



VIII^{èmes} JOURNEES INTERNATIONALES D'ETUDES JEAN MONNET

APPEL A COMMUNICATIONS

Artisan actif du dialogue interculturel en Méditerranée¹, la Chaire Jean Monnet en *Intégration régionale comparée* (Université Montesquieu-Bordeaux IV) organise en partenariat avec l'Université de Sfax, à Hammamet (Tunisie), les jeudi 23 et vendredi 24 septembre 2010, à l'occasion de ses VIII^e Journées Internationales d'Études, un colloque international *pluridisciplinaire* sur le thème suivant :

Les systèmes de santé en transition : les régulations actuelles et futures dans l'Union européenne et son voisinage méditerranéen

¹ La Chaire Jean Monnet en Intégration régionale comparée a déjà organisé depuis 2004 trois Journées Internationales d'Études Jean Monnet au Maroc (2004, 2008) et en Tunisie (2006), affirmant ainsi que la zone euro - méditerranéenne occidentale constitue un vecteur incontournable d'une coopération intégrée entre l'Europe et l'espace méditerranéen.

Le capital humain est un facteur déterminant du développement économique. Des hommes qualifiés et en bonne santé constituent un atout pour développer des appareils productifs viables, performants, aujourd'hui soumis à de fortes pressions concurrentielles internationales. Les politiques éducatives et sanitaires des États développés ou en transition traduisent cette nécessité de performance en matière de capital humain. Cela étant, de nombreuses contraintes, en particulier financières, rendent nécessaires une organisation, une planification de ces politiques, une coopération internationale plus approfondie parce que des choix doivent être opérés et que les investissements en capital humain ont une rentabilité différée. L'exploitation d'économies d'échelle apparaît pertinente dans la formation, l'organisation, la répartition et l'utilisation du capital humain. Il existe donc des opportunités d'action communes intra-européennes, intra-méditerranéennes et entre l'Union européenne et l'espace méditerranéen (par exemple, la coopération déjà très avancée avec la Maghreb pourrait être renforcée en définissant ensemble les domaines d'action futurs, notamment dans le domaine sanitaire). Aujourd'hui la situation économique des systèmes de santé est difficile en raison de multiples contraintes susceptibles d'entraver leur développement efficace.

L'existence de contraintes fortes sur les systèmes de santé

Les systèmes de santé sont aujourd'hui confrontés à de multiples difficultés dont la résorption résultera en grande partie de la capacité des économies à dégager suffisamment de ressources pour financer ce type de biens collectifs au niveau socialement nécessaire. Dans l'espace euro-méditerranéen, des systèmes de santé consolidés (pays de l'Union européenne) côtoient des systèmes de santé en cours de développement (pays du Maghreb notamment). Il y apparaît des profils épidémiologiques spécifiques, en particulier des profils de morbidité différents :

- maladies des pays riches dans les pays européens où les maladies chroniques sont devenues prépondérantes ;

- maladies des pays riches et des pays pauvres dans les pays d'Afrique du Nord, par exemple, où coexistent maladies infectieuses en régression et pathologies chroniques en augmentation.

Les actions de santé publique sont également sensiblement différentes et combinent différemment actions de promotion et d'éducation en santé, actions de prévention et soins curatifs. Pour être durablement efficaces et viables, les systèmes de santé ne pourront pas ignorer le recours à d'autres outils que la médecine curative pour affronter les besoins de santé

publique des populations. Pourquoi ? parce que l'une des plus redoutables contraintes auxquelles sont confrontés les systèmes actuels de santé en Europe est la contrainte de financement qui peut conduire au rationnement budgétaire et sanitaire. Cette contrainte peut aussi exercer ses effets inégalitaires de façon directe ou indirecte : un budget sanitaire central en progression plus lente ou une décentralisation du financement de la santé conduisant à des prestations sanitaires de niveau et de qualité différente selon le niveau du revenu régional (exemple de la décentralisation sanitaire au Canada). Le fonctionnement du système de santé devient alors inéquitable.

En fait, les systèmes de santé doivent devenir plus efficaces pour coûter moins chers. Aujourd'hui, une nouvelle approche s'impose : autant que la réduction du coût du soin, réduire l'incidence et la prévalence des situations de morbidité, notamment les pathologies chroniques, en réduire la durée et les conséquences négatives (le handicap) représentent un enjeu majeur de santé publique. La prise en charge des besoins de la population âgée, en particulier celle qui aura cessé de travailler (les retraités), nécessite davantage de moyens financiers et de nouvelles organisations de soins. Or, le financement des biens collectifs, marchands et non marchands, est devenu plus difficile dans de nombreux pays développés occidentaux en raison de la refondation de l'économie internationale (ou mondialisation des activités). Une telle mutation entraîne une compétition internationale sévère où le taux de salaire et la protection sociale sont devenus des variables d'ajustement de la compétitivité des produits. Si l'on excepte l'Allemagne, pays à haut niveau de protection sociale dont l'industrie est performante en matière de biens à haute et très haute valeur ajoutée, la plupart des pays développés subissent des reculs industriels importants qui érodent leur base économique imposable. Des rentrées fiscales moins importantes (recettes de TVA, impôts sur les sociétés, etc) exercent alors une contrainte de financement sur les biens collectifs non marchands (sauf à accroître la pression fiscale ailleurs dans l'économie).

Dans la zone méditerranéenne, les systèmes de santé maghrebins subissent aussi la contrainte du financement dans un contexte encore plus défavorable lié aux effets de l'application de programmes d'ajustement structurel et de la mondialisation qui accroît l'incertitude sur la croissance économique. Des difficultés d'ordre général (défaillance du lien croissance- financement des systèmes sociaux) cohabitent avec des problèmes plus spécifiques tels que la croissance rapide des effectifs médicaux, l'introduction des technologies dans les structures sanitaires, la privatisation de l'exercice de la profession médicale. Confrontées à une insuffisance de ressources financières, les politiques sanitaires au Maghreb semblent aujourd'hui moins présentes dans les faits, même si elles existent toujours dans les intentions des pouvoirs publics.

Cela dit, malgré les écarts de développement au sein de la zone euro - méditerranéenne, le développement économique et social s'y manifeste de façon continue. Le capital humain fait ainsi progressivement l'objet d'une attention et d'un volontarisme plus affirmés de la part des pouvoirs publics, ce qui se traduit par des politiques spécifiques dans le domaine de l'éducation et de la santé. Le droit à la santé est constaté comme un droit fondamental pour assurer un accès égalitaire aux soins. Le traitement des questions de santé devient une priorité des gouvernements dans la mesure où elles représentent un facteur déterminant de la croissance et du développement économiques actuels et futurs. Le vieillissement démographique, l'élévation du coût des soins en raison du progrès technique et de la complexité et de la lourdeur de certains protocoles curatifs (par exemple dans la lutte anti -cancéreuse ou anti-VIH), l'existence de nouvelles pathologies, sans que les anciennes aient nécessairement disparues, contribuent au renchérissement du coût des soins.

Au Maghreb, la dépense globale de santé est faible et se situe dans un contexte de cherté des soins et des biens médicaux par rapport au pouvoir d'achat moyen de la population. C'est finalement la demande privée solvable qui dans l'immédiat peut bénéficier des soins les plus modernes, en particulier au Maroc et en Tunisie. La faiblesse de l'assurance maladie ne permet pas une prise en charge suffisante des besoins sanitaires de la population. Au Maroc, par exemple, le système de santé est confronté à plusieurs problèmes liés à la double transition démographique et sanitaire, à l'insuffisance de sa dotation financière et à l'iniquité dans le financement des soins. Le financement collectif de la santé ne couvre que 41% des dépenses globales de santé. Seules 5 millions de personnes bénéficient d'une couverture médicale, le reste de la population recourant au certificat d'indigence. La couverture médicale de base a pris naissance sur un plan législatif en novembre 2002. Elle va élargir l'accès des populations défavorisées aux soins de santé de base et renforcer la protection sociale par la mise en place d'un régime d'assistance médicale aux économiquement faibles (RAMED) et d'un régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) qui est entré en vigueur en 2005. L'objectif de cette architecture est de hisser le niveau de la couverture médicale de la population de 17 à 34% en respectant notamment l'équité et l'égalité dans l'accès aux soins, l'équilibre financier du régime, la préservation des droits acquis et la solidarité nationale au profit des plus démunis, etc. On doit ajouter que le secteur sanitaire est confronté, ici comme ailleurs, à un contexte financier durablement défavorable. A noter également l'insuffisante implication du système de santé dans l'éducation, la promotion, la prévention en santé, autant de champs fondamentaux de la santé se manifestant en dehors de la morbidité et qui peuvent permettre de diminuer l'incidence et la

prévalence de la plupart des pathologies. A chaque instant, les coûts en santé seraient alors moins élevés, ce qui pourrait rendre soutenable la dépense publique de santé.

Définir des voies de régulations nationales et internationales pertinentes, préservant la qualité des soins

Pour tous les systèmes de santé actuels, le risque est celui d'un délitement induit par le rationnement budgétaire. Cela conduirait à un secteur public universel en régression (dépenses publiques plus faibles, restructuration des établissements de soins, etc), de qualité moindre, et au développement d'un secteur privé de haute qualité pour une demande privée solvable de soins. Dans les pays européens, on observe la mise en place de toute une série de dispositions visant à réduire le coût des soins tout en tentant d'assurer la qualité de ceux-ci. Malgré cela, les dépenses poursuivent leur hausse à des rythmes qui ne sont pas toujours soutenables (France en particulier). Il convient alors de s'interroger sur les priorités de santé publique et les nouvelles régulations à mettre en place pour rendre viables ces systèmes de santé. Dans les pays sud-méditerranéens (notamment dans les pays du Maghreb), les systèmes de santé doivent se structurer, d'une part, en prenant en compte les évolutions épidémiologiques et, d'autre part, en permettant un meilleur et un plus large accès de la population au système de soins. Cela passe par une coopération renforcée entre les établissements publics et privés de santé et par la mise en place d'une organisation moderne de financement du système de santé et de couverture des risques. Pour autant, ces pays ont-ils une base productive suffisamment pérenne pour garantir un financement suffisant du système de soins ? Telle est la question majeure de la période contemporaine où les pays (développés et en développement) sont confrontés à une compétition économique impitoyable dans un contexte dominé par le dynamisme économique de la zone asiatique. Les États se heurtent désormais au triangle d'incompatibilité de la politique de santé publique qui indique que l'on ne peut maintenir des systèmes de santé performants avec une dette publique soutenable dans un contexte d'ouverture à la mondialisation. Seuls, deux de ces objectifs peuvent être simultanément atteints. En clair, des systèmes efficaces de santé évoluant dans un contexte national d'endettement public soutenable nécessitent une ouverture maîtrisée et régulée à la mondialisation. Cette réalité est valable tout autant pour les pays européens que pour les pays du Maghreb.

Les travaux qui débiteront et s'achèveront en séance plénière se dérouleront dans deux ateliers pluridisciplinaires autour des thématiques ci-dessous relatives, d'une part, aux

conditions actuelles de fonctionnement des systèmes de santé et à leur 'efficience et, d'autre part, aux réformes nécessaires en cours et futures, notamment celles basées sur de nouvelles réglementations internationales :

Atelier 1 - Fonctionnement et efficience des systèmes de santé actuels dans l'Union européenne et son voisinage : les évolutions démographiques euro - méditerranéennes ; le vieillissement démographique et ses conséquences : contraintes sur les marchés du travail, la croissance économique et la protection sociale ; la gouvernance économique et sociale dans la zone euro et les régions méditerranéennes ; les critères de définition des priorités en santé publique ; mondialisation et développement humain ; crise économique actuelle et financement des biens collectifs sociaux ; l'efficacité comparée des systèmes de santé : libéral, beveridgien, bismarckien, mixte ; l'évaluation économique des actions de santé publique ; l'impact économique des politiques de prévention (perte d'autonomie, accident de circulation, etc) ; le rôle économique de l'industrie pharmaceutique ; le rôle des assurances privées ; les problèmes de santé publique orphelins ; la prise en charge sanitaire des populations déshéritées ; les effets d'éviction de la hausse du financement collectifs des dépenses de santé ; la santé en tant qu'investissement productif, etc.

Atelier 2 - Réformes de systèmes de santé et nouvelles coopérations internationales : la tarification des soins de santé : vers de nouveaux algorithmes de tarification ? ; benchmarking et amélioration de la gouvernance sanitaire ; disease management et meilleure gestion des maladies chroniques ; l'impact des innovations sur les systèmes de soins ; la prise en charge de la perte d'autonomie ; la prise en compte de la relation migration - développement ; la privatisation des activités et leur impact économique et social ; la promotion des IDE en santé ; la question environnementale en Méditerranée (pollution, épuisement de la ressource énergétique, désertification, déficit hydrique, etc) et les effets sur la santé ; l'organisation régionale des politiques de santé publique : actions de prévention primaire, secondaire, tertiaire ; l'organisation locale des réseaux de soins ; l'organisation des soins transfrontaliers ; le rôle des institutions internationales et européennes ; veille sanitaire internationale et gestion du risque pandémique ; quel partenariat sanitaire euro-méditerranéen ? ; la création d'un espace sanitaire euro-méditerranéen ; échanges et exploitation des avantages comparatifs sanitaires, etc.

Les propositions de contribution, **de deux cents mots** environ, sont à adresser au :

Secrétariat de la Chaire Jean Monnet "*Intégration régionale comparée*"

Université Montesquieu-Bordeaux IV
Avenue Léon Duguit – 33608 – PESSAC
E-mail : chaire@u-bordeaux4.fr et yvars.bernard@yahoo.fr
Téléphone : + (33)-05-56-84-86-22

avant le 15 décembre 2009

Les auteurs seront informés le 15 janvier 2010 au plus tard de la suite donnée à leur proposition de communication après examen par le Comité scientifique des VIIèmes Journées Internationales d'Etude Jean Monnet. Les textes définitifs des contributions (15 - 20 pages) devront parvenir au Secrétariat de la Chaire Jean Monnet en *Intégration régionale comparée*, **au plus tard le 30 juillet 2010**. Le programme des Journées d'Etudes sera envoyé dans le courant du mois d'avril 2010 aux différents intervenants et participants.

Comité scientifique du colloque (en cours de constitution) :

B. Belaadi, Université de Guelma (Algérie) ; **S. Ben Hamad**, ESC de Sfax (Tunisie) ; **C. Bergouignan**, IEDUB, Université Montesquieu-Bordeaux IV (France) ; **B. Blancheton**, Université Montesquieu-Bordeaux IV (France) ; **C. Blayo**, Présidente de la CUDEP (France) ; **Y. Boujelbène**, ISAAS, Université de Sfax (Tunisie) ; **S. Daoud**, Université des Sciences et de la Technologie d'Oran (Algérie) ; **A. Ghabri**, Conseiller du Ministre de l'Enseignement supérieur (Tunisie) ; **L. Hens**, VME, Vrije Universiteit Brussel (Belgique) ; **A. Maaroufi**, Institut National d'Administration Sanitaire, Rabat, (Maroc) ; **I. Medhioub**, ESC de Sfax (Tunisie) ; **A. Rebai**, ESC de Sfax (Tunisie) ; **R. Salamon**, INSERM et ISPED, Université Bordeaux II Victor Segalen (France) ; **N. Sirven**, IRDES (France) ; **A. Smati**, Université de Souk Ahras (Algérie) ; **E. Verpillot**, ISPED, Université Bordeaux II Victor Segalen (France) ; **D. Vivas**, CIEGS, Université polytechnique de Valence (Espagne) ; **B. Yvars**, Université Montesquieu-Bordeaux IV (France).