médicaments et vaccins, ainsi qu'au départ des médecins d'origine russe, ukrainienne ou bélarusse.

En Ouzbékistan, le budget de santé publique, qui était le plus élevé de toute l'Asie centrale, a décliné de manière très régulière jusqu'en 1997, passant de 5,9 % du PIB au début des années 1990 à 3,3 % en 1997. En Géorgie et en Azerbaïdjan, il s'élevait à moins de 1 % en 1995. L'espérance de vie à la naissance pour les hommes témoigne de cette dégradation. Au Kazakhstan, elle est passée de 64 ans en 1986 à 59 ans en 1995 (comme en Fédération de Russie) : dans ces deux pays elle était en moyenne inférieure de plus de dix années à celle des pays de l'Union européenne. D'autres indicateurs comme la mortalité des hommes (de 15 à 59 ans) ou celle liée aux maladies du système circulatoire ont sérieusement augmenté dans les années 1990. La mortalité infantile a crû elle aussi, malgré la sous-estimation des données disponibles, héritage de l'époque soviétique. Au moment où les réformes s'engagent, le coût et les modalités de l'accès aux soins sont imprévisibles, rompant avec le paradigme de l'officielle gratuité pour tous, même si les paiements informels étaient une constante dès l'époque soviétique.

Tableau 3
Principaux indicateurs démographiques de l'Eurasie

Pays	Population 2016	Urbain 2016	Rural 2016	Indice de fécondité	Taux de mortalité 2015	Esp.de vie à la naissance (total) 2016	Esp. de vie des hommes à la naissance 2016	PIB *per capita* en dollars 2016	PIB en milliards de dollars 2016
Azerbaïdjan	9 705 643	55 %	45 %	1,9	7,0	72,0	69,0	3876	37,8
Arménie	2 998 577	62 %	38 %	1,6	9,3	74,8	71	3606	10,5
Géorgie	3 720 400	54 %	46 %	1,7	11,5	73,6	68,6	3853	14,3
Kazakhstan	17 67 0579	53 %	47 %	2,7	8,9	72	68	7510	137,2
Kirghizstan	6 019 500	36 %	64 %	3,2	6,4	70,7	67	1077	6,8
Tadjikistan	8 547 400	27 %	73 %	3,4	5,7	71	68	795	6,9
Turkménistan	5 400 000	51 %	49 %	2,3	7,8	67,8	64	6389	36,2
Ouzbékistan	31 600 000	37 %	63 %	2,5	7	71,3	68,6	2110	67
Féd. de Russie	146 544 700	74 %	26 %	1,7	13,1	71,6	66,5	8748	1285
France	*66 991 000*	*82 %*	*18 %*	*1,9*	*8,9*	*82,3*	*79,2*	*36854*	*2465*

Sources : **demoscope.ru** et Banque mondiale, élaboration de Sophie Hohmann

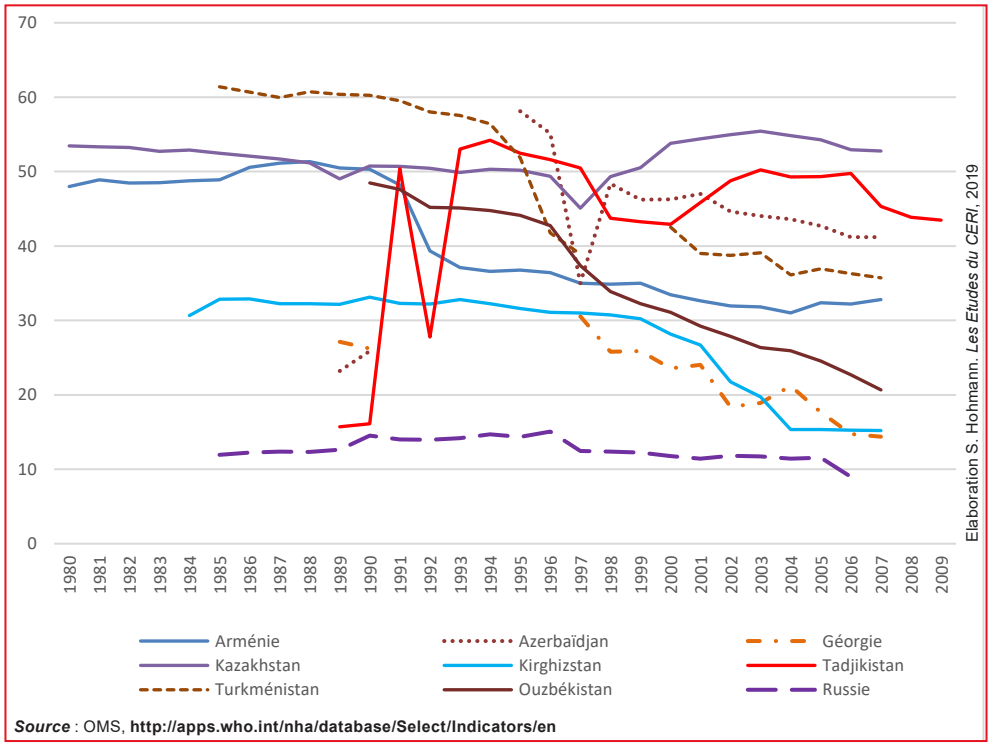
Réformer un système de santé essoufflé

Les réformes, qui ont débuté au cours des années 1990, se sont effectuées à des rythmes différents selon les Républiques, mais ont eu pour point commun d'être impulsées par deux grands organismes internationaux : la Banque mondiale et l'Usaid. Une première vague de réformes a été lancée en 1993 en Arménie et au Tadjikistan, en 1994 en Azerbaïdjan, en 1995 en Géorgie, au Kazakhstan et au Turkménistan, et en 1996 en Ouzbékistan et au Kirghizstan, suivie par une deuxième phase de restructuration à la toute fin des années 1990 et une troisième dans les années 2000. Les grandes recommandations préconisées portaient sur la décentralisation du système de santé, sur la promotion d'un secteur privé et sur la restructuration des soins de santé primaire[1] (Figure 2) autour du médecin de famille [*semejnij vrač*] – qui s'apparente à notre médecin généraliste. Ce concept était considéré comme l'une des clés de la mise en œuvre des standards internationaux et de la rationalisation des systèmes de santé. Ces réformes ont officialisé le paiement à l'acte médical et ont donc fixé une tarification pour la consultation ; elles ont défini un premier « panier » de soins considérés comme de base, gratuit pour certaines catégories de la population, dans la perspective de l'étendre à une plus large frange.

L'Arménie, gravement touchée par le séisme de Spitak en décembre 1988 puis par la guerre du Haut-Karabagh (1988-1994), a été le premier pays de l'ex-URSS à proposer à partir de 1993 une formation de médecin de famille. A la différence des autres pays, le rôle de la diaspora et de l'aide financière aux infrastructures médicales y est important ; mais cette aide, qui dépend de logiques régionales et clientélistes, n'est pas homogène. En Azerbaïdjan, les paiements à l'acte qui existaient déjà de manière informelle ont été officialisés en 1994 puis

[1] Les soins de santé primaire désignent les soins de base ou de premier échelon.

Figure 2
Unités de soins primaires pour 100 000 habitants

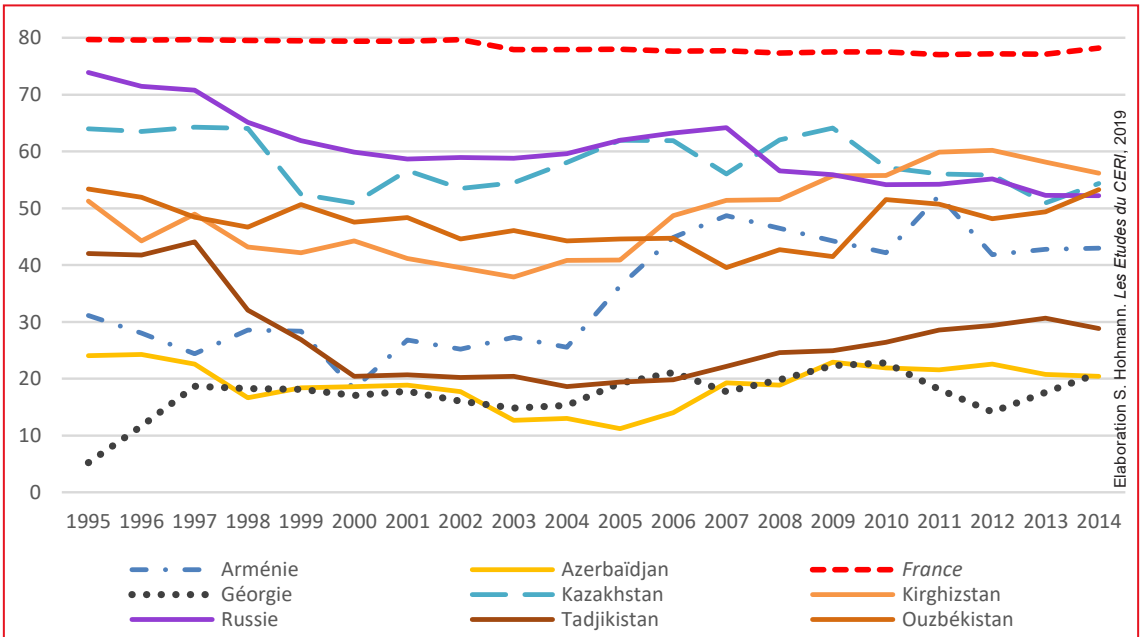


Source : OMS, **http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en**

à nouveau en 1998. Une nouvelle vague de réformes en 2008 a instauré une assurance médicale obligatoire et un panier de soins de base, et a amélioré la qualité du système de soins primaires, qualifiés de sous-développés dans les documents de présentation des réformes. Dans ces deux pays, l'Etat est officiellement resté, à des degrés divers, un acteur majeur du financement du système de santé. Pourtant les données témoignent d'une tout autre réalité : dans le total des dépenses du secteur, les dépenses publiques ne représentaient en 2014 que 19,3 % en Azerbaïdjan contre environ 40 % en Arménie, quand dans le même temps elles étaient légèrement inférieures à 80 % en France en 2014 (Figure 3). Les financements sont de plus en plus pris en charge par les ménages et indirectement assumés par les transferts financiers des migrants économiques.

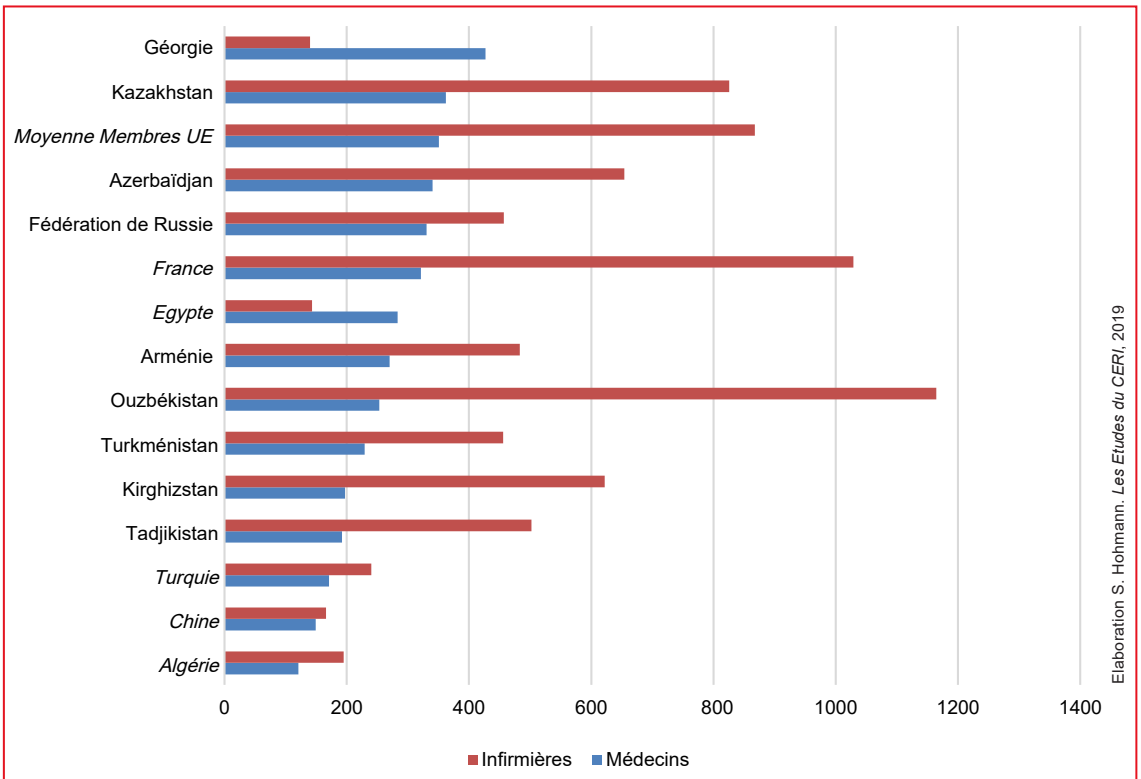
La baisse du nombre de médecins et d'infirmières (Figure 4) constitue également une préoccupation. Dans la plupart des Etats postsoviétiques du Sud, elle s'explique par une vague d'émigration dès 1989, mais aussi par de faibles rémunérations et par une corruption intrinsèque au système qui disqualifient la profession. Les réformes du cursus universitaire et des modalités de fonctionnement du système ont eu un effet très négatif, alors que les instituts de médecine de Douchanbe et de Tachkent avaient une bonne réputation à l'époque soviétique. En Asie centrale et dans le Caucase du Sud, en 2016, les salaires des médecins étaient compris entre 150 (au Tadjikistan) et 600 dollars (au Kazakhstan), ce qui incite les médecins à émigrer. Des efforts sont en cours et des formations médicales sont organisées, en Turquie par exemple. En Ouzbékistan, depuis l'élection de Chavkat Mirziyoev en décembre 2016, une politique de « rapatriement » des médecins émigrés est à l'œuvre, articulée autour d'incitations financières.

Figure 3
Dépenses de santé du secteur public (en % des dépenses totales de santé)



Source : OMS, **http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en**

Figure 4
Nombre d'infirmières et de médecins pour 100 000 habitants, 2015



Source : OMS, **http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en**

L'émergence d'un secteur privé : instabilité et géométrie variable

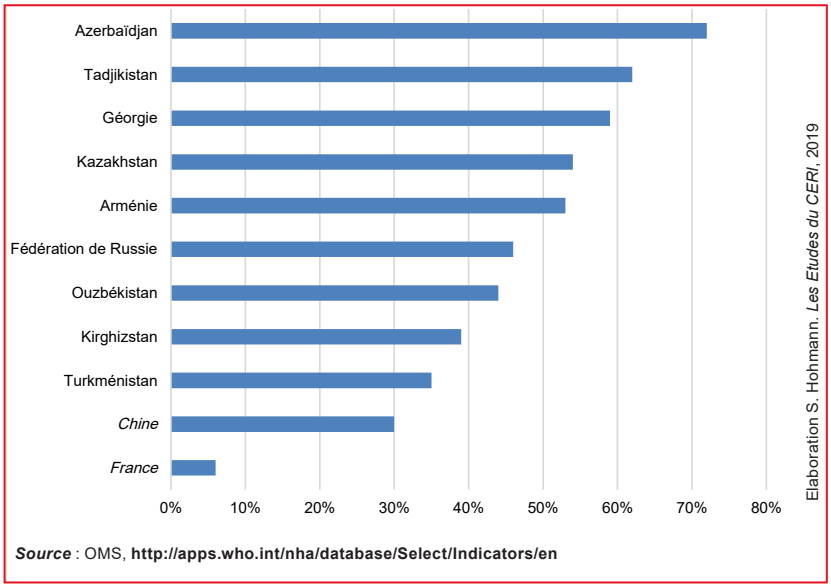
Les choix de politiques économiques ont eu un impact sur les systèmes de soins, en déterminant le degré de libéralisation et de privatisation de la santé. En Ouzbékistan comme au Kazakhstan, en Arménie, en Azerbaïdjan et au Tadjikistan, environ 80 % des hôpitaux sont publics et le secteur privé est peu développé. En Ouzbékistan, la régulation relève quasi exclusivement de l'Etat et les organisations non gouvernementales jouent un rôle très faible (à la différence du Tadjikistan qui est sous perfusion des organisations non gouvernementales depuis la fin de la guerre civile en 1997). La structure de fonctionnement reste très verticale : les décisions sont prises au niveau des régions (*viloyat*) et elles relèvent d'un système dual (ministère de la Santé et gouvernement local). Rompant avec l'ère Karimov (1991-2016), le président Mirziyoev a initié de nombreuses réformes pour améliorer l'accès aux soins de santé primaire et réguler les prix des médicaments. Parallèlement, mais dans des conditions politiques différentes, en Arménie, Nikol Pachinian, devenu Premier ministre en mai 2018, a entrepris des réformes afin de rendre l'accès aux soins plus égalitaire en luttant contre la corruption dans le système de santé (et de manière générale dans la société).

Les trajectoires du Tadjikistan et du Kirghizstan, pays majoritairement montagneux qui sont les plus pauvres de l'ex-URSS, sont différentes. Tous deux sont confrontés à une importante migration de travail vers la Fédération de Russie, qui concerne respectivement 12 % et 17 % de la population. Les transferts financiers – qui représentaient plus de 30 % des PIB tadjik et kirghiz en 2017 – jouent un rôle non négligeable dans les dépenses de santé du secteur privé et sont un filet de sécurité important pour les ménages[2]. Ces dépenses privées sont une source significative de financement du secteur de la santé (plus de 50 %) dans ces deux pays où les PIB *per capita* sont les plus faibles d'Asie centrale. Au Tadjikistan, pays encore très marqué par l'ère soviétique, la corruption s'est amplifiée à tous les niveaux depuis la guerre civile (1992-1997), se conjuguant avec le narcotrafic, une forte pauvreté et une situation épidémiologique inquiétante (tuberculose, VIH, hépatites). Un projet pilote a été lancé en 2007-2008 dans le but d'améliorer la couverture sanitaire de la population en instituant un panier de prestations gratuites, mais faute de financement, quatorze districts sur soixante-cinq en bénéficiaient en 2016. Par ailleurs, nombre de médecins manquent de qualification, et ils sont souvent touchés par la réduction du personnel médical et dépassés par l'afflux de patients. Néanmoins, des unités de médecine mobile (qui permettent aux médecins et au personnel médical d'accéder aux populations vivant dans des endroits reculés ou dépourvus de points de santé, la plupart ayant fermé dans les années 1990-2000) se reforment dans certains districts montagneux.

Le Kirghizstan connaît des révisions bien plus avancées, prises en charge par le système politique jugé le plus démocratique d'Asie centrale. Dès 1992, elles ont été soutenues par une coopération avec la Suisse pour les soins de base. Le pays est passé par des phases difficiles, notamment marquées par la « révolution des tulipes » en 2005 et les violences de

[2] G. Khodjamurodov, D. Sodiqova, B. Akkazieva, B. Rechel, « Tajikistan : health system review », *Health Systems in Transition*, Copenhague, Vol. 18, n° 1, 2016, pp. 1-114.

Figure 5
Part des dépenses privées des ménages dédiée à la santé (en % des dépenses totales de santé), 2014



Source : OMS, **http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en**

Och en 2010, qui témoignent d'une corruption généralisée et d'une incapacité des autorités à lutter contre la pauvreté. Dépourvu de richesses minières, il a exercé une pression fiscale plus forte que la plupart des autres Etats. Le programme de réforme nationale Den Sooluk (2012-2016 et 2018) s'est inscrit dans la continuité des programmes précédents (Manas entre 1996 et 2005 et Manas Taalimi entre 2006 et 2011). Ils ont mis en œuvre une réforme du financement du système de santé qui est depuis 2006 abondé par trois sources : le secteur public, les ménages et des fonds externes provenant d'agences internationales de développement[3]. Les fonds publics comprennent les fonds du budget direct de l'Etat et le fonds d'assurance médicale obligatoire. Contrairement aux pays voisins, presque aucun financement de santé n'est soutenu par les budgets régionaux.

La Géorgie suit une trajectoire singulière[4]. Malgré l'aide internationale, les conflits des années 1990 ont affaibli le pays, dont les dépenses de santé ont alors fortement diminué, représentant moins de 1 % du PIB en 1995. C'est après la « révolution des roses » de 2003 et l'arrivée au pouvoir de Mikheil Saakachvili que des changements majeurs ont été décidés. La quasi-totalité des hôpitaux ont alors été privatisés et de nombreux centres de santé primaire ont fermé. La loi sur l'assurance médicale obligatoire a été remise en cause et un système dual a été promu : à chacun, s'il le voulait et s'il le pouvait, de s'assurer contre les risques de santé auprès de compagnies d'assurances privées ; les plus pauvres bénéficient d'un accès gratuit aux soins de base, par un système de cartes de bénéficiaires de l'aide sociale ciblée. Le modèle explicitement cité était le modèle américain, avec une place importante laissée

[3] J. Kutzin et *al.*, « Bismarck meets Beveridge on the Silk Road : Coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan », *Bulletin of World Health Organization*, 2009, 87, pp. 549-554.

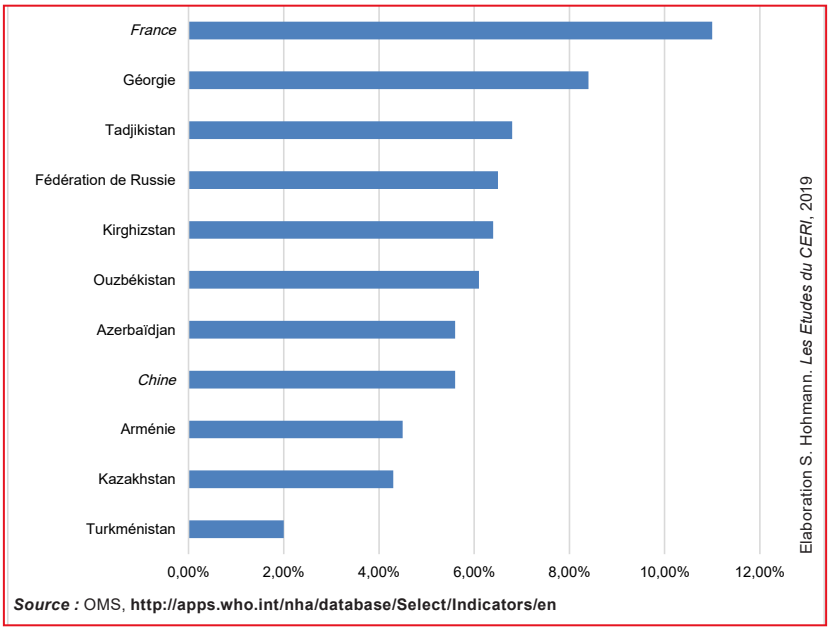
[4] S. Hohmann, C. Lefèvre, « Post-Soviet transformations of health systems in the South Caucasus », *Central Asian Affairs*, 2014, n° 1 pp. 48-70.

au secteur privé et un dispositif de type Medicaid pour les plus pauvres. Cette nouvelle politique, d'influence libérale, a entraîné à partir de 2008 la création de plusieurs compagnies d'assurance médicale privées et la construction de nouveaux hôpitaux privés en lien direct avec les *lobbies* pharmaceutiques. Le départ de Mikheil Saakachvili après l'élection de Guiorgui Margvelachvili en 2013 semble avoir exacerbé les inégalités malgré des promesses d'accès au panier de base pour tous, alors qu'en réalité le paiement par les ménages est l'usage (Figure 5 *supra*).

Le cas des pays producteurs d'hydrocarbures : des situations hétérogènes

Au Kazakhstan comme en Azerbaïdjan, l'augmentation très rapide du PIB au milieu des années 2000 ne s'est pas traduite par une augmentation proportionnelle des dépenses publiques de santé et de leur ratio dans le PIB (Figure 6). Une grande partie de celles-ci est donc assurée directement par les ménages, ce qui contribue à creuser les inégalités d'accès aux soins. Dans la logique du programme national de santé Densaulyk (2016-2019) et du

Figure 6
Dépenses totales de santé (en % du PIB), 2015



Source : OMS, **http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en**

programme Salamatty Kazakhstan 2011-2015 [La santé pour tous au Kazakshtan][5], les stratégies Kazakhstan 2030 puis Kazakhstan 2050 ont pour objectifs l'amélioration de la couverture médicale et du financement public, ainsi que la mise en œuvre d'une assurance obligatoire. Depuis 2015, le Kazakhstan oblige les employeurs à cotiser (à hauteur de 3 % de leurs coûts salariaux) à l'assurance obligatoire. Dans ces deux pays, les grandes compagnies

[5] Dans le cadre de ce programme, cinq mille experts étrangers sont accueillis chaque année au Kazakhstan pour former d'une part les futurs médecins et d'autre part les spécialistes à de nouvelles techniques d'opérations.

privées pétrolières ont développé leurs propres systèmes de santé pour leurs salariés, de manière indépendante une fois acquise l'indispensable autorisation du ministère de la Santé. Elles peuvent participer au financement des infrastructures de santé, à la formation des médecins et à certains programmes.

Au Turkménistan, riche en gaz, le secteur de la santé a sombré un peu plus lorsque le président Niazov a procédé en 2004 à la fermeture des hôpitaux de province au prétexte de rationaliser le système de soins en invoquant la bonne santé de son peuple. Depuis, le pays est plongé dans une situation sanitaire catastrophique niée par les autorités. Depuis son élection en 2007, le président Berdymoukhamedov a rallongé les études supérieures à cinq ans au lieu de deux, restauré l'Académie des sciences et fait valider les diplômes obtenus à l'étranger. En réalité, on assiste à une totale régression de l'accès aux soins renouant avec la période Niazov, une politique de façade qui est une coquille vide et incite à se faire soigner en Iran, en Turquie et en Inde. Le seul hôpital étranger, un hôpital turc créé en 1999 à Achgabat vers lequel la population se tournait majoritairement, a fermé en avril 2017, officiellement en raison du non-renouvellement de sa licence par le gouvernement turkmène. Le Fonds des Nations unies pour la population (Fnuap) est présent au Turkménistan et, comme en Corée du Nord, il tente malgré la nature du régime d'élaborer des directives pour améliorer le planning familial (2016-2020).

Des résultats mitigés

Les résultats des réformes engagées sont très mitigés. On compte quelques réussites en termes de modernisation, mais elles ont entraîné de fortes inégalités d'accès aux soins. La faillite de l'Etat providence et la perte des filets de sécurité sociale n'ont pas été contrebalancées par les réformes. L'introduction d'un nouveau système d'assurance médicale obligatoire est donc apparue comme une nécessité dans la plupart des pays postsoviétiques. Néanmoins aucun d'entre eux ne dispose d'un système bien établi d'assurance maladie. La question de son financement (par impôt ou par cotisation) se pose de manière cruciale surtout dans les pays ne disposant pas de ressources propres. L'importance des paiements privés des ménages et le coût relatif des contrats d'assurance rendent peu intéressant un tel système assurantiel privé pour des populations qui ont été habituées au paternalisme étatique. Le Kirghizstan semble le plus avancé en la matière, mais son système de financement reste très fragile. La question des sentiers de la dépendance soviétiques et de l'histoire des mentalités doit donc être intégrée aux réflexions sur la construction de politiques de santé capables de répondre aux réalités postsoviétiques.

Pour citer ce chapitre : Sophie Hohmann, « Le bilan mitigé des réformes des systèmes de santé dans les pays sud-eurasiens », *in* A. de Tinguy (dir.), *Regards sur l'Eurasie. L'année politique 2018/Les Etudes du CERI*, n° 241-242, février 2019 [en ligne : **www.sciencespo.fr/ceri/fr/papier/etude**].