LE SYSTÈME DE SANTÉ EN MOLDAVIE: LA LUMIÈRE EST ELLE AU BOUT DU TUNNEL?

Dr Camille Sirgi
Directeur Général
Hôpital Saint Charles

INTRODUCTION

La république de Moldavie (ou Moldova) est un État de 33 700 km² situé au sud-est de l'Europe et enclavé entre l'Ukraine et la Roumanie. Sa capitale est Chisinau.

La Moldavie est devenue indépendante en 1991 par les suites de l'effondrement de l'URSS. Les conflits politiques avec la République séparatiste de Transnistrie, partie la plus riche du pays, ont alors freiné son développement et en ont fait un des pays les plus pauvres d'Europe. Les salaires bas ont provoqué l'exode des personnes qualifiées vers l'étranger et, à l'instar du Liban, ce sont ces migrants qui soutiennent en partie la croissance économique grâce aux transferts d'argent vers le pays (20 à 25 % du PIB)[1]. Néanmoins, selon le Bureau National des Statistiques de Moldavie, l'économie moldave bénéficie depuis fin 2009 d'une reprise. Elle a enregistré une croissance de 6,9% en 2010. En 2011, selon une enquête réalisée par le ministère de l'économie moldave et les données de la Banque Mondiale, la Moldavie devance ses voisins roumains et ukrainiens en termes de croissance économique. Aujourd'hui elle s'approche du statut de pays à revenu intermédiaire et, basé sur son taux de croissance de 8,4% au premier trimestre 2011, l'économie fait un rétablissement complet de la crise financière mondiale de 2008-2009

HISTORIQUE

Jusqu'au XVIIIe siècle, il n'y avait aucune institution officielle de santé ni aucune structure d'assistance sanitaire sur le territoire de la Moldavie. Au début du XIXe siècle, un nombre croissant d'hôpitaux ont commencé à ouvrir, en grande partie basés à Chisinau. L'accès aux soins de santé dans les zones rurales était donc faible comparé à celui des villes. En cette période, la Moldavie était une région périphérique de Russie et son système de santé avait été élaboré dans le cadre du modèle impérial.

En 1832 une loi constitutionnelle spéciale, qui a institué l'hygiène et des services sanitaires pour empêcher la propagation de la variole et d'autres maladies contagieuses, a été adoptée dans la Russie impériale. Depuis les prestations des soins sont devenues plus systématiques et les services sanitaires ont été étendus dans les zones rurales de l'actuelle Moldavie.

Dans les années 1880 un système de pouvoirs locaux (le système de Zemstvo sous Alexandre II) a été développé. Ces gouvernements ont développé des systèmes de santé

1 Font Monétaire International, 2005

décentralisés. Le système Zemstvo était important pour étendre le nombre et la portée des centres médicaux et des médecins opérant sur le territoire. Ces avantages ont été annihilés par la première guerre mondiale[2].

A la fin de celle-ci les services de santé ont reposé largement sur des paiements de tarifs pleins par les patients, mais en même temps un régime d'assurance rudimentaire de Bismarck est apparu qui a divisé les prestations des soins de santé en un système à plusieurs niveaux liés à la capacité de chacun de payer. Cette période était une époque d'expansion économique, culturelle et sanitaire pendant laquelle la capacité du système de santé a augmenté tout comme le nombre d'établissements sanitaires et celui du personnel médical.

En 1940, il y avait déjà 44 620 foyers de santé dans la Moldavie en transition, 1055 médecins et 2400 infirmières et sages-femmes. En ce temps là, le système de santé dépendait de la grande Roumanie et plus de 80 % de ces établissements qui se situaient sur le territoire de la Moldavie ont été détruits durant la seconde guerre mondiale[3].

PENDANT LA PÉRIODE SOVIÉTIQUE

Comme toutes les républiques de l'URSS, la République Socialiste Soviétique de Moldavie a eu un système de santé public d'accès gratuit basé sur le système Semashko[4]. Ce modèle est caractérisé par une vaste infrastructure et un grand nombre de professionnels de la santé. La période soviétique a vu une expansion globale dans le financement et l'offre de soins de santé. Entre 1950 et 1960, le nombre de lits d'hôpitaux est passé de 27 à 44 pour 10 000 habitants. Les Investissements de capitaux dans la construction des établissements de santé ont augmenté de 3,5 millions de Roubles en 1955 à 40 millions de Roubles en 1978.

Avec une gestion centralisée auprès des administrations du Parti communiste de l'Union et le Ministère de la Santé de l'URSS qui émettaient les normes et les planifications hospitalières, les hôpitaux de la période soviétique ont été construits selon un modèle fragmenté. De nombreux départements, tels que l'obstétrique, la pédiatrie, la chirurgie et l'administration, étaient répartis dans des bâtiments séparés malgré les coûts que ces structures peuvent générer. De toutes aussi grandes polycliniques pour les consultations de spécialistes faisaient partie du système largement non inefficient, qui a eu quand même l'avantage d'une mise en place de mesures essentielles telles que la lutte contre les épidémies, le développement de l'hygiène, la protection de la mère et des enfants et l'amélioration des conditions de travail des ouvriers.

LA PÉRIODE DE TRANSITION (1991-2000)

Dès que la Moldavie déclara son indépendance en 1991, les nouvelles conditions socio-économiques ont menacés l'ébauche d'une reforme du système de santé. Le budget du secteur de la santé a été réduit considérablement en termes de pourcentage du PIB alloué à la santé. La grave pénurie de financement pour le secteur de la santé, combiné à une accentuation sur les soins tertiaires et un maintien de protocoles de traitement atypiques et coûteux, ont menacé la fourniture de services de santé les plus élémentaires à la population moldave. De nombreux centres médicaux ont beaucoup souffert de la détérioration des structures hospitalières, des installations, du matériel et de l'absence de fournitures et de médicaments de base[5]. La situation s'est détériorée de façon catastrophique, à un point tel que le chauffage et l'eau chaude manquaient dans de nombreux hôpitaux. Une analyse comparative de la structure des dépenses publiques sur la période 1996-99 montre que la part relative des dépenses de santé a diminué, passant de 18 à 10% alors que le remboursement de la dette publique est passé de 9% à 31%.

Cet accent mis, en termes de financement, sur les prestations du secteur sanitaire, avait fait en sorte que les services de santé préventifs et les soins de santé primaires ont été eux aussi insuffisants. La Banque mondiale a constaté, qu'en 2000, 17 hôpitaux tertiaires et 40 hôpitaux de circonscriptions ont consommé plus de 70 % des dépenses de santé. Une grande partie des dépenses du budget de la santé a été déboursée sur l'infrastructure physique des bâtiments plutôt que sur les équipements médicaux, les produits pharmaceutiques ou la rémunération du personnel[6], malgré les taux d'occupation de nombreux établissements ne dépassaient pas les 20 %.

Les dépenses totales de santé par habitant ont augmenté régulièrement allant d'un minimum de 86 dollars US en 1999 à 318 dollars US en 2008, tandis que la proportion des dépenses provenant de sources publiques a fluctué autour de 50 % pendant la même période (50,5 % en 2008 selon l'OMS). Les dépenses de santé du gouvernement, par rapport à ses dépenses totales, ont cru de 7,9 % en 1999 à 13 % en 2008 toujours selon l'OMS. 65,1 % des dépenses de santé sont passées à travers le système de l'assurance obligatoire dont on parlera ci-dessous.

LA TÈTE HORS DE L'EAU (APRÈS L'ANNÉE 2000)

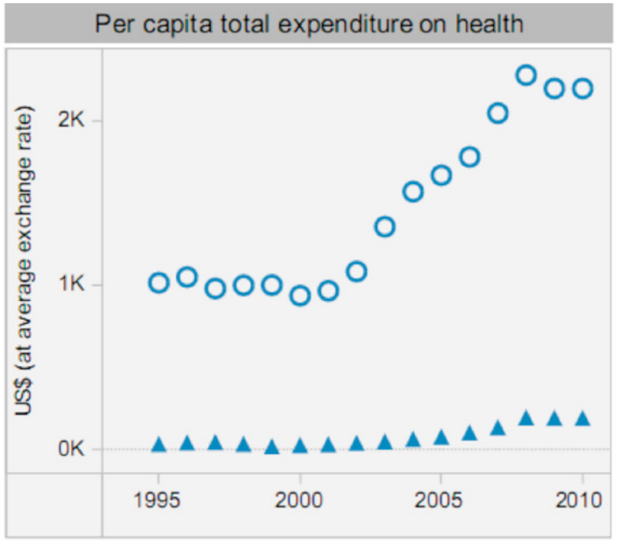
Mais depuis, avec l'aide de l'Union Européenne, de l'Organisation Mondiale de la Santé, de la Banque Mondiale et du Fond Monétaire International, l'état a profondément réformé son système de soins. Il a élaboré progressivement un système de Sécurité Sociale obligatoire, mis en place une médecine de proximité pratiquée par des médecins de famille salariés dans des centres de santé, fermé des lits hospitaliers, regroupé des consultations spécialisées dans les hôpitaux, créé des pharmacies et des cabinets dentaires privés. Tout devenait payant sauf les actes du médecin de famille.

La Moldavie a adopte au fil des années de transition une structure de gouvernement décentralisé. La décentralisation est souvent identifiée comme un élément clé dans l'amélioration de l'efficacité et la réponse du système de santé pour déléguer la capacité des prises de décision à des niveaux de gestion qui peuvent mieux répondre aux besoins de santé de la population locale.

En 2004, le gouvernement moldave a introduit l'assurance maladie obligatoire (Mandatory Health Insurance) avec des objectifs de financement durable de la santé et de l'amélioration de l'accès aux services pour les sections les plus pauvres de la population[7].

La contribution pour l'assistance médicale obligatoire est une somme fixe d'argent ou un pourcentage retenu du salaire ou une autre forme de rétribution du travail que la personne assurée est tenue de payer à l'assureur[8]. Un seul organisme le « National Health Insurance Company, NHIC » collecte les cotisations, y compris celles que l'état paye pour les catégories citées ci-dessous.

Le volume du remboursement de la part de l'assurance obligatoire est prévu dans un programme approuvé par le gouvernement de la république. Ce programme comprend une liste de maladies et d'états sanitaires qui sont couverts par l'assurance. Ceux-ci couvrent la plupart des services de soins primaires ainsi que des soins d'urgence et d'hospitalisation. Tout ce qui n'est pas sur ces listes sera payé à 100% par le patient. Parmi les exclusions on trouve notamment les examens de scanner et de résonance magnétique ainsi qu'une longue liste de médicaments surtout destinés aux patients en externe[9].



2 Goroshenko et al. 1996

3 Goroshenko et al. 1996.

4 Le modèle de Beveridge a ses racines dans le système de santé Britannique, le modèle de Bismarck pour l'assurance maladie a pris naissance en Allemagne, et le modèle centralisé Semashko a été développé en URSS

5 MacLehose 2002

6 Banque Mondiale 2000

7 Health insurance coverage and health care access in Moldova, Oxford Journal, January 21, 2011

8 La somme de la contribution d'assurance fixe est établie chaque année par la Loi (en 2006 la taxe respectif était de 816 Lei – environ 65 USD).

Les Personnes exerçant des activités commerciales (travailleurs indépendants) les agriculteurs et les hommes d'affaires doivent contracter leurs propres assurances sans pour autant que celles-ci soient obligatoires.

Les catégories pour lesquelles le gouvernement paye la cotisation de l'assurance sont les enfants d'âge préscolaire, les élèves des classes primaires, des lycées, des collèges, des écoles professionnelles, les universitaires, les étudiants post universitaires les enfants de moins de 18 ans qui ne fréquentent pas l'école, les femmes enceintes, les invalides, les pensionnés et les chômeurs officiellement inscrits.

Enfin, les professionnels de la santé qui ont un contrat avec la NHIC doivent fournir un ensemble de services gratuits à tous, indépendamment de la question de savoir s'ils ont une couverture d'assurance, notamment la consultation du médecin de famille, les soins en cas d'urgence mettant en danger la vie du patient ainsi que le traitement de certaines maladies d'importance particulière de santé publique telles que la tuberculose, maladie mentale, le sida, diabète, etc.

Des recherches antérieures sur la mise en œuvre de la NHIC en Moldavie ont montré que ce modèle a réussi à réduire la fragmentation du financement par la création d'une mise en commun unique des cotisations et des entités d'achat[10]. Le nouveau système de financement a également été crédité avec la redistribution géographique des ressources qui n'est plus basé sur les niveaux historiques de l'infrastructure. Les réformes semblent également avoir réduit la contribution des paiements remboursables par rapport aux dépenses totales de santé. Des paiements remboursables atteignant 51,9% des dépenses totales de santé en 2006, sont retombés à 48,4% en 2008. Une nouvelle augmentation constatée récemment peut être attribuée à l'augmentation du coût des produits pharmaceutiques, qui ne sont que partiellement couverts[11].

LE SECTEUR DES HÔPITAUX

De manière générale, l'hôpital a souffert des retards de la réforme du système santé, sans connaître de changement durant la première décennie après l'indépendance. En même temps, depuis les années 2000, on observe un intérêt croissant de la part des pouvoirs publics pour son développement. Ainsi, le Ministère de santé de la Moldavie réalisant qu'aucun investissement significatif n'a été effectué dans le domaine des hôpitaux depuis 1991, a décidé de montrer quatre Centres de Performance sur le territoire de la république, afin de combiner les technologies médicales de pointe, l'équipement médical sophistiqué, le système de gestion et la mise en œuvre des mécanismes de partenariat public-privé. Il est aussi prévu de restructurer l'Hôpital Clinique Républicain (SCR) la plus importante institution médicale du pays, regroupant le plus grand nombre de spécialistes, de lits et d'équipements médicaux.
Les conséquences des changements considérables survenus tout au long de 1998 à 2009 ont fait aussi en sorte que le réseau excessif des hôpitaux a été réduit de 276 à 82 hôpitaux. Le nombre de lits est passé en même temps de 42 000 lits à 20 500 lits au total.
Au 1er janvier 2010[12], le système hospitalier dans le pays était composé de

- 62 hôpitaux publics dont 34 sont gérés par les districts (8 246 lits), 10 gérés par les municipalités (3 550 lits) et 18 gérés directement par le ministère de la santé (8 225 lits).
- 10 hôpitaux dépendants d'autres ministères et autorités publiques centrales
- 10 hôpitaux privés.

La couverture de la population avec ces hôpitaux est de 2,32 hôpitaux pour 100 000 habitants. Ce rapportant au nombre de lits ceci donne 561.0 lits pour 100 000 habitants. Plus de 50 pour cent des hôpitaux avec 9 369 lits globales ou 46,8 pour cent du nombre total de lits d'hôpitaux, se trouve dans la capital Chisinau.

Les hôpitaux publics et privés sont classés selon les critères suivants

- la complexité des services de santé fournis: primaire, secondaire et tertiaire
- le type de propriété : public, ministères, privé
- la durée de séjour des patients: court séjour, longs jour et réadaptation médicale et sociale
- la couverture de zone de service: local et communautaire, régional et national
- le type de maladie traitée: soins hospitaliers généraux et spécialisés
- le type d'affiliation: hôpitaux universitaires et instituts.

A L'HORIZON 2021

Les réformes de la santé lancées en 2004 par le gouvernement moldave prévoyaient la création d'un régime national d'assurance maladie et d'une manière différente de financement de l'ensemble du secteur. Ces réformes ont été prises en charge par la Banque mondiale[13].

Grace à ces aides une nouvelle politique en matière de sante 2007-2021, à été élaborée en Moldavie avec la collaboration de plusieurs partenaires sociaux locaux, européens et mondiaux.[14]

Selected indicators (2010)

			Country	Regional average	Global average
General	Total population (thousands)		3 573	...	...
	Population living in urban areas (%)		47	70	50
	Gross national income per capita (PPP int. $)		3 360	24 308	10 869
Mortality and burden of disease	Life expectancy at birth* (years)	Male	65	71	66
		Female	73	79	71
		Both sexes	69	75	68
	Under-five mortality rate (per 1000 live births)	Both sexes	19	14	57
	Adult mortality rate* (probability of dying between 15 and 60 years per 1000 population)	Both sexes	222	146	176
	Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)		41	20	210
	Prevalence of HIV* (per 1000 adults aged 15 to 49)		4	4	8
	Prevalence of tuberculosis (per 100 000 population)		277	63	178

Les objectifs généraux de ces futurs changements sont les suivants[15]:

- Augmenter l'espérance de vie à la naissance et allonger de la vie saine
- Assurer la qualité de vie en diminuant les écarts en termes de santé parmi tous les groupes sociaux
- Renforcer le partenariat intersectoriel afin d'améliorer la santé de la population
- Augmenter la responsabilité de l'individu envers sa propre santé.

Ces objectifs généraux sont complétés par d'autres plus spécifiques et tous aussi pertinents, en l'occurrence:

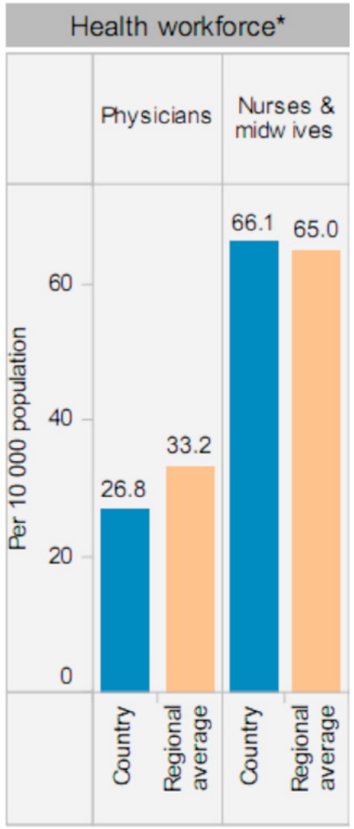
- L'assurance d'une sécurité économique et sociale de la

9 Il a été estimé qu'en 2005, modérateur officiel ont été de 178 millions de Lei pour l'année, les paiements « out of pocket » ont atteint 444 millions de Lei et les frais non remboursables des produits pharmaceutiques à 1224 millions de Lei
10 Kutzin et al. 2009
11 Atun et al. 2008 ; Kutzin et Jakab 2010
12 Rapport conjoint Communauté Européenne- OMS, Janvier 2010

13 Banque Mondiale, décembre 2011
14 World Health Organization, European Commission , World Bank, (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), The Joint United Nations Program on HIV/AIDS, SOROS Foundation-Moldova, Public Health Reform Project, Project Coordination, Implementation and Monitoring Unit Moldova Health Sector Project , American Industrial Hygiene Foundation (AIHA),
Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC)
15 NATIONAL HEALTH POLICY Republic of Moldova, ministère de la santé moldave

population
- La promotion de la prévention de la santé et de la maladie
- L'assurance d'un départ sain dans la vie
- L'entretien de la santé de la jeune génération
- Le renforcement de la santé des personnes âgées
- la lutte contre les maladies chroniques non contagieuses
- La création d'un environnement sain et sécuritaire
- La nutrition rationnelle et l'augmentation de l'activité physique
- La modélisation d'une société libre de tabac, d'alcool et de drogues
- La garantie d'une vie sans violence
- L'assurance de conditions préalables à l'amélioration de la santé mentale
- La lutte contre les maladies contagieuses
- La réalisation de nouvelles performances dans le système de protection de la santé

De plus le ministère de la santé s'est engagé devant ses partenaires à assurer la planification stratégique du système de santé en mettant en place une réglementation adéquate qui assure la convergence de sa politique vers les objectifs désignés, ainsi que la définition de normes et des priorités et la surveillance de la qualité des services dans le domaine de la santé.



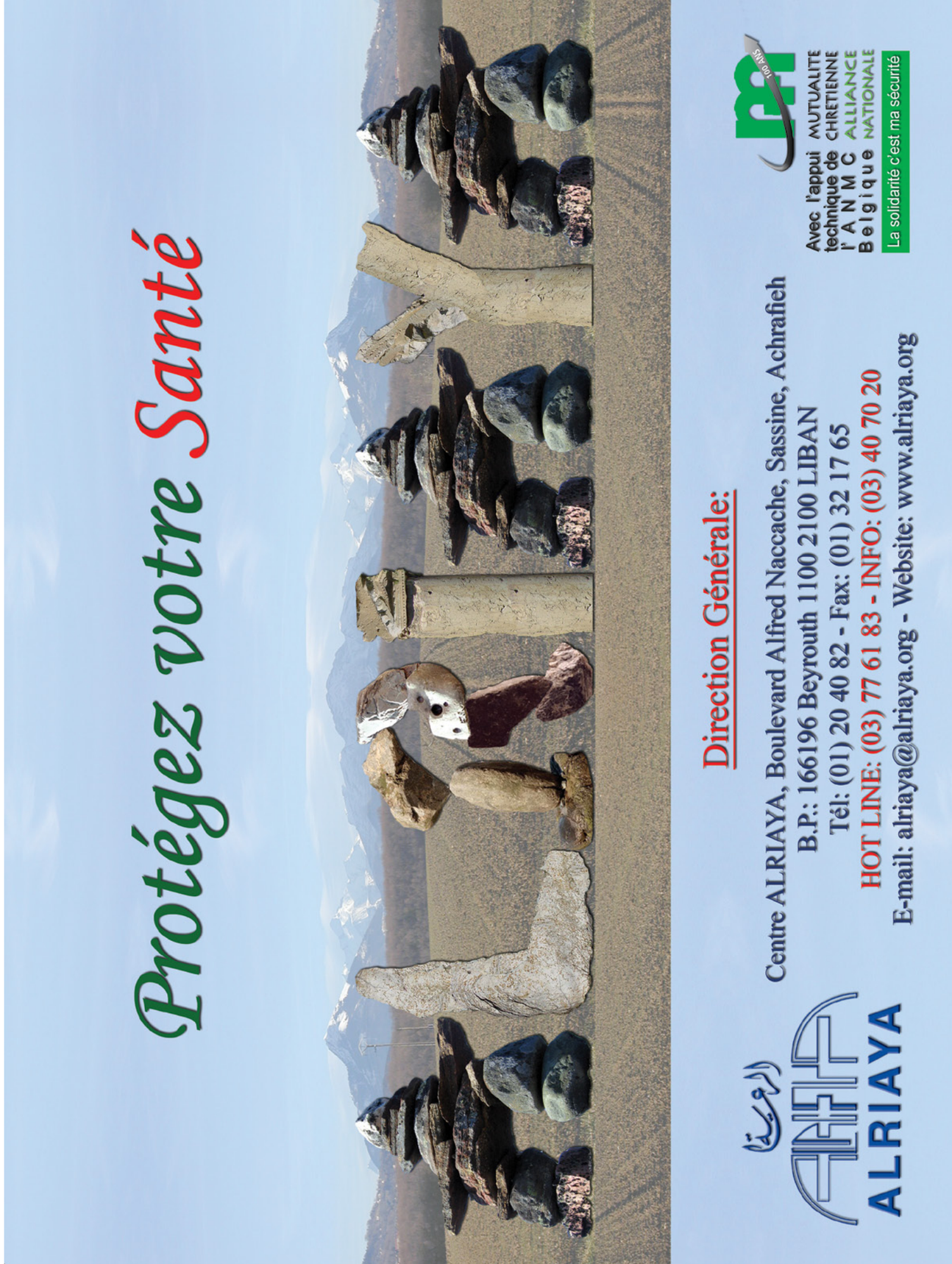
CONCLUSION

Le système de soins de santé moldave a subi une réforme importante depuis son indépendance de l'Union soviétique en 1991. Mais bien que son programme a été retardé de plusieurs années en raison de graves difficultés budgétaires auxquels la Moldavie a fait face lors de son odyssée de transition politique, économique et sociale, des progrès réels ont été constatés pour rationaliser et réduire la consommation du système de soins de santé, grâce entre autre, à une meilleure gestion des stocks dans les hôpitaux, à l'introduction réussie de l'assurance obligatoire, et au développement des soins de santé primaires basés sur la médecine familiale.

Nul doute que le système de cotisations pour une couverture médicale laisse une partie de la population sans assurance médicale par manque de moyens financiers (les agriculteurs, les petits commerçants, etc.), et que la prévention des problèmes de santé, et la promotion de la santé doivent être effectuées de l'application d'une approche générale et d'une autre sélective et que la promotion de la prévention en matière de santé doit concerner et faire participer la société toute entière.

Nul doute qu'un mécanisme financier sans failles est nécessaire pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'action et les estimations des besoins.

Nul doute que des compétences personnelles devront être acquises par voie d'information et d'éducation sur la santé et la vie saine et qu'il faudra renforcer les actions communautaires et l'autonomisation des individus

Nul doute que le projet 2007-2021 est ambitieux et phagocytera une partie des ressources de l'état et a donc besoin de l'appui de ses partenaires européens et internationaux, mais les autorités moldaves, ministère de la santé en tête, ont de l'ambition et misent sur la santé comme facteur de croissance durable et de stabilité.

A méditer.