



Working Paper n°5

Les reconfigurations du système de santé tadjik et leur « réception »

Sandra PELLET, Université de Rouen
Laboratoires CREAM et CERLIS (Économie, Démographie)

Ma thèse porte sur l'impact des changements intervenus au Tadjikistan à la suite de l'indépendance et de la guerre civile dans le champ économique et social, sur la santé et l'accès aux soins des ménages : le manque de financement étatique pour la santé et ses conséquences en termes d'inégalités sociales et géographiques d'accès aux soins, l'explosion des migrations, le développement du marché du travail informel et des échanges informels. Lors de mon premier terrain, je me suis intéressée au système de santé tadjik tel qu'il a été hérité de l'époque soviétique, aux dernières réformes, aux différents acteurs qui interviennent dans le secteur et à sa perception par les usagers. Cet article se base sur dix-huit entretiens et une dizaine de situations d'observation dans deux régions du Tadjikistan (Douchanbé et ses environs, région autonome du Haut-Badakhchan) et à quatre échelons du système de santé, national, régional, départemental (*rajon*) et local (*džamoat*). Ce travail qualitatif complète un travail d'analyse de données statistiques sur les dépenses de santé des ménages en fonction de différents facteurs socio-économiques et démographiques.

Introduction : une situation sanitaire toujours alarmante

L'espérance de vie avait fortement baissé après la chute de l'URSS et pendant la guerre civile (jusqu'à 56 ans pour les hommes en 1993), mais a commencé à augmenter dans les années 2000 grâce à la paix et la reprise économique. L'espérance de vie en bonne santé serait inférieure de onze ans à l'espérance de vie d'après Sophie Hohmann¹, bien qu'elle ne soit pas officiellement calculée à notre connaissance. La mortalité infantile a baissé depuis quinze ans : elle était de 56 pour 1 000 en 1999 et est actuellement de 34 pour 1 000, mais elle reste très supérieure à celle des autres pays post-soviétiques. La mortalité infantile est particulièrement élevée chez les très jeunes mères : 65 pour 1 000 chez les enfants de mères de moins de vingt ans, sachant que de nombreuses femmes se marient avant cet âge.

Le Tadjikistan a été identifié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'un des pays de la zone eurasiatique les plus affectés par les cas de tuberculose multi-résistante. La prévalence de la tuberculose était estimée en 2010 à 332 cas sur 100 000 personnes, et son incidence à 206 pour 100 000, dont 17% des nouveaux cas constatés sont multi-résistants². La prévalence du VIH est officiellement basse (0,3% des 15-49 ans étaient séropositifs en 2011³) et concentrée parmi les héroïnomanes. Cependant le taux de dépistage et le développement d'une conscience à cette égard sont si faibles, qu'il y a de grandes chances en réalité que la prévalence soit supérieure et que l'incidence augmente.

¹ HOHMANN Sophie, 2014, *Pouvoir et santé en Ouzbékistan*, Paris : Petra.

² D'après le rapport *Demographic and Health Survey*, 2012.

³ Rapport UNAIDS, 2013.

L'Organisation du système de santé, héritier du système universel soviétique

Un système à quatre échelons, extensif et ramifié

Le système de santé tadjik a hérité du système soviétique son caractère universel et gratuit d'après la Constitution, garantissant un accès aux soins pour tous sur tout le territoire. Il est hiérarchisé en quatre niveaux, avec une organisation très ramifiée : les infrastructures de santé des différents niveaux sont réparties sur l'ensemble du pays, chacune rendant des comptes à l'échelon supérieur. Le premier niveau de décision est le niveau de la République (ou niveau national), le second niveau est régional (au niveau des *oblast'*, des *rajon* indépendants et de la république autonome du Haut-Badakhchan – GBAO), le troisième niveau est celui du district (le *hukumat* est le niveau de pouvoir administrant du *rajon*) et enfin le niveau communautaire, ou *džamoat*, responsable de plusieurs villages.

Au premier niveau, l'hôpital national républicain de Douchanbé est géré par le ministère de la Santé. Il est plus grand que les autres et dispose de l'eau courante, bien que les tuyaux qui parcourent le parc témoignent d'une vétusté certaine. Les bâtiments accueillant les différents services ne sont visiblement pas de la même qualité et de la même ancienneté : si le service généraliste et la radiologie sont assez récents, la pédiatrie par exemple est en état de délabrement.

Au second niveau les hôpitaux régionaux et les hôpitaux spécialisés de région (maternité, centre de tuberculose, etc.) sont gérés par les régions ou *oblast'* qui rendent ensuite compte au ministère de la Santé. Par exemple, la ville de Khorog a un centre de traitement contre la tuberculose responsable de tous les patients du GBAO. Les malades de n'importe quel district du GBAO dont l'analyse de salive devient positive à la tuberculose sont envoyés directement au centre de Khorog, seul capable d'une telle prise en charge, pour être soignés et pour ne pas contaminer ceux du district. Ils ne reprennent le traitement de base dans leur district qu'une fois l'analyse de salive redevenue négative.

Au troisième niveau, celui du district, les hôpitaux spécialisés (*rajonskaâ bol'nica*) et leur équivalent en ambulatoire (*rajonskaâ poliklinika*), ainsi que les centres de santé de district et les centres de soins primaires (PHC) sont gérés par le *hukumat*. Entre l'hôpital et l'ambulatoire, la hiérarchie n'est aujourd'hui plus très claire, en raison d'une série de réformes (notamment celle de la *rajzdrav*⁴ et la promotion du système de soins primaires comme priorité nationale), ce qui crée de fortes tensions. Le district rend compte à la région qui rend compte au ministère de la Santé.

Enfin au niveau du *džamoat*, regroupement de villages dans les zones rurales, on trouve les Centres ruraux de santé (RHC ou *sel'skij center zdorov'â*), où il y a par définition au moins un médecin référent pour la zone environnante. Cependant leur taille et composition changent beaucoup d'un *džamoat* à l'autre. Nous avons visité des RHC extrêmement bien lotis (qui semblaient trouver eux-mêmes des fonds privés ou des subventions) avec quatre spécialistes et seize infirmières, un générateur électrique, un cabinet de dentiste, une radiographie, le chauffage central. D'autres n'ont pas même un médecin généraliste permanent, le seul compétent couvrant plusieurs *džamoat*. Un *feldšer*⁵ le remplace la plupart du temps.

Un cinquième niveau existe : c'est le Point santé (*medpunkt*) au niveau de certains villages, qui assure le niveau minimal de prise en charge (premiers secours, pansement, etc.). Il n'y a pas de médecin, seulement une infirmière, qui alerte le médecin pour les cas pathologiques. Les

⁴ Système de gestion partiellement décentralisé de la santé, formé sur *rajon* (district), et *zdravokhranenie* (système de protection sanitaire). Ce système a existé à l'époque soviétique et avait été supprimé autour de 1980. Il a été remplacé par un système d'hôpital central de *rajon*, dont le chef gérait à la fois l'hospitalier et l'ambulatoire. La *rajzdrav* est réinstituée en 2009, puis abolie en 2012, censée être remplacée par quelque chose de plus efficient. Elle n'était cependant pas encore remplacée en 2014, laissant un flou administratif dans le management hospitalier.

⁵ Assistant du médecin.

medpunkt sont directement gérés par le *džamoat*.

La différence parfois flagrante entre les polycliniques (ou maternités) de ville et celles gérées par la région remet en cause le caractère universel du système. Cela vient du système soviétique déjà segmenté à l'époque, composé de six sous-systèmes ; il en résulte un système parallèle de ville, marqueur d'inégalités géographiques.

Se faire soigner quand on habite en zone rurale isolée : le parcours du combattant

Pour illustrer la ramification importante du système de santé, donnons l'exemple de l'organisation des infrastructures de santé dans un petit district de province isolé et montagneux : l'on y trouve 11 centres ruraux de santé avec médecin (RHC) – environ un par *džamoat* – 22 *medpunkt* avec infirmière, un hôpital central de *rajon* et une polyclinique. Il y a donc 35 infrastructures de santé dans ce petit district. Le système paraît très complet et bien organisé en théorie. Pourtant, les 33 petites infrastructures ne peuvent pas réellement soigner les cas pathologiques. La population doit très souvent aller chercher des soins spécialisés bien plus loin, ce qui est compliqué, cher et long lorsqu'on habite en montagne du fait de l'absence de transport en commun.

Rapportons ici l'histoire de la mère d'une interviewée, Malika⁶, 57 ans, professeur de collègue en retraite. Sa famille vivait alors dans un village isolé de montagne dans le GBAO. Quand elle est tombée malade, l'infirmière du *medpunkt* est venue à son domicile et lui a dit qu'il fallait consulter un médecin. Comme la mère ne pouvait pas bouger, le frère alla chercher le médecin en voiture (ce qui n'est pas dans les moyens de tous les ménages) au *medpunkt* du *džamoat*. Le médecin lui dit alors qu'elle devait être examinée. Elle fut hospitalisée à l'hôpital du *rajon*, mais après une semaine, son état ne s'améliorait pas, car l'hôpital manquait de moyens pour la soigner. Il fallut la transporter en voiture-taxi à Douchanbé, à 14h de route. Elle y décède quelques jours plus tard. Sa fille Malika conclut « mais, bon, maintenant si tu as des connaissances, tu seras soigné, sinon... » laissant sa phrase en suspens.

Le système déjà imparfaitement gratuit et universel à l'époque soviétique est devenu trop cher pour le budget de l'État après l'indépendance et les infrastructures ont été partiellement détruites pendant la guerre civile, entraînant un système de paiements informels à l'origine d'inégalités, une forte vétusté des locaux, et l'obsolescence des équipements.

Les réformes récentes et en cours du système de santé tadjik: un système de priorités

De nombreux acteurs interviennent dans le secteur de la santé au Tadjikistan : des acteurs locaux, nationaux et internationaux, institutionnels, administratifs et médicaux. De nombreuses ONG et Organisations Internationales (OI) ont au moins un programme de santé au Tadjikistan, parmi elles, le PNUD, UNICEF, UNFPA, l'OMS, la Banque Mondiale, la Fédération de la Croix rouge et du Croissant rouge, USAID, Médecins Sans Frontières, la Fondation Aga Khan, ACTED, l'Agence suisse pour le développement et la coopération, la Banque asiatique de développement et bien d'autres. L'OMS est le partenaire direct du ministère de la Santé et ils développent ensemble les stratégies nationales pour réformer le système de santé.

Une première stratégie a été décidée en 2000 pour la décennie 2000-2010 par l'adoption d'une *Stratégie nationale de la République du Tadjikistan pour la santé 2010-2020*. Une *Stratégie nationale pour 2010* avait été rédigée dans le contexte du Sommet de Rio et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), et mettait l'accent sur la mortalité infantile et maternelle et la lutte contre la morbidité par maladie infectieuse. Les indices de ces deux objets de priorité ont baissé, néanmoins dans une proportion moindre que la cible des

⁶ Par souci du respect de la vie privée, les noms ont été anonymisés.

OMD. La nouvelle *Stratégie nationale 2010-2020* reprend donc ces priorités et ajoute l'objectif de diminuer la morbidité par maladie chronique et non transmissible.

Les problèmes signalés en priorité par les OI et les ONG sont invariablement : le poids budgétaire ingérable ; l'esprit « quantitativiste » hérité de l'URSS et visible dans le mode de budgétisation qui pousse à l'augmentation du nombre de lits et à la sur-déclaration de patients ; l'approche curative de la médecine, elle aussi héritée de l'époque soviétique⁷ ; et les mentalités des gens habitués à ne pas payer. Cela concorde avec les décisions de réformes et le système de priorités présent dans les stratégies nationales.

Développer les infrastructures de soins primaires et les rendre plus efficaces, notamment grâce à la spécialité de médecin de famille est une des priorités principales dans les discours et dans les réformes. Des réformes pilotes ont été mises en place dans certains districts afin de tester de nouvelles méthodes de financement (*copayments*), remettant en cause la gratuité officielle mais visant à protéger les plus vulnérables en leur garantissant des soins de base gratuits (*Basic Benefit Package*). La mise en place progressive d'une assurance maladie a été décidée mais est encore repoussée du fait de l'absence de prérequis clairs. Une autre réforme est actuellement testée : étendre le financement *per capita* à la place du financement basé sur les capacités matérielles des infrastructures.

Les problèmes de paiement informel sont également signalés. Il est cependant de notoriété publique que presque aucun acte en polyclinique ou en hôpital, en consultation comme en hospitalisation, n'est gratuit. Le patient paie, ne serait-ce qu'une somme symbolique. Un système de « paiement à l'acte »⁸ informel existe depuis l'indépendance et s'est imposé d'autant plus aisément que le système du *blat* (cadeau ou récompense) existait déjà depuis longtemps. Cependant si l'une a facilité l'autre, ces deux institutions informelles n'ont pas tout à fait le même rôle social : l'ancienne permettait d'obtenir quelque chose en plus (une recommandation, un soin de meilleure qualité...), alors que la nouvelle, souvent réclamée par les professionnels de santé, est devenue une condition pour être soigné⁹. Au cours de la dernière décennie, une réforme pilote de rémunération basée sur la performance a été mise en place pour inciter les médecins. Les salaires ont été progressivement augmentés depuis 2007, bien qu'ils restent encore assez bas pour des diplômés du supérieur.

L'effet des réformes et leur « réception » par les autres acteurs et utilisateurs du système

La perception des médecins : sans aucune incitation, ils se « sacrifient » par vocation¹⁰

La plainte qui revient le plus souvent parmi les médecins est bien sûr le salaire qui, bien qu'ils admettent qu'il ait augmenté, reste trop faible pour le niveau d'étude et la charge de travail. En revanche concernant les compensations informelles, les avis divergent, certains affirment que tout est entièrement gratuit sauf les analyses et le traitement, d'autres évoquent des récompenses : « bien sûr les gens récompensent, c'est obligé, parce qu'ils savent combien le salaire est bas ! ».

Beaucoup de médecins, particulièrement à Douchanbé, se plaignent de la surcharge de

⁷ À ce propos, Sophie Hohmann écrit que cela date de la période stalinienne. La période antérieure était fortement influencée par l'hygiénisme social et donnait une place de choix à la prévention des maladies infectieuses notamment par l'éducation, le rôle informatif des médecins, et l'assainissement de l'environnement urbain. Le recentrage autour de la médecine du travail s'est accompagné du développement de l'approche curative. HOHMANN, *op. cit.*, p. 107.

⁸ Citons par exemple la consultation de routine de Nodira et son fils de un an Ali à la polyclinique de ville. À chaque étape Nodira rémunère le professionnel de santé : 3 somonis à l'infirmière qui prend ses mesures biométriques, 10 somonis à la pédiatre qui l'ausculte, 5 somonis à l'infirmière qui le vaccine.

⁹ Nous nous référons ici au cadre théorique de T. VELEN, une approche évolutionniste des institutions, et plus particulièrement à son concept de « causalité cumulative », expliquant les transformations des institutions et le changement de leur rôle social. T. VELEN, 1970 (1899), *Théorie de la classe de loisir*, Paris : Gallimard.

¹⁰ Ce début d'analyse repose sur un nombre encore faible d'entretiens de médecins et sera complété prochainement.

travail, qu'ils relient d'une part aux départs nombreux des médecins et d'autre part aux réformes concernant les soins primaires. Farida, gynécologue de formation, exerce parallèlement comme pédiatre depuis quelques années. Non pas parce qu'elle souhaitait se réorienter (elle exerce toujours comme gynécologue), mais parce qu'elle y a été obligée. Les médecins doivent « tout faire ». D'après elle, ils ne sont pas payés en plus pour la deuxième spécialité : elle lève les yeux au ciel en disant qu'ils sont payés une misère. Elle préfère largement la gynécologie. Tahmina, comme tous les pédiatres et infirmières d'une petite polyclinique de province, a dû, il y a quelques années, suivre une formation de six mois à la médecine familiale. Elle aurait à charge environ 300 familles.

Un autre souci mentionné est l'absence d'assurance, réellement problématique lorsque les médecins font une erreur médicale ou se blessent eux-mêmes. Ruhšona, gynécologue de 40 ans, conclut : « comment est-il possible qu'il y ait encore des médecins de nos jours ? ». Sa collègue renchérit « ils doivent être fous ! ». Autrement dit, si elles n'étaient pas déjà médecins, elles ne feraient plus ce choix dans l'état actuel des choses.

Perception des usagers : malgré les réformes, la défiance règne

« Le gouvernement ne fait pas grand-chose » ; « tous les bons médecins sont partis ». Sous une forme ou une autre, ce sont des phrases qui apparaissent souvent dans nos discussions informelles et nos entretiens. Deux reproches principaux aux médecins reviennent : leur incapacité professionnelle (« mais où a-t-il étudié celui-là, il ne sait rien ! » s'exclame un patient ; « ce sont des assassins », une expression extrême qui a pourtant été entendue plusieurs fois) et leur cupidité. Certains dénoncent la culpabilité – voire la « cruauté » – des médecins : « aux riches, ok, prenez leur de l'argent, mais à ces pauvres gens qui n'ont pas d'argent, allons, ne soyez pas si cruels ! » (dit Umed s'adressant virtuellement aux médecins). Zumrat s'efforce en début d'entretien de donner une toute autre vision :

Nos médecins sont, je n'ai pas peur de le dire, les meilleurs du monde. La preuve : ils vont en Russie car ils sont très estimés là-bas. Certains disent qu'ils prennent des pots-de-vin [...]. Je peux témoigner que je n'ai jamais, jamais vu ce cas. Mais d'un autre côté, je ne peux pas quitter un médecin qui m'a reçue et examinée pendant au moins une heure, sans lui donner quelque chose ! Et ce n'est pas un pot-de-vin. C'est juste que je sais combien ils sont peu payés officiellement. [...] Chacun donne ce qu'il peut : un tel peut donner seulement 5 somonis et un autre 60 selon leur niveau de vie, et aussi leur degré de conscience...

Selon elle, si le système est « dans un état catastrophique », c'est la faute du gouvernement qui ne fait rien pour motiver les médecins et les fait crouler sous les responsabilités administratives. Pourtant quelques minutes plus tard dans le même entretien elle raconte une expérience personnelle qui semble en contradiction avec sa vision des médecins :

Je n'ai pas été satisfaite par ces services¹¹, mon fils a eu des complications. Ils ont été complètement irresponsables. Ils ont mal refermé. Je leur ai crié dessus [...] Ca a été une horreur. Terrible expérience.

Les ambiguïtés du système quant à la gratuité des soins font que les ménages sont habitués à payer pour la santé, ce qui est en contradiction avec la Constitution. Mais le caractère informel de la plupart des paiements entraîne une part d'arbitraire qui inquiète en amont et peut être dissuasive pour les ménages pauvres, mais aussi qui leur permet d'avoir une marge de manœuvre par rapport à des tarifs formalisés. L'idée commune est que si l'on ne paie pas, on n'est pas soigné ou alors on attendra deux fois plus longtemps qu'en payant, ou encore que les médecins ne vont porter aucune attention à la qualité des soins. À ce propos la référence à l'« avant », à l'époque soviétique, où l'accès était soi-disant réellement universel et gratuit, est

¹¹ Dans un hôpital semi-privé autorisé à demander des frais de prise en charge : 300\$ « pour une petite opération de l'appendicite ».

régulièrement évoquée avec une certaine nostalgie, tout comme la qualité de la formation d'alors.

Lorsque je vais chez le médecin, je cherche le plus âgé. Je me dis qu'au moins lui, il a été formé à l'époque soviétique (Nargis, 37 ans).

Cette défiance partagée a plusieurs conséquences, probablement différenciées socialement. L'une des solutions souvent évoquées est le recours au réseau, particulièrement dans les classes supérieures : pour trouver un bon médecin digne de confiance on demande aux amis, parfois aux membres de la famille eux-mêmes médecins. On évoque aussi le double voir triple diagnostic : c'est seulement après avoir consulté deux ou trois docteurs qu'on y croit et accepte le traitement. Une autre triste conséquence est le renoncement, partiel ou total, aux soins : certains disent « attendre de voir si ça empire », « certaines personnes pauvres savent qu'ils ne peuvent pas payer, ils vont même attendre jusqu'à leur terme... ».

Conclusion

Ce premier terrain a été extrêmement riche et instructif. Il m'a permis d'entrer en contact avec de nombreuses personnes à Douchanbé, mais aussi dans d'autres régions. Il m'a permis de discuter avec un grand nombre d'intervenants du secteur de la santé (OI et ONG comprises) ainsi que d'écouter des usagers parler de leur expérience. Je projette de compléter mon analyse par d'autres entretiens notamment avec des professionnels de santé, infirmiers par exemple, et des usagers. J'espère aussi avoir la possibilité d'effectuer une observation de plus longue durée en hôpital et en polyclinique. Notons à cet égard que l'accès aux infrastructures de santé n'est pas toujours aisé au Tadjikistan et nécessite souvent la permission préalable des autorités de tutelle (*hukumat* ou direction de l'hôpital).

Mots-clés : Santé publique, économie informelle, Tadjikistan, période post-soviétique, inégalités sociales

Keywords: Public health, informal economy, Tajikistan, post-Soviet period, social inequality