

**Organisation du Dialogue et de l'Intelligence Sociale
dans la Société Et l'Entreprise**



*Cycle de rencontres
« Le développement en débat »*

EXPERIENCES DU SUD ET DU NORD : Quelles leçons en matière d'accès aux soins ?

17 décembre 2012

La Bellevilloise

SYNTHESE DES DEBATS

Avec le soutien de l'Agence Française de Développement



Le 17 décembre 2012, l'Odissée et l'AFD ont organisé à la Bellevilloise la 10^{ème} rencontre du cycle « *Le développement en débat* » autour du thème « *Expériences du Sud et du Nord : Quelles leçons pour l'accès aux soins ?* ». Les débats ont été introduits par trois grands témoins :

- **Bénédicte Brusset**, Chargée de mission Division Santé et Protection sociale de l'AFD,
- **Nicolas Guihard**, Chargé de plaidoyer de Médecins du monde,
- **Jean-Marie Spaeth**, Président du GIP Santé et Protection Sociale Internationale (GIP SPSI)

Ce document présente la synthèse des deux heures de débat.

SOMMAIRE

I.	Les conditions nécessaires à la mise en place d'un système d'accès aux soins pour tous	3
1.	Une volonté des pouvoirs politiques.....	3
2.	La formation et le recrutement de personnels de santé qualifié	4
3.	Une offre de soins adaptée et pérenne	4
II.	Les bonnes pratiques pour améliorer l'accès aux soins	5
1.	Une prise en compte des spécificités socio-culturelles et une implication des populations..	6
2.	Une coordination des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé	6
3.	Un modèle de couverture sociale à inventer	7

SYNTHESE DES DEBATS

Le droit à la santé et à l'accès aux soins est un droit fondamental défini par la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 - « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille* » (Article 25) - et dont le respect est un important levier de développement. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les pays où les niveaux de santé et d'éducation sont les plus bas ne parviennent pas à soutenir de réelle dynamique de croissance et de développement.

Durant la deuxième moitié du XXème siècle, les pays de l'hémisphère Nord ont tous mis en place des modèles de protection sociale permettant à la majorité de leur population d'avoir accès aux soins. Plus récemment, les pays en développement se sont également saisis de cette question, souvent sous la pression de la communauté internationale. Si un certain nombre de modèles innovants et de résultats encourageants ont pu être observés, de nombreuses difficultés subsistent.

I. Les conditions nécessaires à la mise en place d'un système d'accès aux soins pour tous

1. Une volonté des pouvoirs politiques

Depuis quelques années l'accès aux soins est devenu un axe majeur des politiques de développement, comme l'industrie ou l'agriculture ont pu l'être à d'autres moments. Bien qu'une offre de soins associative existe dans quasiment tous les pays du Sud, il apparaît que la mise en place d'un système d'accès aux soins pour tous soit surtout du ressort des Etats et suppose donc l'existence d'une volonté politique.

Tel est le cas de l'Afrique de l'Ouest où, comme l'a expliqué Bénédicte Brusset de l'AFD, la situation a évolué en 2005 face à la « grogne » de la société civile. Jusqu'à cette date, les soins étaient payants et seulement 10 à 15% de la population bénéficiait d'un système de couverture du risque maladie. Depuis, des actions décidées au plus haut niveau de l'Etat ont été mises en place pour instaurer la gratuité des soins pour des publics ou des prestations spécifiques. Bien qu'encore insuffisante car sous-financée et « mal » financée, cette politique porte ses fruits puisqu'on observe une augmentation de la fréquentation des services de santé grâce à la mise en place de structures gérées par des comités de santé. Des améliorations sont encore possibles : ainsi par exemple, le développement de l'autonomie des structures leur permettrait notamment de pouvoir recruter du personnel de santé, ce qui jusqu'à présent n'est pas toujours possible en raison des statuts juridiques ; le système de paiement des prestations aux structures sanitaires peut également être amélioré à travers un système de tiers payant qui paierait au juste prix et à temps. Par ailleurs, le financement public global doit être augmenté. Il serait également nécessaire de trouver des financements complémentaires afin d'augmenter les budgets destinés à l'achat de médicaments pour lesquels les circuits d'approvisionnement présentent encore des carences.

Le développement de l'accès aux soins au Maroc, présenté par Jean-Marie Spaeth, Président du GIP Santé et Protection Sociale Internationale (GIP SPSI), est également le fruit d'une volonté politique forte. L'amélioration et l'extension de la couverture médicale constitue en effet l'un des piliers du développement humain et social prôné par le Roi Mohammed VI. Deux régimes de couverture médicale de base ont ainsi été créés en 2002 : l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED). L'AMO est fondée sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité professionnelle, des titulaires de pension, des anciens résistants, des membres de l'armée de libération et des étudiants.

Quant au RAMEL, il repose sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des plus démunis. Ce dispositif a fait l'objet d'une expérience pilote lancée en 2008 dans la région de Tadla Azilal où les populations les plus pauvres ont pu obtenir une couverture médicale (gratuité des soins et prestations médicales dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat). Grâce à l'obtention d'une carte valable pour une durée de 3 ans, renouvelable moyennant le paiement de la somme de 10 € par an, 200 000 personnes bénéficient du RAMEL dans la région. Malgré la lourdeur des procédures administratives qui peuvent en affecter le déploiement, l'objectif à terme est de pouvoir étendre ce dispositif à tout le territoire. Plus de 8,5 millions de personnes, soit 28% de la population du Royaume, sont éligibles aux prestations garanties par ce régime, dont 4 millions en situation de pauvreté absolue et 4,5 millions en situation précaire.

2. La formation et le recrutement de personnels de santé qualifié

Si la volonté politique est un élément essentiel pour instaurer un système d'accès aux soins efficace, il n'en demeure pas moins que décréter le passage à la gratuité ne suffit pas, encore faut-il prévoir des mesures et des fonds pour renforcer les ressources humaines de santé, l'approvisionnement en médicaments et de façon générale augmenter les capacités d'accueil des systèmes de santé.

La formation et le recrutement du personnel sont ainsi fondamentaux pour assurer la qualité des soins mais aussi pour garantir une offre de soin suffisante. De ce point de vue, les écarts entre pays sont très importants. A titre d'exemple, le Maroc comptait en 2009 1 médecin pour 1 547 habitants¹ alors que la même année, on en dénombrait 1 pour 8 011 habitants en Côte d'Ivoire², soit une densité 5 fois moins importante. A titre de comparaison, la France compte 1 médecin pour 300 habitants en 2012³.

La mise en place de programmes d'accès gratuit aux soins entraîne en général une augmentation de la demande de soins et du nombre de consultations sans que cela donne toujours lieu à des recrutements de personnels pour faire face à cette demande. C'est le cas du Ghana qui consacre près de 12% de son budget à la santé et a instauré la gratuité pour les femmes enceintes et leurs enfants jusqu'à l'âge de 9 mois. Malgré une hausse de la fréquentation des centres de santé liée à l'accessibilité des soins, le nombre de soignants n'a pas évolué, tout comme le matériel médical qui fait souvent défaut.

Car au-delà du problème de la formation, de nombreux pays du Sud rencontrent des difficultés à retenir leur personnel formé et qualifié, tenté de partir à l'étranger où les rémunérations et les conditions de travail sont souvent meilleures. Ainsi, alors que l'Afrique ne compte environ que 15 médecins pour 100 000 habitants en moyenne, dans le même temps, environ 64 000 médecins formés en Afrique exercent leur activité en dehors du continent, dont notamment 23 000 en France⁴.

3. Une offre de soins adaptée et pérenne

En 1987, à la suite d'une réunion des ministres de la santé africains à Bamako, de nombreux pays africains ont adopté l'*Initiative de Bamako* – encore en vigueur dans certains pays – qui préconise notamment de faire participer les patients au financement de la santé en instaurant des soins payants, certaines activités restant gratuite comme la vaccination des enfants par exemple. Si des mécanismes d'exemption sont prévus pour les plus pauvres, de nombreuses études ont fait apparaître que le paiement direct par les usagers permettait rarement de couvrir plus de 5 à 10% des dépenses totales nécessaires au fonctionnement global du service public de santé.

¹ http://donnees.banquemondiale.org/pays/maroc#cp_wdi

² <http://donnees.banquemondiale.org/pays/cote-d%27ivoire>

³ <http://www.insee.fr>

⁴ http://www.statistiques-mondiales.com/medecins_afrique.htm

Mais le paiement direct par les usagers représente une source importante de revenus dans les structures sanitaires périphériques, source dont le tarissement en cas de gratuité non compensée par un tiers-payant, met ces structures sanitaires en grande difficulté.

Par ailleurs, une diminution du taux d'utilisation des services semble avoir été observée dans certaines zones géographiques où les soins étaient devenus payants. Aussi, depuis 2003, une quinzaine d'Etats dont le Ghana, la Zambie ou le Niger, sont sortis de ce système et ont adopté de nouveau des politiques de gratuité de l'accès aux soins pour tout ou partie de leur population.

Toutefois le principe de la gratuité ne saurait masquer le problème de sous-financement général de la santé dans les pays du Sud. A titre d'exemple, au Niger, le district de Keita a vu en deux ans le nombre de ses centres de santé passer de 9 à 16 ainsi que l'ouverture de son nouvel hôpital, lequel dispose d'un service de chirurgie pratiquant les césariennes. L'exemption de paiement des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans reste en vigueur, bien que l'Etat rencontre toujours des difficultés pour en assurer le remboursement. La gratuité de l'accouchement, annoncée depuis 2008, n'est toujours pas appliquée. Les défaillances de l'Etat conduisent, de fait, à faire payer les médicaments prescrits aux usagers bénéficiaires de l'exemption. Il est à noter que 50 à 70% des dépenses sont toujours à la charge des ménages, le reste étant assumé par l'Etat.

Dans les faits, au-delà des capacités des Etats à assumer ou non l'ensemble des coûts des soins, on observe une grande disparité entre les territoires en termes d'offre de soins et notamment d'équipements et d'infrastructures, qui nécessitent des investissements massifs. On rencontre ainsi dans certains territoires des hôpitaux très bien équipés avec du personnel formé mais quasiment vides alors que dans d'autres pays ou régions, les structures sont en sous-effectifs et en sous-capacité au regard du nombre de malades qui se présentent.

Par ailleurs compte tenu du prix des médicaments, une économie informelle s'est développée autour de produits contrefaits. La vente de ces produits, dont la composition et les principes actifs ne répondent pas toujours aux normes scientifiques, ne cesse de progresser. Selon l'OMS, 30% des médicaments présents sur les continents africain et asiatique sont des contrefaçons et elle estime à 200 000 le nombre de décès liés à l'absorption de ces médicaments contrefaits. En dépit des réglementations et des contrôles exercés par les autorités compétentes, ce phénomène continue de croître, notamment en raison du développement des possibilités d'acheter sur Internet des médicaments contrefaits à des prix inférieurs à ceux du marché. En France, une récente controverse a eu lieu concernant la transposition d'une directive européenne visant à autoriser la vente de médicaments sur Internet. En effet, les institutions européennes considèrent qu'une interdiction nationale absolue de vente par correspondance de médicaments constitue une entrave à la libre circulation des marchandises. Mais si la possibilité d'acheter des médicaments moins chers sur internet semble aller dans le sens d'un meilleur accès aux médicaments pour tous, cela reste une pratique risquée en l'absence de contrôle de la conformité de leur composition et de suivi du traitement par un médecin.

II. Les bonnes pratiques pour améliorer l'accès aux soins

La mise en place d'une politique efficace d'accès aux soins dépend donc de conditions essentielles telles que la volonté des dirigeants politiques, la formation et le recrutement de personnels qualifiés ou encore les moyens financiers permettant une offre de soins adaptée et pérenne. Toutefois, il est à noter qu'au-delà de ces prérequis, d'autres actions doivent être mises en place si l'on veut assurer un meilleur accès aux soins au plus grand nombre.

1. Une prise en compte des spécificités socio-culturelles et une implication des populations

La colonisation a profondément marqué l'histoire de la plupart des pays du Sud tant au niveau géographique (création de frontières) qu'aux niveaux administratif et politique. Si les choix opérés en matière de santé n'ont pas dérogé à cette influence, il est aujourd'hui nécessaire de réfléchir à la pertinence de ces modèles au regard des spécificités des territoires.

C'est ce qui a été fait en Côte d'Ivoire, lorsque dans les années 80-90, les structures de santé se sont effondrées sous le poids des programmes d'ajustement structurel et que le SIDA s'est développé. Le recours des populations à la médecine traditionnelle africaine a alors connu un regain d'intérêt. Face à cette situation ambivalente oscillant entre médecine traditionnelle et médecine moderne, le gouvernement a décidé de mettre en place progressivement un cadre institutionnel de coopération entre médecine moderne et médecine traditionnelle africaine, impliquant la participation de différents acteurs à l'amélioration globale des programmes de santé nationaux, notamment sur le SIDA.

Cette nécessité de tenir compte des spécificités socio-culturelles de chaque territoire en matière de santé a été mise à jour dans une étude sur l'accès aux soins au Mali conduite par l'ONG française *Solthis*, dont l'objectif est d'aider les pays du Sud à offrir une prise en charge médicale de qualité, accessible et durable pour toutes les personnes touchées par le VIH. Cette étude montre que malgré un bon maillage du territoire en termes de structures de santé et une gratuité des soins, seuls 25% des besoins de soins sont couverts. Les facteurs explicatifs sont multiples : certains ne connaissent pas l'existence des centres de soins, d'autres ont une mauvaise image de ces centres, d'autres encore ont honte de leur maladie et ne veulent pas se rendre dans les centres par crainte d'être stigmatisés.

Cet exemple montre combien la dimension socio-culturelle est à prendre en considération si l'on veut garantir le succès de la mise en place de programmes de santé et éviter de commettre des erreurs qui auraient des effets contraires à ceux recherchés.

C'est également le cas en France, où par exemple, les médicaments génériques font l'objet d'un débat qui se pose dans les mêmes termes. Certaines personnes refusent de prendre ce type de médicaments parce qu'elles ont l'impression qu'ils n'ont pas d'effets ou des effets secondaires indésirables voire dangereux. Or, le principe d'un médicament générique est justement qu'il est composé exactement du même principe actif que le médicament auquel on propose de le substituer. Les seules différences possibles étant la présentation et les excipients. On constate donc que le rapport à la santé est d'une façon générale une question sensible où la dimension psychologique est importante et doit faire l'objet d'une pédagogie particulière.

C'est pourquoi des actions de sensibilisation et de prévention sont essentielles pour permettre une meilleure compréhension des politiques de santé par les populations et un comportement plus responsable vis-à-vis de l'achat, de la prise de médicaments, des pratiques à risques ou encore de la consultation de professionnels de santé. Pour cela, l'implication des populations dans les processus de réflexion se révèle indispensable, qu'il s'agisse de la définition de politiques publiques ou de programmes de santé, des sites d'implantation de structures médicales ou encore de la nécessité de faire évoluer le rapport que les personnes peuvent avoir avec leur maladie.

2. Une coordination des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé

Quels que soient les systèmes publics de santé en vigueur dans les pays du Sud, la solidarité internationale se doit d'être présente pour aider à financer l'accès à la santé pour ceux qui en ont le plus besoin. En 2012, l'aide internationale a représenté 5 à 20% des budgets affectés à la santé. Dans le cadre du projet RAMED, la France a ainsi alloué un budget de 875 000 €, l'Union européenne participe, elle, à hauteur de 1,6 millions d'euros avec pour objectif de financer jusqu'en 2014 l'assistance technique.

Si l'efficacité de la solidarité internationale passe par un accroissement sur le long terme des fonds consacrés à la santé, elle passe également par une meilleure coordination des bailleurs de fonds entre eux.

En République démocratique du Congo par exemple, on rencontre des situations contradictoires : des zones de gratuité financées par la coopération britannique jouxtent des zones où l'Europe investit dans des systèmes de soins qui supposent une contribution financière des patients aux soins.

Ainsi le manque d'homogénéité en termes d'accès aux soins entraîne des déséquilibres au sein des populations qui migrent d'une zone à l'autre pour bénéficier de la gratuité de soins. Cet exemple montre que les pays du Nord allouent parfois leur aide à certains territoires sans qu'il y ait de concertation de fonds ni de vue globale des situations, les bailleurs imposant parfois leur propre conception des modèles de santé.

Il est donc important que les bailleurs, tout comme les ONG, se coordonnent pour aider au mieux les pays en développement qui sont souvent soumis à des pressions pour répondre aux exigences des OMD (parfois difficilement atteignable comme l'indiquait Bénédicte Brusset concernant l'Afrique de l'Ouest). On rencontre parfois des conflits, des incompréhensions entre les attentes des bailleurs et celles des pays. Ainsi pour ne citer qu'un exemple, la Banque mondiale a financé il y a quelques années un équipement très perfectionné pour un hôpital de Côte d'Ivoire. Il se trouve que l'entretien de cet équipement était extrêmement coûteux, non pris en charge par la Banque Mondiale, et supposait de le transporter à Abidjan pour toute opération de maintenance, avec des délais souvent très longs et des coûts élevés, non pris en charge par le financement initial. Cette anecdote démontre combien il est essentiel d'organiser une concertation avec les territoires et l'ensemble des bailleurs pour définir les actions, modes de fonctionnement et de financement des systèmes de santé les mieux adaptés aux territoires et agissant en synergie plutôt qu'en concurrence ou en contradiction.

3. Un modèle de couverture sociale à inventer

Ce n'est qu'au cours du 20^{ème} siècle que la plupart des pays de l'hémisphère Nord ont mis en place des régimes de couverture santé. On trouve d'une part les systèmes d'inspiration bismarckienne où prévaut le principe d'assurance liée au travail, et d'autre part, les systèmes d'inspiration beveridgienne, où la protection généralisée est fondée sur la solidarité via l'impôt, indépendamment de toute activité professionnelle.

Cette diversité des systèmes de santé dans les pays développés montre qu'un système unique de santé n'est pas envisageable non plus pour les pays du Sud tant les contextes géographiques, politiques, culturels et sociaux sont différents. De nombreuses questions doivent être posées pour lesquelles un dialogue constructif devrait être engagé : Faut-il financer en priorité l'offre de soins (hôpitaux, personnels, ...) ou la solvabilité de la demande (couverture maladie des personnes)? N'est-il pas plus raisonnable de réfléchir à un cercle vertueux où l'offre publique et privée trouverait un point d'équilibre ? Faut-il intégrer le secteur privé pour financer l'offre de soins comme cela est le cas en Inde ? Un membre de l'association GRET, ONG française qui agit depuis 35 ans dans les pays en développement pour lutter contre la pauvreté et les inégalités, préconise la vigilance sur ce point car une place trop importante du privé dans le financement de la santé pourrait aggraver la situation des populations les plus fragiles. Des solutions innovantes et durables existent, comme la micro-assurance qui est un mécanisme de protection des personnes à faibles revenus en échange du paiement de primes d'assurance adaptées à leur besoin et au niveau de risque. Ce système de micro-assurance doit s'organiser en dialogue avec les gouvernements dans le cadre de leurs politiques sectorielles, en appui à la société civile organisée (mutuelles ou organisations à base communautaire) et en partenariat avec des acteurs privés (institutions de micro finance, assureurs).

Conclusion

L'accès aux soins est un enjeu complexe qui recouvre de multiples dimensions à la fois économiques, politiques et culturelles qui sont autant de défis auxquels les Etats sont confrontés. Il n'existe donc pas de modèle unique en matière de politique d'accès aux soins ni de couverture maladie qui répondrait de manière efficace à l'ensemble des besoins de la population mondiale. En effet, la question du droit à la santé est un enjeu à la fois de cohésion sociale et de performance économique. Le mode de gouvernance représente donc un élément central de cette problématique dans la mesure où il doit assurer la prise en compte de toutes les idées et des particularismes des territoires. Il doit être le garant, avec le soutien des ONG et des bailleurs de fonds, de la mise en place d'un dialogue constructif réunissant l'ensemble des parties prenantes pour faire en sorte que les décisions soient acceptables et acceptées par le plus grand nombre.