

Espace public, espace privé : la dichotomie hôpital public/clinique privée dans le système de santé tunisien

Sofiane BOUHDIBA⁽¹⁾

Introduction

Le système de santé tunisien est réputé être l'un des plus performants en Afrique, et parmi les meilleurs du monde arabe, si l'on exclut le cas particulier des pays du Golfe persique. Il existe pourtant une nette dichotomie entre, d'une part les infrastructures de santé publiques (*âam*) à bout de souffle, et de l'autre un secteur médical privé (*khaas*) relativement performant.

Sur le plan éthique, doit-on permettre aux plus riches de consommer les technologies de pointe permettant de prolonger la vie, alors que les populations vulnérables n'ont qu'un accès limité aux soins ? Peut-on accepter un système sanitaire à double vitesse dans un pays en développement ? Dans quelle mesure cette dichotomie public/privé est-elle représentative de la figure du *khaas* et du *âam* en Tunisie ? Telles sont les questions auxquelles je propose de trouver quelques éléments de réponse.

Ma réflexion se fera en trois grandes étapes. Je commencerai par décrire le système de santé en Tunisie, en insistant sur les divergences entre le public et le privé. Dans une deuxième partie, je m'attacherai à démontrer que le système de couverture des soins est lui-même à double vitesse, révélateur de deux espaces public et privé. La dernière partie de la contribution se fera en termes de perspectives, tentant de voir si le système de santé tunisien est en train de s'orienter vers une homogénéisation et une démocratisation, ou si au contraire la figure de l'hôpital public tunisien va continuer à faire figure de parent pauvre face à la clinique privée.

I. Le système sanitaire en Tunisie

Après un bref aperçu historique, nous allons dans ce qui suit présenter l'infrastructure sanitaire en Tunisie, ce qui nous permettra de mieux comprendre ensuite la dichotomie entre les secteurs publics et privés.

⁽¹⁾ Université de Tunis, Tunisie.

1. Historique

Au début des années 1920, la Tunisie comptait seulement trois établissements sanitaires, tous publics, implantés dans la capitale : l'hôpital Sadiki, l'hôpital civil français et l'hôpital Ernest Conseil, ce dernier étant réservé au traitement des maladies contagieuses.

En 1948, lorsque fut créé le Ministère de la Santé Publique (MSP), le pays comptait au total 7 hôpitaux, 32 dispensaires et 24 cliniques. Cette infrastructure était encore exclusivement privée, et 65 % des lits hospitaliers étaient concentrés dans la capitale (Tunis).

En 1954, on recensait 51 centres médicaux, 566 médecins et 1370 infirmiers¹. Le pays comptait alors environ 1.4 médecins pour 10000 habitants, ratio très nettement insuffisant.

Trois ans plus tard, avec la création du Service de Prévention et d'Hygiène Publique, le pays pouvait compter sur un système sanitaire quasi exclusivement public, efficace et performant.

De fait, le gouvernement disposait des moyens humains et matériels de mettre en pratique sur le terrain une politique de lutte contre les épidémies et endémies qui faisaient encore des ravages dans les grandes villes, du fait de la promiscuité des habitants. C'est ainsi que le paludisme², le typhus, la tuberculose, la bilharziose³ et la fièvre typhoïde purent être éradiqués des zones urbaines.

2. La situation actuelle

Le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique a plus que décuplé en 30 ans, passant de 70 Millions de \$ en 1980 à plus de 900 Millions de \$ aujourd'hui⁴.

Quant à l'infrastructure sanitaire, elle comprend aujourd'hui un secteur public et un secteur privé. Le premier est constitué de quatre catégories distinctes d'établissements hospitaliers, obéissant à une certaine hiérarchie : au sommet de la pyramide sanitaire, se situent les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), puis à un deuxième degré, les hôpitaux régionaux. Plus bas dans la hiérarchie se trouvent les hôpitaux de circonscription, qui comportent nécessairement un service de

médecine générale et un autre de gynécologie, et accessoirement un

¹ Service Tunisien des Statistiques, *Annuaire statistiques de la Tunisie*, 1954.

² Le paludisme ne fut officiellement éradiqué du pays, tous milieux confondus, qu'en 1979.

³ La lutte contre la bilharziose ne commença réellement qu'en 1970, et le dernier foyer fut éteint à Gafsa en 1982.

⁴ Tunisie, Ministère de la Santé Publique, 2013.

service de pédiatrie et un autre de chirurgie.

Enfin, à la base de la pyramide sanitaire urbaine nous trouvons les maternités périphériques. Tous ces établissements sanitaires, dépendant directement du Ministère de la Santé Publique, se trouvent en milieu urbain, mais sont régulièrement fréquentés par des patients provenant des campagnes.

En milieu rural, ont été implantés les Centres de Santé de Base (CSB), dans lesquels un infirmier dispense quotidiennement des actes médicaux simples, tels que des vaccins ou des prises de tension, et dans lesquels un médecin généraliste fait des visites deux fois par semaine. Ces centres sont dits de « première ligne », car ils constituent le premier contact entre le patient et le système sanitaire, et c'est à partir de là que les malades sont orientés vers les échelons supérieurs urbains mieux équipés.

Quant au secteur médical privé, il a connu un véritable boom depuis le milieu des années 1980. En effet, le nombre de lits dans les cliniques a plus que doublé entre 1985 et aujourd'hui, passant de 974 à 2 000, alors que celui du secteur public n'a que légèrement augmenté, passant de 15 000 lits en 1985 à 16 000 lits aujourd'hui⁵.

Ainsi, les 75 cliniques que compte le pays - implantées exclusivement en milieu urbain - représentent aujourd'hui 14000 emplois et 380 Millions de \$ d'investissement. Le secteur des polycliniques, encore embryonnaire il y a une vingtaine d'années, représente aujourd'hui à lui seul 2500 emplois et 150 Millions de \$ d'investissement⁶.

Si le secteur public dispose d'environ 16000 lits pour 4708 médecins, le secteur privé n'en offre que 2000 pour 4203 médecins de libre pratique. Le ratio lits/médecin est de 3.5 lits/médecin pour le secteur public contre 0.5 lits/médecin pour le privé. Par ailleurs, le nombre de pharmaciens (secteur privé) est passé de 1087 en 1992 à 1537 en 2013.

Ce développement très rapide des cliniques privées est essentiellement dû à trois causes. D'abord, il faut y voir les effets de la suppression en 1988 du « *plein temps aménagé* »⁷, qui a entraîné un véritable exode des grands noms de la profession vers le secteur privé.

Par ailleurs, les groupes financiers et les groupements de médecins spécialistes - dont la capacité de concentrer des capitaux importants est

⁵ Tunisie, Ministère de la Santé Publique, 2013.

⁶ Fédération Tunisienne de la Santé.

⁷ Possibilité offerte aux médecins spécialistes privés de travailler à la fois en tant que salarié dans un hôpital et dans leur propre cabinet.

relativement facile⁸ - ont investi massivement dans les unités de soins privées, dans un but purement lucratif.

Enfin, les incitations fiscales du gouvernement ont également encouragé dans une large mesure la création de cliniques privées⁹.

Concernant l'infrastructure sanitaire privée, on observe très nettement une concentration des cliniques dans les zones urbaines du Grand Tunis, qui représentent 59 % du total des cliniques du pays. Nous constatons également que les cliniques se concentrent tout le long des zones urbaines du littoral, dans une bande s'étendant de Bizerte jusqu'à Médenine, et qui regroupe 89.5 % du total des cliniques de la Tunisie.

Cela s'explique par le meilleur pouvoir d'achat de la capitale et des grandes villes du littoral. Il est inutile de rappeler ici que les investisseurs privés choisissent les zones d'implantation de leurs cliniques en fonction, non pas des besoins de la population locale, mais de la demande solvable.

Notons enfin que le nombre anormalement élevé des cliniques dans les gouvernorats de Sfax et Médenine correspond en partie à une demande de soins émanant d'une clientèle libyenne solvable. Les patients libyens peuvent ainsi aisément parcourir quelques centaines de kilomètres pour rejoindre une clinique tunisienne.

II. un système de santé publique en retard

La médecine tunisienne est, assurément, de qualité. Ses praticiens, bien formés, suivant le modèle de l'école française de médecine, sont réputés, et ses structures hospitalières sont modernes. Le problème qui se pose concerne l'accueil et le confort de l'hospitalisation ambulatoire.

Il est vrai que l'un des problèmes majeurs des prestations sanitaires offertes par le milieu hospitalier public réside dans la forte pression démographique exercée par les patients sur le personnel médical et paramédical.

L'infrastructure sanitaire publique urbaine draine les citoyens en quête de soins vivant à proximité, mais également - et c'est à ce niveau que se crée le goulot d'étranglement - les ruraux éloignés mais souffrant de pathologies nécessitant un matériel lourd et n'existant que dans les

⁸ Le coût de revient d'un lit dans une clinique est aujourd'hui de 180000 DT, selon la Fédération Tunisienne de la Santé.

⁹ Les cliniques sont assujetties à un impôt sur les bénéfices de seulement 10 %, au lieu de 35 % pour les autres secteurs.

Centres hospitalo-universitaires (CHU) ou les grandes unités hospitalières des grandes villes.

Pour avoir une idée des pressions exercées sur les institutions sanitaires de la capitale, nous avons interrogé des médecins chefs de service à l'hôpital Charles Nicolle (principal hôpital de Tunis), et nous avons appris avec stupeur que le nombre moyen des visites était actuellement d'environ 45 par jour¹⁰, alors que la norme préconisée par l'OMS se situe autour de 25 visites par jour. Un taux de dépassement de 80 % ne peut qu'avoir de graves répercussions sur la qualité des prestations offertes.

Ainsi, dans l'état actuel des choses, une visite se déroule en environ 6 mn, alors qu'elle nécessite un minimum de 12 mn afin que le praticien puisse effectuer tous les tests médicaux de base, ainsi que l'interrogatoire permettant de connaître l'histoire de la maladie. Il en découle une baisse de la concentration du médecin, une fatigue physique et intellectuelle, mais également, à long terme, un dégoût pour la profession et un comportement agressif vis à vis des patients.

Cette pression ne s'exerce pas uniquement sur les médecins et les infirmiers, mais également sur le personnel administratif chargé de l'accueil et de l'orientation des patients. Une hôtesse d'accueil travaillant à l'hôpital de la Rabta à Tunis nous a avoué voir défiler devant elle, quotidiennement et d'une manière quasi ininterrompue, 600 personnes en environ 5 heures, soit un rythme inouï de 2 malades par minute. Au total, 2500 visiteurs arpentent quotidiennement sur une superficie de 3800 m².

Cela nous laisse imaginer l'énorme pression exercée sur le personnel hospitalier, ainsi que les excès pouvant avoir lieu de part et d'autre. La qualité des prestations médicales et paramédicales, telles que les analyses et les radiographies, s'en ressent également.

Nous avons observé de visu des scènes de violence verbale, mais également - et cela dénote la gravité de la situation - physiques dans quelques services d'accueil à Tunis, et Nabeul, et notamment lorsque, en raison de la surcharge du service concerné, il est demandé à un patient ayant effectué un long déplacement - parfois plus de 300 km - de revenir le lendemain.

Face au réseau sanitaire public, il existe un système privé qui semble performant.

¹⁰ Il s'agit en fait de séances matinales de 5 heures.

III. Un système de santé privé performant

La Tunisie s'est progressivement positionnée comme un pays exportateur de soins haut de gamme, en direction de pays proches comme la Libye et la Mauritanie¹¹, mais également vers des pays européens disposant pourtant d'une très large avancée dans le domaine médical, et notamment la Grande Bretagne. Ainsi, 40 % du chiffre d'affaires des cliniques privées tunisiennes est réalisé à l'export¹², ce qui dénote une haute qualité des prestations médicales issues des établissements privés.

En effet, le système de santé britannique est tel que les hôpitaux sont congestionnés, et il faut souvent attendre trois, six, voire douze mois avant de pouvoir accéder à la salle d'opérations. On estime à plus d'un million le nombre de britanniques actuellement inscrits sur les listes d'attente. Et ce chiffre n'est pas près de diminuer avant plusieurs années. En Tunisie, il n'y a pas d'attente, du moins dans le privé.

La société britannique *Operations Abroad*, spécialisée dans le transfert de patients en vue de subir des opérations chirurgicales à l'étranger a même conclu une convention avec des établissements privés tunisiens basés à Nabeul et Hammamet¹³.

Actuellement, près de 400 patients britanniques et environ 250 ressortissants d'autres nationalités y sont opérés annuellement. Les opérations chirurgicales les plus courantes concernent plus particulièrement les patients âgés, il s'agit notamment des hernies, de la chirurgie cardiaque et ophtalmique (cataractes), ainsi que de l'implant de prothèses des genoux, de la hanche ou de prothèses vasculaires périphériques.

L'attrait exercé par le système de soins privé tunisien sur les patients anglais s'explique également par le faible coût comparatif des interventions chirurgicales¹⁴, ainsi que par la relative bonne maîtrise de la langue anglaise par le personnel médical tunisien¹⁵.

¹¹ Les ressortissants de ces pays bénéficient de tarifs de transport aérien réduits, ainsi que d'une exemption de visa.

¹² Tunisie, Ministère de la Santé Publique.

¹³ Nord Ets du pays.

¹⁴ A titre d'exemple, une stéréoscopie coûte 5000 Euros en France contre seulement 800 Euros en Tunisie !

¹⁵ La langue anglaise est enseignée dans les écoles de médecine tunisiennes.

Un projet de clinique offshore est actuellement à l'étude à Tunis, destinée au traitement de non-résidents, dont les prestations sont réglées exclusivement en devises, et qui doivent couvrir 67 % du financement¹⁶.

Conclusion

L'existence d'un système de santé à double vitesse, avec deux composantes, l'une privée et l'autre publique, favorise les inégalités sociales déjà fortes, ce qui risque d'aggraver les inégalités sociales devant la mort. D'un autre côté, le pays ne peut plus continuer à s'engager dans la voie de la médiocrité des services publics.

La solution préconisée par l'OMS réside dans la formule : « *payer, oui, mais moins cher* ». La bonne gouvernance serait alors de trouver un équilibre entre une participation modérée des patients, une meilleure assistance des plus démunis, et une intervention des ministères de la santé publique en vue de faire baisser les prix des équipements et des consommables médicaux.

Sur le plan éthique, une question se pose déjà : doit-on permettre aux plus riches de consommer les technologies de pointe permettant de prolonger la vie ? Peut-on accepter un système sanitaire à double vitesse ? Comment peut-on accepter de telles inégalités sociales devant la maladie et la mort dans un pays où les inégalités sont déjà criantes ?

Bibliographie

Achour, Noureddine (2011), *Le système de santé tunisien : état des lieux et défis*, Tunis.

Ben Slimene, Olfa et Cheriha, Nadia (2001), « Réformes du système de santé tunisien et assurance maladie », in *La Tunisie médicale*, volume 79, N° 10, Tunis.

INS, *Indicateurs statistiques sur la Tunisie*, Tunis, INS, 2010 ;

Le Borgne, Catherine (2007), « *Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner* », in *Les Tribunes de la santé*, 2 (n° 15), Presses de Sciences Po, France.

Longuenesse, Elisabeth (1995), *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris, L'Harmattan.

Ministère de la Santé Publique, Tunis, Statistiques 2012, 2013 ;

<http://www.santetunisie.rns.tn>.

¹⁶ Conformément aux dispositions de la Loi du 7 août 2001.