

Les mutuelles de santé, actrices de changement social

Regards Nord-Sud

POLITIQUE paraît 5 fois par an
+ 2 numéros hors série
Abonnement annuel : 35€
Étudiants, chercheurs d'emploi, Omnio : 15€
Si une facture est souhaitée : 40€
Compte bancaire 210-0327119-87
au nom de POLITIQUE asbl

Administration et rédaction
POLITIQUE, rue Coenraets 68
B-1060 Bruxelles
téléphone : +32 (0)2 538 69 96
télécopie : +32 (0)2 535 06 93
courriel : secretariat@politique.eu.org
<http://politique.eu.org>
Direction Henri Goldman
(rédacteur en chef), Hugues Le Paige
et Bernard Richelle
Secrétariat de rédaction
Jérémie Detober
Mise en page ZINC

POLITIQUE est éditée par l'asbl
POLITIQUE avec l'aide de la
Communauté française de Belgique.



Ce numéro a été réalisé grâce au
soutien de la Direction générale de la
Coopération au développement.



La Déclaration d'Alma Ata, lancée il y a trente ans, était censée favoriser l'accès aux soins de santé au plus grand nombre. Au contraire, les différents programmes d'ajustement structurel, mis en œuvre ces vingt dernières années sous l'impulsion du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale, ont entraîné une réduction drastique des dépenses publiques consacrées à la santé et à l'éducation dans les pays en développement. La détérioration des systèmes de santé s'en est automatiquement suivie. Malgré la place prioritaire du secteur de la santé parmi les huit Objectifs du millénaire pour le développement fixés par les pays membres de l'ONU, l'inaccessibilité financière des populations à faible revenu reste un facteur déterminant en ce qui concerne l'accès aux soins. Selon un récent rapport de

l'Organisation mondiale de la santé, le plus grand fléau au niveau mondial n'est pas la malaria, la tuberculose ou le sida mais bien l'injustice sociale.

Et l'on constate de plus en plus, au plan mondial, l'instauration d'un système de santé à deux vitesses, dans lequel les privilégiés ont la possibilité de se prémunir davantage via des offres de soins et des systèmes d'assurance privés.

Sur le continent africain, bon nombre d'États tentent depuis plusieurs années de mettre en place des politiques susceptibles d'améliorer l'accès des populations aux soins de santé par différentes voies. Il n'en reste pas moins que dans la majeure partie des pays du Sud, les capacités d'intervention du secteur public restent faibles. Le modèle des mutuelles y est donc présenté comme alternative, faisant appel à une démarche de solidarité des adhérents. Un règlement supranational sur les mutuelles de santé a d'ailleurs été récemment adopté au niveau de l'UEMOA (Union économique et monétaire des pays d'Afrique de l'Ouest) et certains pays ont mis en place ou programmé à court terme un système d'assurance maladie obligatoire.

En Belgique et dans d'autres États européens, les mutualités restent aujourd'hui

garantes d'un accès aux soins pour la majorité. Nées sous l'impulsion d'un vaste mouvement de revendications sociales de la classe ouvrière, elles ont progressivement évolué vers l'institutionnalisation d'un système de solidarité obligatoire et la prestation de service. Cependant, le mouvement mutuelliste revendique encore, dans la foulée de son héritage historique, des valeurs et des principes fondamentaux en terme de protection sociale : promotion de l'accès à des soins de qualité à travers la solidarité, la non-exclusion, la démocratie, l'autonomie et la non-lucrativité.

Solidarité socialiste, organisation non gouvernementale de coopération au développement, situe son action dans le champ du changement social. C'est dans ce cadre que l'ONG, avec l'appui des Mutualités socialistes, soutient des organisations dans la mise en place de mutuelles de santé dans cinq pays africains. Cette approche, à ce stade, reste cependant encore expérimentale et sujette à questionnements, discussions et débats. Le jeune mouvement mutuelliste africain peut-il être davantage qu'un instrument de lutte contre la pauvreté ? Quels sont les principes et valeurs qui l'animent ? Peut-il endosser l'étiquette de mouvement social ? Ce modèle, venu du Nord, est-il adapté au contexte africain ?

Car d'autres expériences se développent également au sud et au nord de la planète en matière de soins de santé dans un contexte globalement de plus en plus mondialisé, de plus en plus privatisé, où les brèches semblent néanmoins encore exister pour que de nouvelles initiatives voient le jour.

C'est un panorama de diverses expériences que Solidarité socialiste, en collaboration avec l'agence de presse InfoSud, vous propose de parcourir au travers de ce numéro hors série de POLITIQUE. Il offrira l'occasion au lecteur de découvrir quelles sont les tendances de l'évolution actuelle des systèmes de protection sociale en matière d'accès aux soins de santé, ainsi qu'une série d'acteurs africains, belges et européens impliqués à divers titres dans ce domaine.

Solidarité socialiste remercie toutes celles et ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette publication ; et en particulier les organisations partenaires suivantes : Adisco (Burundi), Asamade (Burkina Faso), Citi-Habitat (Cap-Vert), Crafop (RDC) et Oyofal-Paj (Sénégal), ainsi que l'Union nationale des mutualités socialistes. ■

SOLIDARITÉ SOCIALISTE

Comment tomber dans la précarité

Un Belge sur quatre a des difficultés à assumer ses frais de santé. Situation matérielle précaire, frais médicaux imprévus, traitements longs... expliquent cette situation. Pour y faire face, le Service de sociologie médicale de la VUB propose, comme l'OMS, l'extension des maisons médicales et des soins de santé primaires.

VIOLAINE JADOUL

InfoSud

Précaire dans une société riche © Diego Cupolo

“**D**es patients qui ne vont pas chercher leurs médicaments à la pharmacie par manque de moyens, ça existe partout», explique le Dr Pestiaux, généraliste dans la région de Charleroi. Une enquête nationale, réalisée en 2007 par l'assureur DKV en collaboration avec Roularta, révèle qu'un Belge sur quatre éprouve des difficultés à assumer ses dépenses en soins de santé. En dépit d'un système de sécurité sociale avantageux, certains Belges ne peuvent faire face aux coûts liés à la santé. «*Quels sont les facteurs qui déterminent l'apparition de problèmes financiers dans l'accessibilité aux soins de santé ?*». C'est la question à laquelle le Service public fédéral de programmation politique scientifique a tenté de répondre en commandant une étude¹ au Service de sociologie médicale de la Vrije Universiteit Brussel en 2003. Résultat : six facteurs freinent l'accessibilité aux soins de santé pour les groupes socialement vulnérables.

Premièrement, l'assurance maladie. Certaines personnes ne la payent pas, par négligence ou par manque

de moyens et ne sont donc naturellement pas couverts par celle-ci. D'autres n'y ont pas droit, comme les «sans-papiers», qui connaissent la plus grande précarité². Enfin, ceux qui ne bénéficient pas de la couverture totale dans le cadre de l'assurance obligatoire peuvent aussi se trouver dans les groupes vulnérables. Et ce notamment en raison de «*l'augmentation croissante des frais non remboursables par l'assurance maladie obligatoire en cas d'hospitalisation*», comme le précise l'étude.

FRAIS INATTENDUS

Deuxième raison : une situation matérielle précaire. Des frais médicaux importants et inattendus peuvent surgir, suite à un accident de voiture ou à un diagnostic de cancer par exemple. Ces frais imprévus peuvent s'accompagner d'une perte de revenus découlant d'une incapacité de travail. «*Diverses études font état du fait que les allocations pour incapacité et invalidité ne couvrent que les besoins essentiels. Elles sont insuffisantes pour couvrir, en outre, des frais médicaux importants*», souligne le rapport.

Le fonctionnement des institutions telles que les CPAS, les prestataires de soins et l'assurance-maladie est le troisième point sensible. La

complexité administrative, les problèmes de langues... auxquels sont confrontées les personnes peuvent freiner leur accès aux soins de santé. Une plus grande coopération entre institutions et au sein de celles-ci pourrait réduire ces problèmes.

LA TECHNOLOGIE COÛTE CHER

Quatrièmement, il arrive que des patients, même quand ils sont couverts par l'assurance-maladie, doivent faire face à des prestations non remboursées, surtout en soins hospitaliers. Avec des nouveautés technologiques qui augmentent les coûts non inscrits dans la nomenclature de l'assurance maladie. Dans le cas de maladies chroniques, la durée du traitement est un autre facteur d'accumulation des frais. «*Les mesures qui visent à améliorer l'accessibilité doivent intervenir au moment des frais et pas ultérieurement*», clament les auteurs de l'étude. C'est ce que confirme l'OMS dans son rapport 2008 sur la santé dans le monde. Le Service de sociologie médicale de la VUB suggère «*un système dans lequel le niveau du revenu serait pris en compte pour le calcul du prix des traitements médicaux*».

Le cinquième point relevé par le rapport concerne l'importance du soutien de la famille et de l'entoura-

ge. Que ce soit un soutien humain ou financier. Si cette aide vient à manquer, les vieillards et les personnes handicapées se retrouvent dans une catégorie à risque au niveau de l'accès aux soins de santé.

Le dernier facteur relevé est le niveau de connaissance et de résistance morale. Tout le monde n'est pas sensibilisé de la même manière à l'importance de souscrire une assurance facultative, de se faire soigner préventivement ou d'agir rapidement en cas de problèmes de santé. Or l'on sait qu'en mettant l'accent sur la prévention, l'on peut éviter des complications et les frais médicaux qui s'ensuivent.

DES SOLUTIONS EXISTENT

«*La présence d'un seul de ces points sensibles suffit à créer des problèmes d'accessibilité aux soins*». Les plus vulnérables, eux, combinent différents facteurs. Cela rend chaque situation unique et l'approche globale insuffisante.

Pour répondre aux besoins de ces groupes vulnérables, le Service de sociologie médicale de la VUB rappelle, tout comme l'OMS, l'importance des soins de santé primaires. «*Le peu de cas qui est fait des soins de première ligne et des soins préventifs ainsi que le rôle de la médecine prestatai-*

re sont considérés comme autant de menaces pour un système d'accessibilité universel à la santé.» Le Service de la VUB prône aussi le concept de maisons médicales plutôt que les cabinets de solopraticiens et suggère l'extension de la médecine forfaitaire. Les spécialistes de la santé et l'OMS semblent parler d'une seule voix. Et les pouvoirs publics ? «*On a beaucoup progressé depuis la conférence de Alma Ata*³. *Les politiques essayent de promouvoir les soins de première ligne partout en Europe. Et même aux États-Unis, comme on le voit avec Barack Obama*», se réjouit le Dr Pestiaux. Se dirige-t-on vers la fin des groupes vulnérables ? ■

¹ Chr. Vanroelen & Tom Smeets, Prof./Dr. Fr. Louckx (promoteur), Nouveaux groupes vulnérables dans les soins de santé en Belgique, Vakgroep Medische Sociologie, Faculteit van de Genees en Farmacie, Vrije Universiteit Brussel, 2003.

² Voir par ailleurs en page XX.

³ Conférence internationale organisée par l'OMS sur les soins de santé dans le monde. Pour la première fois, le concept de soins de santé primaires était formulé. Voir par ailleurs en page XX. (NDLR)

Déclaration d'Alma Ata

Extrait de la Déclaration de la conférence internationale d'Alma Ata de 1978

Les soins de santé primaires :

1. reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;

2. visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;

3. comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;

4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;

5. exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;

6. doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;

7. font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé – médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels – tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité. ■

Source : Organisation mondiale de la santé.

À quand des soins pour tous ?

Les populations vivent plus longtemps et en meilleure santé qu'il y a trente ans. Des avancées importantes en matière d'accès à l'eau, d'assainissement et de soins prénatals ont eu lieu. Mais, tous n'ont pas encore accès à la santé.

L'Organisation mondiale de la santé prône donc une réforme des soins de santé primaires.

VIOLAINE JADOUL

InfoSud

L'égalité en matière d'accès aux soins de santé, l'efficacité dans la prestation de services, la promotion de l'échelon local, la responsabilité des gouvernements vis-à-vis de la santé des populations et la participation d'acteurs socio-économiques tous secteurs confondus, ainsi se résume la Déclaration d'Alma Ata lancée il y a trente ans. Une vision globale de la santé défendue par l'Organisation mondiale de la santé, sous le slogan : «La santé pour tous en l'an 2000». Dans son rapport publié en 2008 sur la santé dans le monde, l'OMS revient sur ces principes et objectifs, avec un constat implacable. Des avancées pour certains pays, mais des inégalités qui persistent entre pays riches et pays pauvres ou au sein d'un même pays ou population. Et en trente ans, la nature des problèmes de santé s'est complexifiée. La mondialisation, l'urbanisation rapide et anarchique et le vieillissement de la population accroissent la transmission des maladies contagieuses et la charge des maladies chroniques et non transmissibles. Ce contexte nécessite des réponses coordonnées entre pays et entre tous les acteurs : du monde de la santé, de l'industrie, de l'éducation, du logement... Acteurs publics et privés ensemble pour construire un leadership ouvert.

RÉFORMER LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

La réponse apportée par l'OMS est une série de réformes des soins de santé primaires (SSP), appelés aussi soins de première ligne. La première vise la couverture universelle. Les prestations de services accessibles à tous doivent être étendues et être combinées à «une sécurité sociale basée sur le prépaiement et la répartition plutôt que sur le paiement direct par les usagers».

Le deuxième objectif est de transformer les prestations sanitaires de base telles qu'elles sont pratiquées actuellement en SSP. Cette réforme doit s'accompagner d'un changement des politiques publiques. Les citoyens attendent de leurs gouvernements qu'ils lancent des politiques publiques susceptibles de répondre aux besoins sanitaires qu'engendrent le changement climatique, l'urbanisation, la stratification sociale...

L'OMS pense qu'en favorisant les soins de première ligne, l'on peut sauver des vies, notamment grâce à la prévention. Les investissements, surtout dans les pays riches, se font essentiellement dans les soins curatifs plutôt que dans la prévention. Or, lorsque celle-ci est prise en compte, elle permet, selon les données de l'OMS, de réduire la charge mondiale de morbidité de près de 70%.

PRATIQUE EN RÉSEAU

En plaçant le patient au cœur du système, les SSP prennent en compte ses attentes médicales mais aussi sociales, psychologiques... Pour y répondre, il est nécessaire de mettre en place des équipes pluridisciplinaires, à la manière des maisons médicales par exemple, qui rendent la continuité des soins possible. Au sein d'un même centre de santé travaillent des médecins, des infirmières, des kinés... Grâce au système forfaitaire, le patient s'inscrit dans une maison médicale, ensuite il bénéficie de soins gratuits, en ce compris la prévention. La mutuelle paye une indemnité au médecin en fin de mois qui représente son salaire. Les praticiens peuvent dès lors accorder plus de temps à leurs patients puisqu'ils ne sont pas payés à la consultation. D'autre part, les études montrent que les patients ne se rendent pas plus chez le médecin que si les consultations étaient payantes.

Si le système est avantageux, seuls 5 à 10% de la population belge est traitée dans ce cadre. Le système n'est donc pas encore fort répandu. Cela est dû notamment au fait que les médecins plus âgés rechignent quelque peu à changer leurs habitudes et la pratique individuelle. «Il y a une distance entre la volonté politique et la réalité de terrain», souligne le Dr Pestiaux, responsable du Centre universitaire de médecine générale de l'UCL.

REVALORISER LE GÉNÉRALISTE

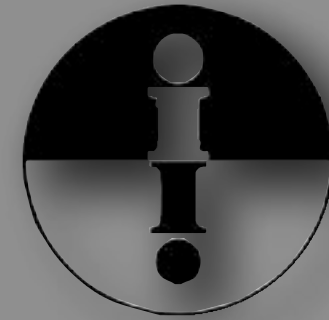
L'OMS promeut l'échelon local et le médecin généraliste. Celui-ci connaît ses patients, peut les suivre et les orienter ensuite vers un spécialiste. Le métier de généraliste doit être revalorisé. Le *New England Journal of Medicine* annonçait à la fin 2006 (Primary Care – Will it survive?) que sans cela, les soins de première ligne risquent de s'effondrer. «L'article met l'accent sur deux problèmes. Ces soins doivent bénéficier d'un meilleur financement qui permettrait une meilleure organisation et une meilleure utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Et, la formation doit être mieux orientée vers ces soins», explique le Dr Pestiaux. En Belgique des efforts ont été réalisés dans ce sens.

L'accessibilité est la caractéristique du système de santé belge. Cela est dû à trois facteurs : «Le personnel médical et paramédical est hautement qualifié, le financement public ou collectif est généreux et le marché est ouvert avec une saine concurrence entre médecins, hôpitaux et mutuelles»¹.

Toutefois, les coûts des soins de santé ne cessent d'augmenter. Ainsi, «la part des soins de santé dans le budget total de la sécurité sociale a presque doublé entre 1980 et aujourd'hui»². Une raison supplémentaire peut-être de s'axer davantage sur la prévention et les SSP, moins coûteux et qui peuvent rapporter gros au niveau social. Si la Belgique consacre 10% de son PIB aux soins curatifs, seuls 0,1% sont consacrés à la prévention (selon des chiffres de l'Itera Institute). ■

¹ Itera Institute. Des soins de santé en pleine santé pour l'avenir. Disponible sur: http://www.iterainstitute.org/fr/themes/_issue/soins-de-sante/?full=1

² Idem.



InfoSud - Belgique

Agence de presse

Membre du réseau **Syfia International**

InfoSud est une agence de presse, orientée vers les problématiques Nord-Sud et le développement. Ses missions sont l'appui à une presse de qualité dans les pays du Sud, notamment par la formation pratique ainsi que la diffusion d'information au Nord sur les réalités du Sud et au Sud sur les réalités du Nord. InfoSud produit ses propres papiers et diffuse des textes de journalistes des pays du Sud, via Syfia International, le réseau dont elle est membre, composé de quatorze agences ainsi que de correspondants, journalistes généralement autochtones, dans presque tous les pays d'Afrique, au Vietnam, au Cambodge, en Haïti...

Grâce à Syfia International, **InfoSud** propose aux rédactions belges (quotidiens, magazines, publications spécialisées) des reportages et enquêtes de terrain sur les enjeux Nord-Sud. Et aux rédactions du Sud des informations sur des sujets surgis en Belgique, mais qui concernent le Sud. Le local dans l'international, l'international dans le local. Les rédactions peuvent demander à être informées des sujets proposés, mais aussi effectuer une demande précise pour une info «sur mesure». L'exclusivité est possible. **InfoSud** met aussi son réseau international et son savoir-faire journalistique au service du monde du développement au sens large, ONG, syndicats, associations ou institutions pour la réalisation d'études, de reportages, de dossiers sur des thématiques Nord-Sud.

InfoSud est affaire de journalistes, qui respectent les règles du métier et refusent d'être les porte-parole de quiconque : institution, État, idéologie.... Les ressources proviennent de la vente d'articles et d'autres produits de presse, ainsi que de subventions de l'Agence de la Francophonie, qui n'intervient en rien dans le contenu. Les sources sont multiples (reportages, enquêtes, interviews, correspondants...), privilégiant les réalités des personnes et du terrain. Les activités d'InfoSud sont de l'ordre de l'information, pas de la communication.

Les médias dans les pays du Sud, les relations économiques, emploi et développement, les questions syndicales, les migrations, l'esclavage, la pêche, l'agriculture, la culture... sont autant de thèmes suivis en permanence par **InfoSud**. Notre connaissance de ces problématiques nous donne une expertise en réécriture «grand public» de documents initialement en langage complexe.

InfoSud@InfoSud.be
www.InfoSud-belgique.info
rue Coenraets, 66, B - 1060 Bruxelles
tél. 32-2-535.06.67 et 64,
fax : 32-2-535.06.80

La santé est au cœur de la lutte contre la pauvreté

Selon différentes évaluations, les Objectifs du millénaire pour le développement ne seront pas atteints à l'horizon 2015. Dans la foulée de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide publique au développement, de nombreux observateurs estiment que la santé des populations doit figurer en première ligne dans les priorités.

SEYDOU SARR

InfoSud

En matière de santé, les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) portent sur la réduction de la mortalité infantile, la réduction de deux tiers, entre 1990 et 2015, du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'amélioration de la santé maternelle. Sur ce dernier point, l'objectif est de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des mères et de rendre universel l'accès à la médecine reproductive à l'horizon 2015. Enfin, un enjeu majeur concerne la lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et autres pathologies, avec comme cible principale, assurer, avant 2010, un accès au traitement contre le VIH/Sida à tous ceux qui en ont besoin. Mais pour atteindre ces objectifs, suffit-il d'améliorer les systèmes de santé ? Dans les pays en développement, beaucoup d'autres facteurs entrent en ligne de compte.

SANTÉ ET PAUVRETÉ SONT LIÉES

Trois des huit objectifs à atteindre en 2015 ont un rapport étroit avec la santé, ce qui montre clairement l'importance de ce secteur dans le développement. Comme le souligne l'OMS, «dans de nombreux pays, il sera impossible d'atteindre la réduction de 50% de la pauvreté monétaire sans prendre de mesures pour améliorer la santé de la population». L'éducation de base tient également une place prépondérante dans l'amélioration des conditions sanitaires. Tout comme la gestion des ressources naturelles et l'environnement. Comme le préconisent l'OMS et différents acteurs de la santé, les OMD en rapport avec la santé ne doivent pas être pris en considération séparément d'autres programmes de développement. Pour bien marquer cette relation de cause à effet entre santé et développement économique, l'OMS a mis en place une

Commission des déterminants sociaux de la santé¹ composée d'experts dont les analyses mettent en évidence ce rapport entre santé et croissance économique.

COMBATTRE LES INÉGALITÉS ET LA PAUVRETÉ

Pour améliorer durablement la santé des populations dans le monde, surtout dans les pays en développement, il ne suffira pas de renforcer les systèmes de santé. Comme le stipule la plateforme belge Be-cause Health dans une note politique² à l'attention de la Direction générale de la Coopération au développement, «la situation sanitaire mondiale ne pourra s'améliorer que si l'on prend en compte les déterminants socio-économiques ayant des effets majeurs sur la santé. Il faut voir dans ces déterminants l'expression des rapports inégaux de pouvoir, des injustices et des iniquités dans le monde. Nous mentionnons

notamment l'environnement macro-économique, les infrastructures, les politiques industrielles (dans l'alimentation par exemple), l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, la dégradation de l'environnement, les conflits armés, l'urbanisation galopante et désordonnée, les migrations, les changements climatiques, les inégalités sociales». Et la plateforme d'insister sur l'importance de l'éducation de base, de l'accès à l'eau potable, à la nourriture, d'un logement décent. Selon l'analyse de Be-cause Health, les soins de santé font partie des moyens utiles de prévenir et de combattre la pauvreté. À l'inverse, «un revenu supérieur donne plus largement accès aux biens et services favorisant la santé comme une meilleure nutrition, une meilleure éducation, un accès à une eau saine et aux réseaux d'assainissement et, in fine, à un accès à des services de santé de qualité», souligne le rapport.

UNE AIDE PLUS EFFICACE

Dans ses recommandations, Be-cause Health note qu'il faut non seulement se pencher sur les actions de santé, mais aussi sur les systèmes de santé. Les rédacteurs de la note au ministre donnent l'exemple d'initiatives «qui se focalisent sur une ou quelques maladies, comme notamment le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et la malaria (GFATM)» et qui disposent de moyens considérables et obtiennent des résultats forts à court terme. Toujours selon la plateforme, «plusieurs analyses ont fait ressortir que l'obstacle majeur pour l'extension et la durabilité des résultats se situe au niveau du système de santé affaibli par du personnel mal payé et démotivé, un système de distribution de médicaments qui fait défaut, un manque de compétence, un réseau de structures de soins de santé déficient».

En ce qui concerne l'aide au développement en matière de santé, la plateforme Action for Global Health (AFGH), qui regroupe une quinzaine d'ONG, rappelle dans son rapport n°3 intitulé «Santé en crise»³, que «la santé est un droit fondamental et qu'elle contribue de manière directe à la réduction de la pauvreté, au développement social et à la croissance économique». Dans ses recommandations à l'attention de l'Europe et de ses États membres, AFGH insiste sur le fait que la nécessité d'agir n'a jamais été aussi grande et les possibilités de changement jamais aussi élevées. «Le soutien aux OMD relatifs à la santé est impératif» souligne la plateforme. AFGH constate avec inquiétude que «l'Europe ne réagit pas assez rapidement ni suffisamment pour soutenir financièrement les pays en développement et leur permettre d'atteindre les OMD se rapportant à la santé».

Revenant sur la Déclaration de Paris (2005) et les différents sommets qui ont suivi, portant sur l'efficacité de l'aide publique au développement, AFGH invite l'Europe et les bailleurs de fonds à «respecter les engagements financiers et renforcer l'efficacité de l'aide, en axant les efforts sur la santé des plus pauvres». Dans le domaine spécifique de la santé, l'aide au développement doit être mieux coordonnée, selon le principe de l'harmonisation et de l'alignement contenus dans la déclaration de Paris. De même, le principe de l'appropriation doit être pris en considération, afin de respecter les priorités nationales des pays bénéficiaires.

Selon le rapport de AFGH, les bailleurs de fonds ont prouvé leur capacité à réagir promptement et généreusement pour sauver leurs propres institutions financières et protéger leurs citoyens. Ils doivent à présent témoigner du même zèle envers les pays du Sud, où la crise économique va frapper le plus durement. Ils peuvent le faire. Ils doivent le faire. ■

¹ Voir par ailleurs en page XX.

² Be-cause Health, *Investir dans la santé pour un meilleur bien-être*. www.be-causehealth.be

³ La santé en crise, rapport n°3. Action for Global Health www.actionforglobalhealth.eu

La situation sociale détermine l'espérance de vie

Pourquoi vit-on en meilleure santé en Europe qu'en Amérique latine ou en Afrique ? Si la qualité des soins de santé et le mode de vie des individus expliquent en partie ces différences, l'environnement social est un paramètre plus qu'influent. L'Organisation mondiale de la santé avance même qu'en réagissant à ces «déterminants sociaux de la santé», l'équité peut être atteinte en une génération.

VIOLAINE JADOU

InfoSud

Soweto, Afrique du Sud © eugene

Quels sont les déterminants de la santé ?

«Le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires entre les pays sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir. La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel. [...] Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les **déterminants sociaux de la santé**.»

(Commission OMS des Déterminants sociaux de la santé, 2008)

Un enfant qui naît au Japon ou en Suède peut espérer vivre plus de 80 ans. Au Brésil, 72 ans, en Inde, 63 ans. Tandis que dans plusieurs pays africains, son espérance de vie sera de moins de 50 ans. Ces différences ne sont pas dues à des facteurs biologiques. Non, ces écarts qui existent entre pays ou au sein d'un même pays s'expliquent par l'environnement social. Concrètement, la pauvreté, l'exclusion sociale, un logement inapproprié, une protection insuffisante du développement du jeune enfant, l'absence de sécurité au travail sont des causes sous-jacentes de la morbidité. Le lien entre le revenu d'un individu et son niveau de santé, par exemple, se constate partout, dans tous les pays. Un faible revenu limite l'accès aux soins de santé et inversement, une mauvaise santé limite les capacités de gain et contribue à la pauvreté, soulignait l'OMS dans son rapport de 2003. De même, l'organisation souligne qu'un enfant a plus de chance de se développer pleine-

ment s'il vit dans un pays qui a mis en place des politiques sociales et économiques satisfaisantes.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ

Le propos n'est pas de réduire la santé à l'environnement social et de nier les paramètres médicaux. En effet, il est évident que les soins de santé constituent un déterminant important de la santé¹. De même, les modes de vie des individus expliquent en partie l'état de santé de ceux-ci. Mais de nombreux facteurs socio-économiques entrent aussi en ligne de compte. Ils sont appelés les «déterminants sociaux de la santé». Selon l'Organisation mondiale de la santé, ce sont les conditions dans lesquelles un individu naît, grandit, vit, travaille et vieillit et les systèmes mis en place pour lutter contre les maladies.

Si dans de nombreux pays, l'espérance de vie s'allonge et l'état de santé général s'améliore, dans d'autres, la situation stagne et parfois les écarts se creusent. Face à cet état de fait, l'OMS a décidé, en 2005, de mettre en place une Commission

des déterminants sociaux de la santé. Celle-ci rassemble des experts mondiaux de la santé, de l'éducation, du logement et de l'économie. Elle a été créée pour aider les pays et les partenaires de la santé au niveau mondial à combattre les causes sociales des problèmes de santé et des inégalités sanitaires. Lors de sa création, le Dr Lee, alors directeur général de l'OMS, résumait les enjeux d'un tel organisme : *«C'est principalement la situation sociale qui détermine si l'on vivra jusqu'à 40 ou 80 ans, si l'on sera soigné pour une maladie qui peut être guérie et si l'on aura des enfants qui atteindront leur cinquième anniversaire. Il ne faut pas que l'on meure jeune uniquement parce qu'on est pauvre. Cette Commission aidera les pays, indépendamment de leur niveau économique, à appliquer des stratégies qui permettront aux pauvres et aux marginaux de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les besoins des populations désavantagées figurent ainsi en tête du programme de la santé au XXI^e siècle»*.

L'ÉQUITÉ EN TROIS LEÇONS

Durant trois ans, des spécialistes mondiaux ont réunit des éléments susceptibles de comprendre les moyens de promouvoir l'équité en santé. En analysant les systèmes qui produisent des effets positifs, ils ont étudié la possibilité de les reproduire ailleurs. Un accent tout particulier a été mis sur les pays en voie de développement, principalement touchés par les problèmes de santé. En 2008, un rapport final a été publié. Il présentait trois recommandations générales.

Tout d'abord, les experts insistent sur la nécessité d'améliorer les conditions de vie quotidiennes. Les efforts doivent être faits selon une vision globale puisque tous les domaines de la vie quotidienne sont concernés. Le rapport attire particulièrement l'attention sur le cas des femmes et des jeunes filles, pour atteindre une plus grande équité entre les sexes, notamment au niveau des salaires. D'autre part, les acteurs politiques sont invités à rendre accessi-

bles financièrement les logements, à améliorer la situation de certains quartiers... Au niveau du travail, des salaires suffisants et des lieux de travail sûrs amélioreront la santé des citoyens. Le texte aborde aussi la question du changement climatique. Les politiques adoptées en vue de lutter contre celui-ci doivent prendre en compte l'équité. Car, si ce phénomène aura des répercussions sur tout un chacun, elles seront plus fortes encore pour les plus démunis.

Ensuite, le rapport stipule qu'il convient de lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources. Les conditions de vie quotidiennes dépendent en effet de ces facteurs. Les gouvernements locaux, nationaux, les institutions mondiales, le secteur privé et la société civile sont invités à intégrer l'équité en santé dans leurs politiques publiques, leurs actions...

La Commission suggère enfin de mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action menée. En constituant un corpus des problèmes existants dans un pays, des professionnels peuvent être for-

més pour y répondre et la population peut être sensibilisée à la question.

La réaction aux déterminants sociaux doit donc être globale, tant au niveau des domaines d'action à considérer, qu'au niveau des acteurs à sensibiliser. En ce sens, les déterminants sociaux partagent de nombreux points communs avec les soins de santé primaires. De même, des réponses adéquates aux déterminants sociaux auront un impact positif sur les Objectifs du millénaire pour le développement. Ceux-ci tiennent également compte de l'interdépendance entre la santé et les autres conditions sociales. Selon l'OMS, en adoptant des réactions adéquates aux déterminants sociaux de la santé, *«on peut instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération ; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir»*². ■

¹ Voir «A quand des soins pour tous?», p. 6.

² *Comblant le fossé en une génération*, Résumé analytique du rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008.

De l’affirmation volontaire à la solidarité mutualiste

La santé est un droit pour tous. La sécurité sociale aussi. Le chemin entre la théorie et la pratique passe par la mise en place de mécanismes pour garantir ce droit. La mutualité est un de ces mécanismes. Dans les pays développés, où la tendance est de plus en plus à la marchandisation du secteur de la santé, les organisations mutuellistes se sont inscrites, au fil du temps, comme une force politique incontournable dans les politiques de santé.

Au Sud, elles apportent leur expérience dans un domaine où la pauvreté et le manque d’infrastructures constituent un réel obstacle à l’accès aux soins de santé.

ENTRETIEN AVEC ALAIN COHEUR

directeur des Affaires européennes et internationales de l’Union nationale des mutualités socialistes, et président de Solidarité socialiste.

Il y a trente ans, la communauté internationale rêvait d’une santé pour tous en l’an 2000. Aujourd’hui, cet objectif est loin d’être atteint.

Compte tenu du contexte de croissance et de développement économique du moment, l’objectif d’atteindre la santé pour tous en 2000 était ambitieux, mais tout à fait réalisable il y a trente ans, quand la communauté internationale a adopté la déclaration d’Alma Ata (ex Union soviétique). Malheureusement, l’évolution du contexte mondial, la déréglementation et la mondialisation ont fait que dans un certain nombre de pays, ces objectifs ne sont pas atteints. La politique du tout au marché, qui prône la diminution des dépenses publiques, tous secteurs confondus, en ce compris les soins de santé, a eu comme conséquence un désinvestissement dans le domaine de la santé, en ce qui concerne notamment la réalisation d’infrastructures médicales. Au cours de ces vingt dernières années, beaucoup de facteurs ont pesé lourdement sur l’accessibilité des soins de santé et probablement plus dans les pays en développement que dans les pays du nord. Pour relancer la dynamique, la communauté internationale a, en 2000, fixé les objectifs tout aussi ambitieux du millénaire pour le développement, à atteindre en 2015, avec un accent particulier pour la santé et la lutte contre la pauvreté. Là aussi, à mi-parcours, il n’y a pas de résultats qui permettent d’être optimistes. Pourtant, les objectifs me paraissent réalistes, en ce qui concerne précisément les priorités placées dans la santé maternelle et infantile dans les pays en développement.

Quand et comment est né le mouvement mutualiste en Belgique ?

L’histoire du mouvement mutualiste belge n’est pas récente elle est vieille de près de 150 ans. À l’époque, la classe qui était dans une situation sanitaire déplorable a commencé à s’organiser, à créer de petites caisses locales, des caisses d’entreprises pour collecter de l’argent afin de faire face aux besoins individuels. Le principe du regroupement permet de récolter des cotisations auprès du plus grand nombre, sachant que tout le monde ne tombe pas malade en même temps. Dans les faits, c’est ce principe de solidarité est fondamental dans la défense des intérêts des affiliés et c’est ce qui empêche l’exclusion et la sélection des risques. Depuis sa création, le mouvement a évolué et les mutuelles sont devenues progressivement un interlocuteur incontournable en Belgique. Avec l’adoption d’une loi rendant l’assurance maladie obligatoire, l’État intervient en grande partie pour compléter les cotisations et les mutuelles jouent le rôle de gestionnaire. Elles sont partenaires et négocient à la fois avec les pouvoirs publics et le corps médical pour tout ce qui est remboursement de soins ou inscriptions de nouvelles prestations dans la nomenclature de l’Institut national d’assurances maladie invalidité Inami. Le fait de défendre l’accès aux soins de santé, de participer à la maîtrise des dépenses et dans la définition des objectifs de santé fait de la mutualité une véritable force politique.

Le système belge est considéré comme le meilleur au monde, en ce sens qu’il garantit une couverture universelle, avec l’assurance maladie obligatoire. Comment cela fonctionne-t-il ?

La couverture universelle est un objectif à atteindre, pour tous les pays. Mais on n’a pas suffisamment conscience que c’est un objectif à long terme, en raison de la complexité des systèmes de santé. Si on veut avoir des soins de qualité, il faut investir dans les infrastructures et garantir une offre de soins de qualité, y compris les soins de santé primaires. Il faut surtout que l’offre soit géographiquement bien répartie, sur l’ensemble du territoire, en ce qui concerne à la fois les services hospitaliers et les centres de référence. Ce qu’il faut prendre en compte, c’est l’étendue géographique du pays et les investissements que les pouvoirs publics peuvent faire, que l’on soit dans pays du nord ou un pays du sud. Or, on n’a pas suffisamment investi dans l’offre.

À côté de cela, il y a l’organisation pour favoriser et faciliter l’accès aux soins de santé des populations. Et là, à mon avis, deux modèles cohabitent. Un modèle où la gratuité est totale et où le patient ou l’affilié peut accéder aux soins de façon indistincte, et un modèle où l’accès se fait par l’intermédiaire de caisses décentralisées, régionales ou locales. Dans ce dernier cas, ce sont les structures locales décentralisées qui gèrent le système. Et c’est dans ce cadre là que les mutuelles jouent leur rôle d’interface et d’interlocuteurs des pouvoirs publics. Le rôle des mutuelles ne se résume pas au remboursement de frais médicaux, la représentativité et l’approche participative dans la gestion de l’offre et la demande, sont des éléments essentiels de la mutualité.

La santé est considérée comme un droit fondamental pour tous et partout. Avec l’arrivée du secteur privé dans l’offre d’assurances, ne va-t-on pas vers une marchandisation de la santé ?

En aucune façon, nous ne pouvons considérer la santé comme une marchandise. En tant que mutualistes belges et européens, c’est le principe que nous défendons. Ce n’est pas par plaisir qu’un malade se rend à l’hôpital, c’est par nécessité. Le coût des soins de santé est si élevé que personne ne peut assurer sa santé individuellement, en tout cas pas la majorité de la population. Quand on parle de la santé au sens de la protection, on attend une réponse collective de la société à des besoins individuels. Or la marchandisation repose sur un lien entre un vendeur et un acheteur. Nous sommes loin de la notion de protection en matière de santé qui est de la responsabilité des pouvoirs publics, lesquels ont l’obligation d’investir dans des infrastructures médicales et sanitaires pour garantir une offre de qualité. Certes, le secteur privé a les moyens d’investir dans la mise en place d’infrastructures, mais il ne le fera que s’il y a de l’argent à gagner. D’ailleurs, cela se vérifie bien dans le développement de l’offre en soins esthétiques qui ne font pas partie de la protection et ne sont donc pas pris en charge par les pouvoirs publics. ►

De l’affirmation volontaire à la solidarité mutualiste

ENTRETIEN AVEC ALAIN COHEUR

► En Europe, une question qui fait débat, c’est l’accès aux soins de santé pour les personnes résidant en zones transfrontalières. Quel est votre avis ?

Encore une fois, il faut prendre de la distance par rapport à l’Europe. Au sein de notre mutualité, nous travaillons depuis des années sur la facilité de la mobilité frontalière. Pour nous, il est tout à fait illogique et incompréhensible qu’un citoyen belge ne puisse accéder à un hôpital qui se trouve sur le territoire français à 2km de chez lui et qu’il doive parcourir 50 à 100 km en Belgique pour se faire soigner. C’est une situation à laquelle les citoyens européens qui vivent dans les zones frontalières sont confrontés au quotidien. Il faut quand même savoir que 15% de la population européenne vit dans des zones frontalières, avec parfois des concentrations urbaines très fortes. Un patient qui veut avoir accès à des soins de santé à l’étranger est obligé d’avoir une autorisation du médecin de sa caisse d’assurance. Dans les zones frontalières, l’objectif est de progressivement faire disparaître cette autorisation préalable et que les caisses règlent directement les problèmes pour le patient en tant que citoyen européen, puisse aller chercher des soins là où c’est le mieux.

Depuis une dizaine d’années, vous apportez un appui à la Concertation, une plateforme d’échange sur les mutuelles, mise en place en Afrique de l’Ouest et centrale. De quoi s’agit-il exactement ?

La concertation constitue une étape dans le processus de dynamisation des mutuelles en Afrique de l’ouest. Il s’agit d’une plateforme créée il y a une dizaine d’années, avec au départ des actions ponctuelles. Ce cadre de concertation nous permet d’avoir une vision de ce qui se fait dans les différents pays, car il est intéressant, à un certain moment, d’avoir un aperçu de la dynamique dans un pays donné, d’avoir des échanges sur ce qui doit être fait pour faire avancer les choses et d’apporter un appui le cas échéant. À partir de l’année prochaine, nous allons organiser des sessions de formation, avec le lancement de trois modules de plans de mutuelles de santé, dont un sur la gouvernance mutualiste. Cet aspect gouvernance revêt pour nous une grande importance, car la dynamique mutualiste suppose un processus participatif interne. L’écoute et l’évaluation des besoins en soins des populations sont au cœur de ce processus, on ne peut pas faire n’importe quoi.

L’Union économique et monétaire ouest-africaine UEMOA a adopté récemment un cadre législatif qui donne un éclairage important sur la question des mutuelles de santé et nous espérons que ce cadre va servir de référence pour d’autres pays notamment en Afrique centrale. Et pourquoi pas dans les pays anglophones du continent, même si le terme mutualité n’existe pas vraiment en anglais. Pour résumer donc nous allons lancer trois modules, un module de formation sur la gouvernance, un autre sur le nouveau cadre législatif, et un troisième module qui porte sur le plaidoyer. À quoi sert un plaidoyer pour une mutualité, plaidoyer vers les pouvoirs publics, mais aussi vers le corps médical.

Selon votre expérience sur le terrain, quels sont les obstacles à l’essor des mutuelles de santé en Afrique et que faut-il faire ?

Il y a surtout le problème d’extrême pauvreté, pour mettre une mutualité il faut que la population ait un minimum de ressources. C’est un peu comme la question des sans-papiers qui se pose ici en Belgique. Quand les personnes n’ont pas de ressources, la mutualité ne peut pas intervenir. Dans les pays en développement, les pouvoirs publics doivent jouer ce rôle final d’amortisseur. La mutualité ne pourra pas aller dans l’extrême pauvreté des personnes qui n’ont aucun moyen de s’identifier, aucune ressource financière, il faut quand même un minimum que parfois certaines personnes n’ont pas

Selon le contexte, je pense que chaque pays doit trouver la manière d’offrir un accès aux soins de santé à sa population. En Europe, les systèmes sont différents selon les pays, même si on peut trouver des logiques transversales. Il n’y a pas plusieurs modèles de santé. Soit, le système est complètement privatisé, soit le système est totalement public et dans ce cas, quand les pouvoirs publics n’investissent pas, la population n’a pas accès aux soins de santé. Je pense que l’idéal, c’est la combinaison d’un secteur public pour le développement des infrastructures, pour l’organisation générale du système et son financement, et d’acteurs qui doivent trouver leur place dans le système. Si on prend en considération le Burkina ou le Burundi qui, en terme géographique, sont de petits pays, le système de santé est sans doute plus facile à organiser que pour le Mali qui, vu sa taille, est obligé de décentraliser ses structures sanitaires. Cette question fait appel à des réponses différentes. Dans certains pays, il est plus facile de travailler avec le secteur formel, avec la possibilité d’opérer des prélèvements sur les salaires. ■

Propos recueillis par Seydou Sarr (InfoSud)

Le kiwi, oiseau sans ailes de Nouvelle-Zélande © Extra Medium

Le contexte belge pas favorable au “Kiwi”

En Belgique, les médicaments coûtent trop cher par rapport à d’autres pays. Pour réduire les coûts, les mutualités pensent au modèle d’appels d’offres «Kiwi», venu de Nouvelle-Zélande.

Les producteurs de médicaments génériques sont contre et le gouvernement acquiesce.

VIOLAINE JADOUL

InfoSud

En Belgique, les médicaments sont encore trop chers. Tant pour le patient que pour l’assurance-maladie. Le rapport Morse de l’Inami publié le 3 septembre dernier (rapport interne qui analyse les dépenses pour les médicaments remboursés), montre que le coût des médicaments remboursés délivrés en pharmacie a augmenté de 13,21% en 2008. Plus que prévu.

Des mesures d’économies sont annoncées. Et chacun y va de sa proposition. Les Mutualités socialistes (MS) veulent diminuer le remboursement des médicaments pour lesquels il existe des variantes moins chères. Les MS suggèrent aussi d’augmenter les quotas de prescription de spécialités «bon marché» (en passant de 42 à 50%). Les Mutualités chrétiennes,

elles, plaident pour l’instauration d’appels d’offres ciblés. Les MS ne l’excluent pas.

Ce système d’appels d’offres appelé Kiwi est appliqué aux Pays-Bas depuis le premier juillet 2008 à 36 médicaments. Des appels d’offres sont lancés aux firmes pharmaceutiques suite auxquels le médicament le moins cher de sa catégorie bénéficie du remboursement. Les autres pas.

En Belgique, en janvier 2008, un «Kiwi light» a été instauré. Le but était de réduire les dépenses publiques de santé et de promouvoir les médicaments génériques. Il concernait uniquement les médicaments anticholestérol (les statines). Plus d’un million de patients en Belgique en consomment quotidiennement, mais près de la moitié d’entre eux optent pour les marques les plus

chères. Alors que ce n’est médicalement pas nécessaire pour la plupart d’entre eux. Le succès de cette procédure est donc tout relatif.

APPELS D’OFFRES PERVERS

Devrait-on dès lors opter, comme aux Pays-Bas, pour un modèle Kiwi plus large et ne rembourser que le médicament le moins cher ? Du côté de Febelgen, la Fédération des producteurs belges de médicaments génériques, on n’y est pas favorable. «Aux Pays-Bas, le modèle est effrayant. Le modèle Kiwi existe en différentes versions, mais comme il est appliqué chez nos voisins, c’est un dumping organisé. Les prix du marché sont inférieurs aux prix de production. C’est la panique parmi les industries génériques. Plusieurs ont dû mettre la clé sous le paillason», explique Joris Van Assche, adminis-

Le contexte belge pas favorable au “Kiwi”

VIOLAINE JADOUL

► trateur délégué chez Febelgen. Cet avis est partagé par le cabinet de Madame Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique : «*On n'est pas dans la même situation qu'aux Pays-Bas. Là, ils ont fait des économies en réduisant les marges des pharmaciens de 60%. En Belgique, on n'a pas ces marges*», précise Anne Hendrickx, conseillère médicaments au cabinet Onkelinx.

«*En tant que secteur, nous sommes prêts à prendre nos responsabilités dans ces temps difficiles au niveau économique, mais pas à n'importe quel prix*», déclare Joris Van Assche. La Fédération des «généralistes» belges a proposé de négocier les prix directement avec le gouvernement et l'Inami (l'assurance-maladie). Febelgen envisage des prix jusqu'à 80% inférieurs à ceux des originaux. Les opposants disent que la Fédération entend ainsi éviter de se faire imposer un modèle Kiwi plus large. D'autres déclarent que la baisse de 80% des prix montre que des marges plus importantes existent et qu'elles doivent profiter aux patients et à l'assurance-maladie.

Au cabinet de la ministre Onkelinx, on met en garde contre les effets pervers des appels d'offres : «*Un petit fabricant pourrait avoir envie de casser ses prix parce qu'il a des stocks à écouler. Mais, une fois le stock écoulé, est-il capable de répondre à nouveau à un appel d'offres ? Est-ce que ceux qui n'ont pas remporté l'appel d'offres peuvent écouler leurs stocks ? Nous devons voir comment obtenir des prix très bas lorsque les marges existent. Mais nous pensons que cela est possible avec plusieurs acteurs à la fois*».

INCITANTS FINANCIERS POUR LES MÉDECINS

Pour obtenir des baisses de prix, il faut augmenter le volume des génériques sur le marché. Or, en Belgique, leur consommation est encore faible. Si on se base sur le chiffre d'affaires, 9 à 10% des médicaments

vendus dans les pharmacies en Belgique sont des génériques. En milieu hospitalier, ils représentent moins de 2% des médicaments utilisés.

Faut-il davantage sensibiliser les médecins et les patients ? Joris Van Assche pense que c'est surtout du côté des médecins qu'il faut travailler. «*Les études montrent que ce sont moins les patients que les médecins qui ont des questions relatives à la qualité des génériques. Ces doutes sont notamment distillés par les sociétés de médicaments de marque, comme cela a été mis en exergue par un rapport de la Commission européenne*», déplore Joris Van Assche. «*Le marché belge est essentiellement un marché de prescription. Le travail doit donc se faire à ce niveau-là*», poursuit-il.

Un accord médico-mutualiste conclu en 2009 prévoit que pour cinq classes de médicaments, les médecins doivent prescrire le moins cher dans 80% des cas à l'entame d'un traitement. Sans distinction entre génériques ou originaux. Ensuite, si le médicament prescrit ne convient pas, il peut être remplacé par un autre plus cher.

Un autre moyen possible de promouvoir les génériques est d'inciter financièrement les médecins qui en prescrivent. «*A priori, on n'est pas contre. En Allemagne, les expériences sont positives. Mais ça doit se faire paisiblement. Il ne faut pas forcer les médecins. S'ils estiment que c'est éthique d'être rémunéré pour ce travail qui nécessite de s'informer, de réfléchir au meilleur médicament... alors, on peut l'envisager*», déclare la conseillère médicament de la ministre Onkelinx.

Chez Febelgen, on insiste aussi sur la manière de mettre les incitants en place : «*Il faut le faire dans un cadre déontologiquement acceptable. Mais ça devrait fonctionner par là. Les médecins sont partisans*». ■



Les inventeurs de maladie

Avides d'augmenter leurs bénéfices, les industriels du secteur médico-pharmaceutique usent de toutes les ficelles pour vendre leurs produits.

Pour eux, «les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent».

JÉRÉMIE DETOBER

journaliste

L'alchimiste dans son atelier © Chemical Heritage Foundation

Votre tension artérielle est trop élevée ? Vous avez trop de mauvais cholestérol ? L'ostéoporose vous guette ? L'un de vos enfants est atteint du trouble de l'hyperactivité (TDAH) ? Vous souffrez d'une «dysfonction sexuelle» (impuissance ou frigidité) ?... Vous ou votre entourage êtes donc malade ! Vous avalez donc des bêtabloquants ; vous êtes peut-être bien un adepte du Bécel ou du Tahor ; votre ado s'abreuve sans doute de ritaline ; vos pilules bleues sont soigneusement rangées dans le tiroir de votre table de nuit... Car qui dit maladie dit, évidemment, médicament ! Mais au fait, êtes-vous vraiment malade ?

A lire la brillante analyse¹, truffée de références et d'une approche didactique exemplaire, du journaliste et écrivain scientifique allemand, Jörg Blech, il y a de quoi sérieusement en douter, et c'est peu dire... Ce biologiste de formation n'y va pas par quatre chemins et annonce d'emblée la couleur : «*De nos jours, des maladies sont inventées par les laboratoires pharmaceutiques et les*

groupes d'intérêts de la sphère médicale – et la maladie devient un véritable produit industriel». Il ajoute : «*Des processus normaux de l'existence sont en outre travestis en problèmes médicaux, par l'action d'entreprises et d'association qui médicalisent la vie*».

Ainsi, pour arriver à leur but (= vendre leurs produits), les lobbies des médicaments utilisent-ils différents modèles «magiques» : de simples risques sont présentés comme des maladies (ex. l'ostéoporose), des symptômes rares comme des épidémies de grande ampleur (la «dysfonction érectile»), des symptômes anodins comme les signes avant-coureurs de maladies graves (Le «syndrome du colon irritable»)...

LA SAGA DE L'OSTÉOPOROSE

Avec l'âge, toute personne perd de sa substance osseuse, un processus totalement naturel qui, dans la majorité des cas, n'est pas physiquement dérangeant. Jusque dans les années 1980, l'ostéoporose était définie comme la détérioration des os allant jusqu'à une fracture. Un problème touchant une infime partie de

la population...

À partir de 1982, tout se bouscule. D'abord, un producteur d'oestrogènes (campagne de marketing aidant) arrive à faire croire au grand public que l'ostéoporose est dangereuse... pour les femmes ménopausées ! Ensuite, la maladie est redéfinie. Sous la pression du complexe médico-industriel, l'Organisation mondiale de la santé indique que la simple «*diminution progressive de la masse osseuse liée à l'âge*» peut déjà être entendue comme un cas d'ostéoporose. Avec cette décision, du jour au lendemain, des millions de femmes âgées tombent «malades» et commencent à ingurgiter des doses de calcium et autres médicaments... de l'industrie.

Selon Blech, médecins, associations de patients, médias... sont quelques-uns des rouages essentiels à la bonne marche du système. Tous en prennent ici pour leur grade. Les premiers, par leur promiscuité avec les entreprises pharmaceutiques, peuvent être influençables dans leur choix de traitement pour leurs patients ; l'industrie propose aux seconds, pas toujours bien informés,

des séminaires pour leur apprendre à faire la promotion de telle ou telle maladie soi-disant grave ; enfin, les derniers, invités à de somptueux congrès ou autres banquets «médicaux», aux frais de leur hôte, peuvent aller jusqu'à reproduire des résultats d'études... dictés par l'industrie – en passant au bleu des liens financiers existant entre experts et fabricants de produits pharmaceutiques.

Le tout pour la bonne cause puisqu'il faut, comme l'affirme Blech, «*faire de tous les habitants de la planète des malades potentiels, dépendant de leurs produits pour tromper leur angoisse de vivre*».

Il nous est donc prescrit de désormais vivre avec ce dicton médical en tête : une personne en bonne santé est une personne qui a été mal examinée. ■

¹ Jörg Blech, *Les inventeurs de maladies*, Actes Sud, 2005 (et en poche chez Babel). Du même auteur, *Ces traitements dont il faut se méfier*, Actes Sud, 2007. Sur les manœuvres des industries pharmaceutiques, voir, entre autres, Ph. Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique* (La Découverte, 2002) et Chr. Lehman, *Patients si vous saviez...* (Laffont, 2003).

Sans papiers, impossible de se faire soigner

Le droit d'accès aux soins de santé pour les migrants sans-papiers, notamment africains, est très peu respecté en Europe. C'est ce que met en lumière une récente enquête menée par Médecins du Monde dans onze pays de ce continent.

Les plus marginalisés : les femmes enceintes et les enfants.

SEYDOU SARR

InfoSud — Syfia

Deux ans après la publication de son premier rapport sur la santé des migrants, Médecins du Monde (MDM) a présenté fin septembre une enquête inédite, portant sur des témoignages de près de 1 220 sans-papiers vivant dans 11 pays européens. Ce document fournit un éclairage sur l'accès à un traitement médical de populations mal connues, pauvres et parmi les plus discriminées.

MDM s'est particulièrement intéressé à la situation des femmes enceintes et des enfants, qui figurent parmi les plus vulnérables. Parmi les facteurs qui affectent le développement et la santé des enfants, les enquêteurs citent les déménagements à la suite d'expulsions et les hébergements temporaires qui occasionnent des ruptures dans le suivi médical des familles.

Pour les femmes enceintes, le Dr Michel Degueldre de MDM Belgique souligne «*l'absence de suivi de grossesse adapté*». Comme G., une Camerounaise vivant en France, dont le témoignage est repris dans le rapport : «*Sans autorisation de séjour, elle n'avait pas de suivi médical et vi-*

vait dans des arrière-boutiques, des squats, parfois en foyer avec sa première fille. Son bébé est né en 2008». F., Ougandaise vivant au Royaume-Uni, n'a pas eu plus de chance :

«*À cinq mois de grossesse, je me sentais mal et je me suis rendue chez un médecin généraliste. Son cabinet a refusé de m'enregistrer, faute de papiers. À l'hôpital, je devais payer 2 800 , que je n'avais pas. En guise de réponse, on m'a demandé d'aller accoucher chez moi*».

Selon le Dr Degueldre «*pour plus de la moitié de ces femmes enceintes, l'absence de suivi, les accouchements en urgence et les départs précipités de la maternité, de peur d'être arrêtées, constituent un risque pour elles et leur enfant*». Et le médecin de rappeler la Convention internationale des droits de l'enfant qui stipule que «*les États prennent des mesures pour assurer les soins pré et postnatals des mères*».

DISPARITÉS LÉGISLATIVES

Il n'y a pas que les femmes enceintes et les enfants qui rencontrent des obstacles dans leur parcours de santé. Selon les conclusions du rapport, «*au moment de l'enquête, 80% des sans-papiers rencontrés ne béné-*

ficiaient d'aucune prise en charge financière lors de leur dernière maladie, du fait de lois restrictives, du manque d'informations, de contraintes administratives voire de pratiques discriminatoires». Parmi les obstacles à un suivi médical adapté, le Dr Teresa Gonzalez, de MDM Espagne, cite la complexité des systèmes de santé, le coût élevé des prestations, la peur des arrestations, le refus de soins de la part de certains prestataires et le racisme dans la vie courante.

L'accès aux soins pour les migrants varie selon les pays. En Belgique, en Espagne, en France, en Italie, aux Pays-Bas et au Portugal, des lois prévoient la prise en charge de tout ou partie des traitements. Mais, dans le cas de la Belgique, «*les contraintes administratives labyrinthiques*», selon les termes du Dr Gonzalez, conduisent bien souvent au recours tardif ou au renoncement à bénéficier de ce droit.

Ainsi, selon le Dr Olivier Bernard de MDM France, 72% des personnes ne sont pas ou sont peu suivies médicalement et 45% pas du tout. Résultat : «*1/3 des personnes interrogées se trouve dans un mauvais état de santé*», explique encore le Dr Ber-

nard. Et plus de 30% des médecins interrogés diagnostiquent des pathologies chroniques (troubles du système digestif, diabète, hypertension artérielle, dépression, troubles neurologiques).

ALERTER LES INSTITUTIONS EUROPÉENNES

D'après les témoignages recueillis auprès des professionnels de santé, les conditions de vie et de travail des sans-papiers interrogés sont pathogènes. «*Logements insalubres, précaires et surpeuplés, travail de nuit et dans de mauvaises conditions mettent en danger la santé*», lit-on dans le rapport. À l'image de M., un Malien rencontré par MDM, dont les enfants sont atteints de saturnisme, une intoxication au plomb due à l'insalubrité du logement qu'ils occupent en banlieue parisienne.

MDM plaide pour un accès égal à la prévention et aux soins pour toutes les personnes vivant en Europe et demande que la question soit prise en compte par les institutions européennes, le Parlement, mais aussi les États membres. Selon le Réseau européen pour un accès aux soins non discriminatoire pour les sans-papiers et les demandeurs d'asile (HUMA) qui vient de réaliser une étude comparative détaillée dans dix États membres de l'UE, «*la santé ne doit pas être considérée comme un élément de contrôle de l'immigration*». Pour MDM et HUMA, l'accès aux soins ne doit en effet pas avoir pour objectif de décourager ni l'entrée, ni le séjour de nouveaux migrants. ■

Rapports téléchargeables sur <http://www.medecinsdumonde.be/> et <http://www.huma-network.org/>

SOLIDARITÉ
SOCIALISTE

Solidarité socialiste

est une organisation non gouvernementale (ONG) de coopération au développement.

Solidarité socialiste et les organisations avec lesquelles elle collabore luttent pour une répartition plus juste des pouvoirs et une distribution plus équitable des richesses produites.

Ensemble, elles contribuent à (re)créer et renforcer des solidarités, à combattre l'exclusion et les inégalités.

Voilà le sens de l'action de **Solidarité socialiste** avec trente-neuf partenaires dans douze pays, en Amérique latine, en Afrique et au Proche-Orient.

Mais aussi en Belgique, où **Solidarité socialiste** informe et forme la population de Bruxelles et de Wallonie aux enjeux des relations internationales, à travers notamment des partenariats avec la FGTB, les FPS et les Mutualités socialistes.

Elle est membre de plusieurs réseaux d'associations, belges et internationaux, actifs sur les thématiques du développement et de la solidarité internationale (CNCD, Acodev, ABP, Monde selon les femmes, Concord, Solidar, ODHACO, Cifca, Eurac).

Solidarité socialiste et ses partenaires constituent un collectif d'une quarantaine d'organisations qui se consacrent à la mise sur pied et au renforcement de réseaux d'associations en milieu populaire. Celles-ci mettent en œuvre des initiatives de développement décidées par les personnes concernées. Toutes les actions menées visent à permettre ou améliorer l'accès des populations exclues aux droits sociaux : droit à la santé, droit à la sécurité et à la souveraineté alimentaires, droit à une vie digne et à un travail décent ; elles ont aussi pour objectif l'approfondissement de la démocratie et la défense des droits humains.

Solidarité socialiste est agréée par la Coopération fédérale belge. Elle fonctionne sur base d'un cofinancement public (DGCD, CGRI/DRI, UE) et est soutenue par des donateurs privés et institutionnels, notamment les Mutualités socialistes, P&V, Fonsoc et les groupes parlementaires socialistes du Sénat, du Parlement bruxellois, de la Communauté française et de la Région wallonne.

Elle édite un bimestriel d'information sur ses activités, Alter égaux, et une lettre électronique mensuelle, Le Croco (<http://croco.solsoc.be>). ■

Solidarité socialiste – FCD asbl
Rue Coenraets 68 - 1060 Bruxelles
Tél : +32(0)2 505 40 70
Fax : +32 (0)2 512.88.16
www.solsoc.be

Décloisonner l'accès aux soins de santé

Bien que le système de santé de la Belgique soit performant, les personnes en situation de précarité n'ont pas accès aux soins de santé primaires.

Pour répondre à la demande de ces personnes exclues des structures traditionnelles, Médecins du Monde Belgique a repris en avril 2008, le programme de soins mis en place il y a une quinzaine d'années par Médecins sans frontières.

SEYDOU SARR

InfoSud

Petite mendiante au ras du sol © finsiddiqui

Rue d'Artois au centre de Bruxelles, à quelques minutes du siège de Médecins du monde (MDM) Belgique. Dans la grisaille matinale, une file se forme devant un grand portail qui indique que c'est le Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) où MDM accueille les personnes exclues des soins de santé. Plusieurs nationalités se côtoient, hommes et femmes. «*Les trois quarts de nos patients sont sans papiers, parmi lesquels des Palestiniens, des Irakiens, des personnes originaires du Maghreb, d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine, d'Asie mais aussi de nouveaux Européens qui ont légalement le droit de séjourner en Belgique mais ne sont pas en ordre de mutuelles. Sans oublier les Belges sans abri ou les Français, Allemands ou Espagnols en séjour temporaire en Belgique et qui ne remplis-*

sent pas les conditions pour bénéficier de l'aide médicale urgente» explique Frank Vanbiervliet, responsable des missions de MDM. Qui ajoute que 90 à 95% des personnes en séjour légal ou non en Belgique, ont accès aux soins de santé mais ne le savent pas.

PARCOURS DU COMBATTANT

Pour bénéficier légalement de soins adaptés, un sans-papiers doit surmonter une série d'obstacles : méconnaissance de ses droits, complexité des démarches administratives, longs délais d'obtention de l'aide médicale d'urgence (AMU), barrières linguistiques et culturelles...

«*En général, pour toutes les catégories de patients, les démarches sont extrêmement complexes et peuvent différer d'une commune à l'autre. Les prestataires de soins eux-mêmes ne s'y retrouvent pas, entre l'AMU pour les sans-papiers et le réquisitoire pré-*

vu pour les demandeurs d'asile en situation d'attente», précise notre interlocuteur. Sur le principe, un demandeur d'asile hébergé en centre ouvert, dans une structure d'accueil individuelle ou à l'hôtel, bénéficie d'un accompagnement médical, social et juridique tout au long de son parcours. Mais dans le quotidien, la nature et la durée du séjour en Belgique font que le demandeur peut difficilement naviguer dans le circuit administratif belge sans l'aide d'une structure d'orientation. Selon l'exemple de Franck Vanbiervliet, avant de bénéficier d'un traitement médical, un demandeur d'asile doit disposer d'un télécopieur à son lieu d'hébergement, envoyer une demande de réquisitoire au service compétent, en précisant le nom du médecin, la date et l'heure de son rendez-vous. Après examen de sa demande, il reçoit un document à présenter à la consultation. Médecin et patient

doivent ensuite envoyer la preuve de la prestation pour le remboursement qui intervient bien plus tard, parfois jusqu'à six mois. La procédure est identique en ce qui concerne la prescription de médicaments. À cause de ces contraintes administratives et des longs délais, de nombreux prestataires de soins hésitent à accepter des patients sans couverture médicale simple. «*Nous intervenons pour réduire au minimum les délais d'attente. C'est dans cette optique que nous avons créé des équipes mobiles qui vont vers les demandeurs, dans leurs lieux d'hébergement, pour mieux les informer et les orienter. Pour les cas par exemple de femmes enceintes qui n'ont pas eu de suivi de grossesse jusqu'à trois mois ou plus, il ne faut pas attendre*», précise F. Vanbiervliet.

ACCUMULATION DES RISQUES

Le centre d'accueil, de soins et d'orientation comprendra trois pôles. Un pôle médical qui octroie une consultation gratuite de première ligne aux personnes exclues des soins. Un pôle social qui informe, oriente et accompagne le patient dans son parcours médical et administratif. Le troisième pôle intervient dans la prise en charge de la détresse psychologique afin de limiter les risques liés aux troubles psychiatriques. Les moyens sont limités et la tâche, immense reconnaît F. Vanbiervliet, pour faire face à une demande grandissante, surtout pour le personnel bénévole qui doit affronter et gérer à l'accueil, souvent avec angoisse, les bousculades, l'énervement et toute la détresse des visiteurs. Il estime que la précarité ne doit pas être perçue uniquement sous l'angle d'un dossier administratif à mettre à jour. «*On devient vulnérable quand on accumule les risques. Nous rencontrons des personnes qui ont subi des traumatismes suite à des guerres dans leurs pays d'origine, qui présentent donc des troubles psychiques, qui se retrouvent en Belgique sans papiers, sans travail, dans des logements provisoires, souvent sans connaître ni la langue ni la culture, autant de facteurs qui augmentent la pression psychologique. Et c'est encore plus difficile pour les femmes*», souligne F. Vanbiervliet. Dans de nombreux cas relevant de la santé mentale, les troubles sont liés à la fois à la situation administrative et juridique, au statut social et à l'état de santé en général, souligne notre interlocuteur. Il cite le cas d'un patient ballotté entre un centre social et une unité psychiatrique qui n'arrivaient pas à s'accorder sur les causes ou les effets de la maladie. Cas social ou malade psychiatrique ? Personne n'a voulu le prendre en charge.

POUR UNE PROCÉDURE SIMPLIFIÉE

Le Caso déplore le manque d'interaction entre les différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. «*Il faut que le médecin se mette au même niveau que l'assistante sociale, que le psychologue et le juriste puissent s'accorder sur les mesures à envisager*» explique F. Vanbiervliet. C'est donc une approche pluridisciplinaire que le Caso souhaite pour améliorer l'accès aux soins de santé et répondre plus promptement et plus efficacement à la demande d'une population vulnérable.

Pour rendre l'action des intervenants plus efficace, notre interlocuteur compte sur le soutien du public, qui passe par une meilleure information. «*Au niveau du grand public, on constate beaucoup d'indifférence, même dans la compréhension des termes. Sans-papiers ou demandeur d'asile, c'est la même chose. Il s'agit toujours d'un étranger en situation illégale. Si on avait le grand public de notre côté, je suis sûr que les choses bougeraient beaucoup plus vite.*» En ajoutant que les médias se focalisent sur les aspects sensationnels et spectaculaires.

Au niveau des décideurs politiques, «*il y a très peu de volonté de faire bouger les choses*», note F. Vanbiervliet, qui estime que les revendications sont relativement simples, par exemple la mise en place d'un système unique pour les sans-papiers, les sans-abris et les demandeurs d'asile. Il reste convaincu que la simplification de toutes des procédures est possible. Car pour financer toutes ces demandes, c'est le Service public fédéral Intégration sociale qui tient les cordons de la bourse. ■

◆ RD CONGO

Quand les ONG freinent l'essor des mutuelles

À Rutshuru, à l'est de la RDC, la gratuité des soins dispensés par les organisations non gouvernementales met en péril les mutuelles de santé, en plein développement avant la guerre et les conflits de ces dernières décennies. Certains adhérents profitent de l'aubaine et cessent de payer des cotisations. D'autres, plus lucides, s'inquiètent pour l'avenir, quand les ONG auront terminé leur mission.

EVARISTE MAHAMBA

InfoSud - Syfia Grands Lacs

© mknobil

Depuis la fin des hostilités à Rutshuru au début de cette année, les mutuelles de santé fonctionnent au ralenti. Les affiliés ne se bousculent plus, ni pour se mettre en ordre de cotisation, ni pour se faire rembourser des prestations. Certains ont même commencé à se retirer. La raison : ils ont de moins en moins besoin des services de la mutuelle de santé, car ils bénéficient gratuitement des soins octroyés par différentes ONG actives sur le terrain depuis 2007. *«Je ne vois plus l'intérêt de payer la cotisation, alors qu'avec l'ONG Médecins sans frontières (MSF France), les consultations médicales et les médicaments sont dispensés gratuitement. Mieux, après guérison, nous rentrons chez nous avec des vivres»*, témoigne madame Adileda, ancienne adhérente de la Mutuelle de santé de Rutshuru Musaru, qui ajoute qu'elle ne sera plus membre, même si la mutuelle reprend ses activités normales. M. Katé, qui est toujours membre de la Musaru a quant à lui *«du mal actuellement, à supporter le coût de la cotisation»* d'autant plus que son champ n'a rien produit pour cette saison culturale. Selon M. Kasongo, président de la Mutuelle de santé de Rutshuru Musaru, *«les populations vivent principalement des produits des champs mais à cause de la guerre et de la sécheresse qui sévit dans la région, il n'y a plus beaucoup de sources de revenus. La présence de fractions armées encore présentes dans la zone renforce les difficultés d'accès aux soins de santé»*.

ONG : SOLUTION OU FREIN ?

Bien que ce soit bénéfique pour les populations, la gratuité des soins n'est pas

bien accueillie par certaines personnes qui voient les choses à long terme et nourrissent des inquiétudes quant au développement des mutuelles de santé dans le territoire. Et sur la capacité des populations à se prendre en charge après le départ des organisations internationales. Une inquiétude que partage madame Alfajir, membre d'une mutuelle de santé, qui reconnaît l'importance des organisations humanitaires dans les situations de crise, mais estime *«que ces organisations interviennent dans l'urgence et n'ont donc pas le temps de mettre en place des structures permettant aux populations de se prendre en charge. Ces interventions seraient plus bénéfiques si elles étaient inscrites dans la durée, comme c'est le cas dans d'autres secteurs du développement, comme l'agriculture»*.

La plupart des personnes interrogées admettent qu'en situation de guerre, les Ongs sont les seuls moyens pour intervenir auprès des populations en détresse. Dans le conflit à Rutshuru, il n'y a pas d'autre moyen que d'agir dans l'urgence, confie un volontaire d'une organisation humanitaire.

RETRAIT DE MEMBRES

Certaines ONG reconnaissent l'importance des mutuelles et se disent même prêtes à soutenir la mise en place de structures de santé durables. À la fin de cette année, quand ces structures commenceront à fonctionner, un tarif sera fixé pour l'accès aux soins. Et le montant sera faible, afin de permettre aux personnes à faible revenu de payer leur adhésion. Une manière de relancer les activités des mutuelles de santé en perte de vitesse, selon les révélations d'un agent d'une ONG qui souhaite garder l'anonymat.

Une opération qui semble utile, même si certains adhérents ne perçoivent pas le principe de solidarité qui est à la base de la mutualité et estiment payer pour des tiers quand eux-mêmes ne tombent pas malades. *«J'ai payé la totalité des cotisations et aucun membre de ma famille n'a été malade durant l'année. Étant donné que je n'en tire aucun bénéfice, j'estime qu'il est inutile de continuer à payer»* avoue un habitant de Kiwanja qui menace de quitter la Musaru dont il est membre. La Musaru qui, avant la guerre entre le Congrès national pour la défense du peuple (CNDP) de Laurent Nkunda et les forces gouvernementales, comptait plus de cent membres.

MUTUELLES TRÈS UTILES

L'idée d'une mutuelle de santé a pris forme en 2006 au centre de santé de Mampendo à Kiwanja, à partir d'une sensibilisation au sein des églises, avant d'atteindre l'ensemble de la population. Avec une cotisation d'adhésion fixée à 11\$ par famille, les deux parents et jusqu'à quatre enfants âgés de moins de 18 ans bénéficient de la gratuité des soins de santé. À la grande satisfaction de ceux qui sont encore convaincus de l'importance d'une telle initiative. Comme Micheline Kavuo, membre de la Musaru qui témoigne : *«mon enfant est tombé malade et il fallait une intervention chirurgicale. C'est la mutuelle qui a pris en charge son transfert à l'hôpital et payé 70\$ pour son admission. Une somme que je n'avais pas»*. D'autres bénéficiaires se disent satisfaits, comme la famille Mulayo de Kiwanja qui, depuis son adhésion, n'éprouve plus de difficultés pour ce qui est l'accès aux soins de santé. ■

◆ RWANDA

L'assurance maladie obligatoire pour tous

Adhérer à une mutuelle de santé est aujourd'hui une obligation pour tous les Rwandais. Cette mesure, qui découle d'une loi promulguée en avril 2008, est une des priorités des pouvoirs publics qui souhaitent que chaque citoyen rwandais soit couvert par une assurance maladie. De nombreux districts, comme celui de Huye, infligent des sanctions à ceux qui ne peuvent pas présenter leur carte. Ils sont encore nombreux.

FULGENCE NIYONAGIZE

InfoSud - Syfia Grands Lacs

“Bienvenue dans le district d'Huye, avant de demander n'importe quel service, montrez d'abord la carte d'adhésion à l'assistance médicale». C'est par ces mots que sont accueillis ceux qui arrivent dans ce district de la province du sud du Rwanda. Cette obligation a été décidée en janvier dernier. Elle rentre dans le cadre des contrats de performance signés entre les autorités locales et le président de la République qui tient à ce que toute la population rwandaise soit couverte par une assurance médicale. *«Adhérer à la mutuelle est une obligation et quiconque ne le fait pas doit être sanctionné»*, a répété récemment le gouverneur.

À Huye, ce sont, en premier lieu, les autorités du district au niveau de base qui ont été obligées de s'inscrire à une mutuelle : mutuelle de santé, la Rwandaise d'assurance maladie (assurance des agents de l'État) ou l'Assurance médicale militaire (MMI). Pour montrer l'exemple, explique Françoise Mukabugabo, chargée des mutuelles de santé dans ce district.

MARCHÉS INTERDITS SANS CARTE

Pour contraindre les gens à s'assurer, les autorités ont pris des mesures fortes : tous ceux qui ont besoin de l'administration doivent présenter leur carte d'adhésion aux agents de la défense locale, interdiction d'entrer au marché sans carte, contrôle dans les grandes assemblées... Parfois celui qui contrôle est accompagné d'une personne chargée de récupérer les cotisations et lorsqu'on attrape un vendeur

ou un acheteur qui a des produits valant plus de 1 000 francs rwandais (2 dollars), ils doivent les vendre pour payer sur-le-champ leur cotisation. Mille francs est le montant de l'adhésion par personne dans tout le pays. Que ce soit à Huye et Muhanga, au sud, ou à Musanze, au nord du pays, les marchés sont fermés à ceux qui ne sont pas en règle. Se créent à côté des «marchés-marathon» appelés ainsi à cause des courses poursuites entre les agents de la défense locale et les vendeurs. Dans le secteur Ruhashya, au sud, le secrétaire exécutif a même ordonné de vérifier l'adhésion de tous les chrétiens qui viennent à la messe. À Gishamvu, les autorités ont recouru aux banques populaires pour accorder des crédits pour la cotisation afin d'augmenter le taux d'adhésion.

Selon Faustin Twagiramungu, médecin du district sanitaire de Kamonyi, au sud, certains ne veulent pas cotiser parce qu'ils estiment *«qu'ils perdraient leur argent s'ils ne tombent pas malades au cours de l'année»* et que leur cotisation profite alors à d'autres. D'autres, les abakungu (ceux qui tirent profit de l'agriculture) ne le font pas parce qu'ils peuvent se faire soigner sans problèmes s'ils sont malades de temps en temps. Aujourd'hui, les nouvelles adhésions sont surtout motivées par la peur des sanctions.

DE NOMBREUX INDIGENTS

Selon Françoise Mukabugabo, le taux d'adhésion à la mutuelle de santé a été plus faible en 2007 qu'en 2006 (57,6% contre 61%). En mars de cette année, à la suite des mesures prises, ce taux

était déjà de 64,4%. *«Mais il faut arriver à 70% au moins»* poursuit-elle. De nombreuses personnes n'ont donc toujours pas de couverture médicale. On le constate au vu des files de gens qui attendent devant les bureaux des secteurs pour demander de l'aide aux services sociaux. Le ministère de la Santé prend en charge les personnes indigentes qui n'ont pas d'assistance. Mais de moins en moins chaque année (de 25 000 en 2006, elles ne seront plus que 21 000 en 2008), le gouvernement se basant pour ses prévisions sur un plus grand nombre d'adhérents aux mutuelles. De même, les services sociaux des districts de santé prennent en charge les indigents attestés comme tels par les autorités de base : ceux qui n'ont pas de terres, sans emploi, sans bétail... D'autre part, certaines personnes sans mutuelle restent coincées dans les hôpitaux quand elles ne peuvent payer les frais. Speciose vient de passer plus de trois semaines à l'hôpital Kabutare. Elle devait payer plus de 60 000 francs rwandais (110 dollars) pour sortir. Sa famille a dû vendre un champ pour payer cette somme qui s'accroissait chaque jour.

La détermination du ministère de la Santé est donc plus ferme que jamais : il a exigé que toutes les cotisations de cette année soient payées d'ici mai et que dès juillet commence le paiement de celles de 2009. Le 22 avril, le ministre Jean Damascène Ntawuriryayo a précisé qu'une loi vient de sortir qui fait de l'adhésion à la mutuelle de santé une obligation pour tout Rwandais d'ici 2009. ■

◆ BÉNIN

Prévenir, avant de soigner

Dans certains métiers, comme les taxis-motos, nombreux en Afrique, travail et santé sont intimement liés. Logiquement, les syndicats investissent dès lors dans la création de mutuelles de santé pour leurs affiliés. Mais ils insistent aussi sur la prévention. La santé commence bien en amont des soins...

ANDRÉ LINARD

InfoSud

La première fois, on ne se sent pas très à l'aise. Est-ce dangereux ? Comment le type va-t-il conduire ? À la différence des autochtones, on s'accroche des deux mains, on appréhende les trous de la route et les virages, on essaye de se détendre en conversant avec le chauffeur. Si cela se passe bien, on s'adapte, on y regoûte, et finalement on s'y fait. Faut dire que les taxis-motos, dans les villes africaines, c'est rapide et pas cher. Là-bas, on les appelle *zémidjans*, ou *zems*, ce qui signifie à peu près *em-mène-moi vite*.

Au Bénin, dans la capitale, Cotonou, Blandine, dans son beau tee-shirt jaune, fut la première femme à exercer ce métier très répandu, mais longtemps réservé aux hommes. Mais en 2002, Blandine a été victime d'un accident et d'une fracture de la jambe. Pour cette mère de famille qui avait alors seule la charge de six enfants, cette interruption de travail – et donc de revenus – fut une catastrophe. Heureusement, les syndicats de *zems* ont mis sur pied des méthodes destinées d'une part à prévenir les accidents, et de l'autre à financer les soins de santé.

D'ABORD RÉDUIRE LES RISQUES

Plusieurs facteurs rendent en effet ce métier extrêmement pénible : longues heures de prestation, salaires médiocres, absence de protection sociale, harcèlement des agents de la circulation et pression des clients. Sans parler des agressions et des accidents de circulation, dus au fait que peu de conducteurs connaissent et respectent le Code de la route. «*Beaucoup de conducteurs sont des gens qui arrivent du village à la recherche d'un emploi, et deviennent zémidjans en dernier recours*»,

nous expliquait dès 2003 Bonaventure Ahitcheme, alors secrétaire général du Syndicat national de promotion des chauffeurs de *zemidjan* (Synaprozeb). Aujourd'hui, sur un échantillon de 200 conducteurs, 23 seulement avaient un permis de conduire, dont 7 dans la catégorie A, spécifique aux taxis-motos. Ces conditions de travail déplorables mettent en danger la sécurité et la santé non seulement des conducteurs, mais aussi de leurs clients.

Les premières actions ont porté sur la prévention. Voici plus de dix ans, la mairie de Cotonou avait tenté de réagir en réglementant le métier, entre autres par le port obligatoire du casque pour les clients et le conducteur, l'exigence d'un permis pour conduire, l'interdiction de transporter plus d'un passager, une cotisation de 1000 francs (1,5 euro) par mois, plus une assurance, plus des exigences techniques (des rétroviseurs, des clignotants), plus le port de la tenue jaune. Les taxis-motos ont, à l'époque, refusé ces contraintes. Pas par mauvaise volonté, affirme Bonaventure Ahitcheme, mais parce qu'il s'agissait là de coûts supplémentaires imposés aux conducteurs, sans aucune aide de l'État. Il n'empêche, ajoutait-il, cette opposition a débouché sur un renforcement de la syndicalisation, parce que «*c'est quand ils ont eux-mêmes un problème avec les autorités les gens comprennent qu'il est utile de se syndiquer. Nous avons pu négocier avec les autorités pour que la taxe soit ramenée à 600 Fcfa par mois*». La non plus rien a changé, ou presque. «*Près de 95% des conducteurs ne portent pas de casque*», explique Aboubakar Koto-Yerima, coordonnateur du Programme d'appui aux mutuelles de santé d'Afrique.

Les différents syndicats du secteur ont cherché alors une autre voie pour

aboutir aux mêmes mesures de sécurité : la formation. L'Unacotamo (Union nationale des conducteurs de taxis-motos), qui dit en regrouper plus de 4 000, organise des formations dans lesquelles elle met l'accent sur une série de conditions d'accès à la profession, telles que l'exigence du permis de conduire et du port du casque et le projet de création d'une moto-école. C'est aussi suite à une initiative syndicale que les conducteurs portent désormais des tee-shirts jaunes.

ENSUITE SOIGNER À MOINDRE COÛT

Mais la prévention ne suffit pas toujours. Des accidents surviennent, des maladies apparaissent, dont beaucoup sont provoquées par la pollution. Cotonou est une des villes les plus polluées dans la région, ce qui entraîne beaucoup de dégâts humains et environnementaux. L'air est pollué par des contaminants (le plomb notamment...) présents dans le carburant. Près de 85% des taxis-motos consomment de l'essence frelatée, moins chère, achetée dans l'informel. Cette pollution provoque des toux, des rhinites, des cancers, la réduction du quotient intellectuel des enfants. Le dioxyde de carbone rend les gens nerveux.

Mais les soins de santé sont chers et dans le secteur informel, la sécurité sociale n'est pas organisée. L'État béninois a reçu des appuis de l'étranger pour créer une mutuelle dans ce secteur, mais, explique Bonaventure Ahitcheme, «*malgré les conditions favorables à une adhésion massive, les gens ont des difficultés à payer les 2 000 fcfa/mois de cotisation pour la couverture de quatre personnes d'une même famille. Les autorités devraient s'impliquer plus. La mutuelle prend en charge 100% du coût des médicaments et 10%*

des frais de consultations, ce qui laisse quand même beaucoup à charge des gens dans le secteur informel.»

Du côté de l'Unacotamo, un centre médical a été ouvert en 1998 à Calavi, à 30 km de Cotonou. Cette clinique coopérative est accessible 24h sur 24 grâce à un système de garde organisé par les trois médecins du Centre. Le paiement se fait à l'acte, mais une formule d'abonnement mutualiste est également proposée. La cotisation hebdomadaire ou la carte de fidélité annuelle donnent droit aux consultations gratuites et à une réduction du coût des soins. Le Centre de santé dispose également d'un dépôt pharmaceutique où sont vendus une centaine de médicaments génériques et essentiels. Puis, en 2000, une première mutuelle a été créée, qui a ensuite essaimé en mutuelles locales.

Malgré tous ces avantages, la syndicalisation dans l'informel ne va pas encore de soi. Selon Siméon Dossou, de la CSA (Confédération des syndicats autonomes du Bénin), «*les freins sont l'individualisme poussé, la pauvreté qui pousse à ne se préoccuper que de la survie à court terme, et aussi la mobilité d'un métier à l'autre*». Comment alors convaincre les gens de l'importance d'adhérer à la mutuelle et au syndicat ? C'est le pragmatisme, plus que les principes, qui sont déterminants : «*Personne ne peut plus dire qu'il a seul les moyens de subvenir à ses besoins en santé*», explique Aboubakar Koto-Yerima. *Bien sûr, celui qui n'est jamais malade ni accidenté va cotiser à perte. Mais les risques sont grands. Et en cas de problème, chacun est bien content de voir les cotisations des autres intervenir pour lui permettre d'être soigné.*» ■

◆ BURKINA FASO

La mutualité, un pas vers la protection sociale

Depuis une quinzaine d'années, en Afrique subsaharienne, les mutuelles de santé connaissent un réel essor, malgré un contexte économique mondial défavorable. Leur mission : garantir une protection sociale et un meilleur accès aux soins de santé pour des populations en majorité pauvres ou à faibles revenus. Les mutuelles de santé sont un maillon essentiel dans le changement social des pays du Sud.

ENTRETIEN AVEC LAMINE MARIKO

expert en micro assurance santé (Burkina Faso)

Selon vous, quelles sont les principales difficultés pour l'accès aux soins de santé en Afrique subsaharienne ?

Il y a à mon avis, trois grandes difficultés pour la mise en place de mutuelles de santé en Afrique. Premièrement, l'offre de santé n'est pas bien organisée, car le manque de moyens ne permet pas d'assurer une continuité dans l'offre de soins, sans parler du manque de personnel qualifié et d'un accueil de qualité. Deuxièmement, l'accès aux centres de santé. Le taux de fréquentation des districts de santé est très faible en Afrique. Au Mali, 0,24 contact par an, au Burkina Faso 0,34 et au Bénin 0,30. Enfin, l'accessibilité financière. Dans les zones urbaines, mais encore plus en milieu rural, les populations qui n'ont pas les moyens de se rendre dans les centres de santé ont développé d'autres alternatives, comme aller chez le guérisseur ou acheter des médicaments auprès des vendeurs de médicaments ambulants. Et d'une manière générale, le délai de recours aux centres de santé est allongé. En résumé, l'offre de soins n'est pas efficiente, la qualité fait défaut et la cherté décourage.

Qu'est-ce qui, à votre avis, devrait être fait pour lever ces difficultés ?

Depuis deux ans, on note quand même une nette avancée dans cette question d'offre de soins en termes d'infrastructures, parce qu'entre 2006 et 2008, on est passé d'un rayon moyen d'action de 15km à 7,5km, c'est-à-dire que la distance que doit parcourir en moyenne un habitant pour atteindre une formation sanitaire est réduite de moitié. Cela prouve justement qu'il y a un effort de la part des partenaires financiers pour rendre les soins accessibles. Malheureusement, l'objectif visé n'est pas totalement atteint parce que la proximité des centres de santé ne se traduit pas forcément par une augmentation du taux de fréquentation. Comme je l'ai expliqué, au Burkina Faso, le taux de fréquentation de ces districts sanitaires est de 0,34 contact par an, ce qui est très faible. L'accessibilité géographique étant résolue, qu'est-ce qui empêche les populations de se rendre au dispensaire ? Là, on en revient au problème de l'accessibilité financière. Cette question ne trouve de réponses que dans la mise en place de mécanismes de financements alternatifs des soins de santé. ►

► **Quels sont les mécanismes de financement des soins de santé qui existent en Afrique de l'Ouest ?**

La micro-assurance regroupe l'ensemble des mécanismes de financement des soins de santé, parmi lesquels les mutuelles de santé, les systèmes de prépaiements, mais aussi les caisses de solidarité, voire les couplages crédits/santé. La formule la mieux adaptée sera choisie en fonction de la réalité et des besoins spécifiques de populations bénéficiaires.

Sans rentrer dans une analyse profonde, j'estime que les mutuelles de santé, de par leurs caractéristiques, se rapprochent beaucoup plus des populations les plus démunies, en majorité rurales ou du secteur informel. Elles proposent des services qui sont à des coûts assez modérés et prennent en compte l'ensemble des besoins de santé des populations. Et elles ne font pas de discrimination en matière de prise en charge. Elles offrent en outre la possibilité de verser une cotisation modique, mais régulière, pour une prise en charge de tous les besoins. Les mutuelles de santé sont une innovation en matière de solidarité et il faut donc un accompagnement adéquat pour amener les populations à s'approprier le mécanisme.

Quels sont les obstacles à la mise en place et au développement des mutuelles de santé ?

J'en identifie deux. D'une part, la nouveauté du concept. Les mutualités en Afrique n'ont pas plus de 15 ans d'existence et c'est un concept qui n'est pas très bien connu de l'ensemble des acteurs du développement, et peut-être même au niveau de la gestion politique. Il y a une forme de résistance, si pas de l'ignorance de la question.

Le deuxième obstacle majeur, c'est l'exigence technique dans la gestion des mutuelles. La mise en route d'une mutuelle suppose un partenariat avec différents acteurs dont au premier plan les utilisateurs et les prestataires de soins. Cela suppose également une maîtrise des outils

de gestion et dans un contexte où la majorité de la population cible est analphabète, il est difficile de mettre en place une gestion participative du système. Difficile également d'accorder la priorité aux actions de prévention, compte tenu des capacités contributives très limitées des personnes qui cotisent.

Au niveau politique, il faut également éviter les conflits de compétence dans la définition du fonctionnement des organismes de mutualité. Je pourrais citer l'exemple du Burkina Faso : des mesures vont être prises pour accorder la tutelle des mutuelles au ministère du Travail et de la Sécurité sociale, alors que le ministère de la Santé aura à sa charge les mécanismes de prépaiement. Tout cela peut amener des confusions.

De plus en plus, le système d'assurance maladie obligatoire est évoqué. Qu'en pensez-vous ?

Au sein de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA), nos États ont amorcé un grand pas pour la mise en œuvre d'une assurance maladie universelle au profit des populations. Mais mon sentiment est qu'aujourd'hui, les systèmes de santé ne sont pas très bien structurés et qu'il faut songer avant tout à mieux organiser les formations sanitaires pour mieux répondre aux besoins ponctuels des populations. Compte tenu des structures en place, je pense personnellement que la question de couverture universelle est prématurée dans les pays en développement et je ne sais pas combien d'années il faudra attendre avant d'y arriver. Il faut au préalable un dialogue social pour instaurer la confiance entre les différents acteurs. Au Mali par exemple, l'Union des travailleurs du Mali s'est retirée de la commission de concertation en dénonçant la non prise en considération des besoins et propositions des mutuelles.

En l'état actuel des choses, deux points méritent une attention particulière : accorder une place aux mutualités et, parallèlement à la mise en place d'un système de couverture universelle, réorganiser et rendre plus performant le secteur de la santé, pour répondre aux demandes des populations.

Peut-on dire des mutuelles qu'elles sont actrices du changement social ?

Quand j'émetts le souhait de voir les mutuelles acquérir une plus grande maîtrise technique dans leur gestion et dans leur fonctionnement, c'est parce que je suis convaincu de leur rôle en tant qu'actrices du changement social. Ce rôle peut s'exercer notamment dans l'expression et le renforcement de la solidarité, ce qui est l'essence même de la mutualité. C'est pourquoi le système doit être fondé sur l'équité et une égalité de traitement pour tous. L'État est garant de la santé publique et les mutuelles, comme les syndicats et d'autres acteurs de la vie sociale, doivent veiller à ce que cette responsabilité des pouvoirs publics soit pleinement assumée. Dans leurs relations avec les populations et pour mieux répondre à la demande sociale, les mutuelles doivent s'assurer que le système fonctionne sur une base démocratique et participative.

Si on prend l'exemple du Mali, aujourd'hui, les mutuelles, par leurs actions de plaidoyer, sont devenues incontournables dans l'élaboration des politiques structurelles en matière de santé. Elles sont présentes dans plusieurs zones sanitaires grâce à leurs antennes régionales. Et elles sont également présentes dans les conseils d'administration des hôpitaux pour défendre le droit à la santé et imposer la qualité dans les prestations. En cela, on peut dire que les mutuelles participent à l'élaboration d'un système de santé basé sur l'équité et la justice sociale. ■

Propos recueillis par Seydou Sarr (InfoSud)

Structures mutualistes en Afrique

Suite à l'affaiblissement des États ou au détournement de leurs moyens en faveur de politiques et d'intérêts allant à l'encontre du bien commun, des secteurs importants de la société civile du Sud se sont mobilisés pour faire entendre la voix des populations, et notamment des plus pauvres parmi elles.

C'est ainsi qu'on a assisté, tout particulièrement à partir des années 90, à l'émergence et à l'affermissement progressif d'organisations communautaires, paysannes, de jeunes, de femmes, à caractère syndical, mutualiste...

ALAIN COHEUR

directeur des Affaires européennes et internationales de l'Union nationale des mutualités socialistes et président de Solidarité socialiste

Sous leurs formes actuelles, les mutualités y sont des dispositifs récents, même s'il existait de longue date des mécanismes traditionnels, comme les tontines, qui remplissaient ce rôle. Les mutuelles telles qu'elles se développent aujourd'hui, si elles présentent certains caractères originaux, ont pour modèles évidents – en termes de structuration et de fonctionnement – celles des pays industrialisés. Mais les conditions d'émergence et de développement de ces organisations sont très différentes de ce qu'elles ont été dans les pays du Nord, en tout cas en Belgique. Dans ce pays, si elles sont bien nées de combats menés par le mouvement ouvrier, comme elles naissent des luttes des mouvements sociaux et des organisations collectives dans le Sud, bien des paramètres sont différents.

COLLECTIF ET MISE EN RÉSEAU

En Afrique subsaharienne, la majorité de la population disposant de peu de ressources, ou vivant carrément sous le seuil de pauvreté, il est difficile de faire jouer les mêmes leviers. Cependant, le prix des soins de santé étant un fardeau toujours

plus lourd pour un nombre sans cesse croissant de personnes fragilisées, ce qui a un effet désastreux sur le développement des populations, il est important de renforcer et de structurer les organisations et mouvements locaux et nationaux qui défendent les politiques publiques et le droit des personnes à accéder aux structures de santé. Et la solidarité internationale y a un rôle crucial à jouer.

De fait, le développement des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne se fait, et c'est essentiel, dans le cadre plus large de structures internationales, comme la Concertation (un réseau de partage d'informations et d'expériences entre les acteurs du développement des mutuelles de santé, touchant onze pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre) ou le Programme Step du Bureau international du travail ou encore les programmes de coopération allemande, française et belge, parmi d'autres.

APPROCHE PARTICIPATIVE

Solidarité socialiste, l'ONG socialiste de coopération au développement en Belgique francophone, privilégie une approche basée sur l'initiative communautaire. Avec l'appui de l'Union nationale des mutualités socialistes belges et de ses fédéra-

tions, elle mène, en partenariat avec seize organisations, un programme «Droit à la santé» dans cinq pays d'Afrique subsaharienne, le Burkina Faso, le Sénégal, le Burundi, la République Démocratique du Congo et le Cap Vert. Ce programme, qui comporte un important volet mutualiste, implique 153 organisations communautaires et fait partie d'un ensemble plus vaste constitué aussi d'un programme «Travail décent, vie digne» et «Sécurité et souveraineté alimentaires», le tout selon une approche démocratique et participative, et l'objectif d'un renforcement de l'État de droit dans les pays concernés. L'idée-force est la suivante : en perfectionnant leurs structures et leurs capacités, les mutuelles de santé, déployées en réseaux aux échelons local, national et international, se renforcent l'une l'autre, et sont davantage à même d'améliorer l'accès à la santé de leurs communautés et d'influer sur les politiques de sécurité sociale et de santé publique en faveur des populations démunies, dans les régions et dans les pays où elles développent leurs activités.

Si les structures mutualistes appuyées sont généralement de petite taille, vu la faiblesse des moyens des populations, le lien social est ►

Structures mutualistes en Afrique

ALAIN COHEUR

► très fort et les affiliés, dont la participation est fortement encouragée et constitue même un élément essentiel du processus, sont à même d'en maîtriser mieux le fonctionnement. D'autant plus que ces mutuelles s'inscrivent dans un processus plus large, où s'intègre le volet économique et dans lequel l'aspect formation et éducation populaire est très important. D'un point de vue économique, par le biais notamment de mutuelles de crédit partenaires de l'action et/ou par le biais de fonds rotatifs, Solidarité socialiste vise à renforcer les capacités de contribution des adhérents aux mutuelles, par la mise en place d'activités économiques (élevage, maraîchage, petit commerce) générant des revenus. D'un point de vue éducation et formation, l'objectif est double : d'une part, faire prendre conscience aux populations de l'intérêt que constituent la solidarité et la mutualisation des risques ainsi que la force et la capacité d'influence que leur confère l'action collective vis-à-vis des municipalités et autres pouvoirs publics, d'autre part, accroître les compétences et l'expertise des mutualistes.

RÉSULTATS CONCRETS

Au Burkina Faso, le gouvernement planche aujourd'hui sur un dispositif d'assurance maladie universelle, et a créé pour travailler à la question un Secrétariat permanent, auquel participent Asmade, partenaire de Solidarité socialiste, ainsi qu'un certain nombre de mutuelles de santé actives dans le programme. Alors que ce cadre était jusqu'ici informel, le ministère des Affaires sociales pousse à sa formalisation sous la pression entre autres d'Asmade. Parallèlement, un autre cadre de concertation a été mis en place au niveau national par les mutuelles de santé elles-mêmes. C'est ainsi qu'on assiste dans le secteur à un double mouvement : du haut vers le bas, via le ministère des Affaires sociales, et du bas vers le haut, pour la mise en réseaux des mutuelles, visant la moindre dispersion des initiatives, une plus grande efficacité et une économie d'échelle qui permettraient aux bénéficiaires de disposer d'une meilleure qualité des soins à un coût plus abor-

dable. L'implication des populations dans le programme des mutuelles de santé au Burkina est de plus en plus importante, la militance s'accroît. Le couplage à des programmes économiques permet d'augmenter la contribution personnelle des membres et d'élargir par la même occasion, selon les besoins exprimés, la gamme des prestations assurées par les organisations mutualistes. L'on assiste à des changements de comportement et d'esprit, comme un moindre appel aux praticiens traditionnels et au marché noir, une plus grande fréquentation des postes de santé (plus accessibles et aux tarifs moins volatils), une motivation plus grande du personnel de santé. La confiance dans les mutuelles est plus forte, certaines personnes n'hésitant plus à cotiser pour une adhésion à long terme (jusqu'à cinq ans). Des résul-

tats concrets sont ainsi obtenus, fragiles et inégaux, mais réels : une diminution visible de la mortalité infantile et maternelle, et une amélioration de l'état sanitaire général des populations bénéficiant des programmes mutualistes.

OBJECTIF VINGT-CINQ MUTUELLES

La force du programme de mutuelles de santé au Burundi est qu'il s'appuie sur une structure bien organisée, structurée de la base au sommet, avec un système de représentation nationale. Le partenaire du programme de Solidarité socialiste y est la Confédération nationale des caféiculteurs (Cnac). On estime aujourd'hui à 600.000 le nombre de caféiculteurs au Burundi. Les producteurs organisés au sein de la Cnac, créée en 2004, sont plus de 100.000, et leur nombre grossit cha-

que jour. Ils sont répartis sur toutes les provinces caféicoles du pays. Il existe très peu d'organisations paysannes à adhésion volontaire qui atteignent de telles performances en Afrique. La Cnac est une organisation ouverte à tous les producteurs qui en font la demande, et elle défend les intérêts de tous les producteurs de café organisés ou non. Avec Solidarité socialiste et Adisco, autre partenaire du programme au Burundi, l'objectif de la Confédération nationale des caféiculteurs est de mettre en place vingt-cinq mutuelles de santé, de structurer leur mise en réseau en cinq Unions et une Fédération nationale, et d'appuyer leurs revendications et leurs actions pour améliorer l'accès de leurs membres à des soins de santé de qualité. Les mutuelles sont liées aux stations de lavage du café et comptent, en moyen-

ne, entre 250 et 300 membres. Des conventions sont systématiquement signées avec les prestataires de soins et déterminent notamment les tarifs et les remboursements. À côté de cela, le programme finance des petites activités génératrices de revenus par le biais de fonds rotatifs. Tout un travail de plaidoyer et de revendication est aussi mené pour mettre en place une politique d'appui officielle aux mutuelles de santé afin qu'elles puissent jouer un rôle important dans le cadre d'une concertation dans la définition d'un futur système de protection sociale à l'échelle nationale. Le tout accompagné d'un important aspect de formation et de renforcement des capacités, et dans le cadre d'une action internationale en réseau.

CE N'EST QU'UN DÉBUT...

Les résultats sont donc encourageants. Cependant, le défi reste loin d'être gagné. Un enjeu crucial du développement du mouvement mutualiste au Burkina Faso et au Burundi, comme dans les autres pays, est le fait que celui-ci devienne un véritable mouvement social qui, au-delà de l'objectif important qui consiste à organiser la solidarité entre ses membres, puisse obtenir des avancées politiques quant à l'accès à des soins de santé de qualité et à une protection sociale universelle, à laquelle les plus riches contribueraient proportionnellement à leurs revenus dans le cadre d'une mutualisation des risques.

Il faut dès lors continuer à travailler à la prise de conscience par les populations de l'importance de leur implication dans la définition des politiques de santé publique et dans l'interpellation de l'État. Il faut aussi assurer à ce dernier – qui souvent n'en dispose pas même s'il est de bonne volonté – des revenus suffisants pour pouvoir organiser la solidarité au niveau national. Cela passe par un travail de revendication et de lutte sur un plan plus large, pour obtenir une redéfinition des politiques financières et commerciales internationales, dans le sens d'une éthique et d'une justice plus grandes. Des alliances stratégiques doivent donc être nouées avec d'autres acteurs du pays, mais aussi sur le plan international, pour faire converger ainsi les différentes luttes sociales.

Rappelons, nous l'avons dit plus haut, que trois facteurs sont indispensables à la réussite de la mise en place d'une politique de santé publique efficace et équitable, à savoir primo la mobilisation des populations pour la défense et la revendication de leurs droits, secundo le soutien à l'établissement d'États de droit forts assumant leurs missions publiques dans un cadre international qu'il faut s'efforcer de rendre plus démocratique et équitable, et tertio la solidarité entre progressistes du Nord et du Sud. ■





HAÏTI

Parcours de combattant

Manque de structures, de personnel, de médicaments : le parcours d'un malade, en province comme à Port-au-Prince, est celui d'un combattant dont le premier obstacle est financier. Manque de ressources, mauvaise gestion et corruption sont certes parmi les facteurs qui expliquent cette situation.

Mais les efforts des acteurs internationaux, qui détournent encore trop souvent les structures publiques pour ces raisons, apportent peu de réponses pour les malades de demain.

MAUDE MALENGREZ

InfoSud

Haïti, à la pause du match de football © Garrett Crawford

Rodney tente de vivre de ses cultures à Ti Boucan, une bourgade dans les hauteurs des montagnes haïtiennes, à une trentaine de kilomètres de Port-au-Prince, la capitale. Pour rejoindre Gressier, la commune la plus proche où se trouve un centre de santé, à quelques minutes à vol d'oiseau, il faut une bonne heure de marche sur une route écrasée par les quatre ouragans qui n'ont pas épargné l'île en septembre 2008. «Nous n'avons pas de personnes formées aux soins de santé de base. Quand quelqu'un est malade, nous ne pouvons pas le conduire à l'hôpital, à cause des difficultés de la route, et nous ne sommes même pas les plus mal lotis», témoigne Rodney.

Haiti compte 140 communes et 565 sections communales dont 243 ne disposent pas encore de centre de santé, à l'image de Ti boucan. «Le défi est énorme pour couvrir l'ensem-

ble des sections», avoue Gabriel Thimothe, directeur général au ministère de la Santé publique et de la Population. Nous sommes obligés de suppléer avec les autres acteurs. Malheureusement, les ONG ont aussi leurs zones de prédilections. Certaines régions sont dépourvues, totalement, au niveau de l'approvisionnement en intrants».

L'existence de structures de santé et d'intrants est un des aspects du problème de l'accès aux soins en Haïti. À l'hôpital de l'université d'État d'Haïti (HUEH), à Port-au-Prince, les consultations sont gratuites. Le patient paie 25 gourdes (0,43 euro) pour le dossier. La file est longue au service de consultation externe. Il est près de 14 heures et certains malades sont là depuis l'aube. Pourtant, le personnel de l'HUEH est, des dires de son nouveau directeur, pléthorique. «Dans le cadre des directives de la Banque mondiale, nous avons dû réduire le nombre de personnes dans la fonction publique, et acheter des

services, sorte de consultance, via des contractuels. Or le ministère n'a pas les moyens de vérifier si les gens travaillent (pour le personnel titularisé non plus). Ces contrats sont source de pléthore de personnel, de corruption», déclare Gabriel Thimothe. 95% du budget de l'HUEH sert à payer les salaires, le reste est tant bien que mal comblé par des programmes extérieurs, et par les malades.

MANQUE DE MOYENS

Le service d'urgence de l'HUEH, un des seuls dans le pays, est encore payant. Le ministère vient de débiter une dotation supplémentaire de 12 millions de gourdes (environ 205 000 euros) afin, entre autres, de le remettre en état, et qu'il soit gratuit dans les 48 heures, ce qui n'est toujours pas le cas. Les gens qui arrivent au service d'urgence se voient remettre une ordonnance pour aller acheter le matériel et les médicaments de premier soin. Souvent, les gens n'ont pas de quoi acheter. «No-

tre principal problème, c'est le matériel. Si l'on prend le nombre de motocyclettes qui sillonnent aujourd'hui Port-au-Prince... nous recevons de nombreuses fractures ouvertes... il faut un appareil qui ne court pas les rues et qui est couteux, témoigne le docteur Pierre-Pierre, directeur médical de l'hôpital général. Il arrive souvent que notre établissement soit dépassé et que nous n'ayons pas les moyens de prendre en charge les patients. C'est un de mes plus gros problèmes : les moyens de prendre en charge convenablement les patients.»

L'accès aux structures privées lucratives est plus réduit encore. À l'hôpital Saint Jean de la Salle, structure semi privée, une consultation gynécologique coûte 8 euros dans le public, 30 dans le privé. La différence est principalement dans le temps d'attente pour recevoir les soins. Le privé, plus coûteux et réputé plus efficace, n'offre en soi pas plus de garanties quant à la qualité des soins.

«Le lien avec le secteur privé lucratif est horizontal. Tout médecin détenteur d'une licence peut ouvrir son cabinet. Le ministère n'entre pas dans l'intimité de son cabinet pour le superviser. Comme il n'y a pas actuellement d'ordre de médecins, mais une association médicale haïtienne, il n'y a pas de réglementation pour statuer sur les cas de pratiques médicales», déclare Gabriel Thimothe.

Mais la première barrière en termes d'accès à la santé est financière, «même quand il y a un forfait, car les revenus des ménages sont très bas». Selon une étude de l'ONG française Gret réalisée à Martissant et Cité L'Éternel, des quartiers populaires de Port-au-Prince proches de l'HUEH où des centres de santé sont physiquement accessibles, 69% des familles ont dû renoncer à certains soins au moins une fois au cours des douze derniers mois, et ce pour des raisons financières. Selon les chiffres du Gret, une personne est malade tous les 9 mois et a un contact avec une structure de santé tous les deux ans. La dépense moyenne pour un épisode de maladie, quels que soient le nombre et le type de recours, est de 2 553 gourdes (50 euros, pour un salaire minimum récemment rehaussé à 200 gourdes, 3,5 euros, qu'une majorité n'atteint pas). Seulement 4,8% des familles interrogées déclarent avoir une assurance santé. Il s'agit, pour la majorité d'entre elles, de familles exerçant une activité salariale ou bien dans la fonction publique. Ainsi, pour 30% des gens, le premier recours est l'automédication.

PARALLÉLISMES

La Communauté internationale vient en appui au trésor public. «De 4 %, nous sommes passés à 8% du budget national pour les dépenses de santé, explique Gabriel Thimothe. [L'OMS recommande 15 à 20 %]. Nous avons un budget de 4 milliards de gourdes, dont 61% proviennent de la coopération extérieure en ce qui concerne le budget d'investissement.»

Beaucoup de programmes, avec des fonds budgétaires très importants, concernent des maladies spécifiques, le VIH, la tuberculose, la malaria, où les patients sont pris en

charge de A à Z. Il existe de grandes distorsions de ce fait au sein même des structures de santé comme l'HUEH.

En effet, certains programmes comme le VIH/Sida, soutenus par Pefar (programme de la coopération américaine), mettent en place des services d'accès gratuits aux soins, disposant de matériel et de personnels salariés sur les programmes, au sein d'une structure qui elle-même, des dires de l'actuel directeur, offre «une image en permanente dégradation d'un gros centre de santé fonctionnant au ralenti».

«Il faut que nous analysons ces programmes et leur impact dans la perspective d'une contribution de ces derniers au fonctionnement des autres services», précise [Alix Las-sèque](#) (qui est-il?), afin d'atténuer le fossé entre les différents niveaux d'offres de soins au sein de l'hôpital, selon les services et les maladies. Certaines maladies, pourtant au cœur des problématiques de santé publique, comme les insuffisances rénales, sont les parents pauvres des programmes soutenus par l'international, et la plaie ouverte d'une structure moribonde. «L'insuffisance rénale est en train de devenir un problème de santé publique, le nombre augmente. Et nous connaissons de nombreux problèmes au sein du service de dialyse», explique le docteur Pierre-Pierre.

«Nous connaissons beaucoup de cas de duplication, car certains veulent carrément contourner le système de régulation, témoigne Gabriel Thimothe. Nous avons mis des normes en place mais qu'ils [les acteurs internationaux] contournent pour avoir des résultats rapides. Il existe des cas très significatifs de contournement des autorités à tous les niveaux. Aujourd'hui, la situation est moins aiguë. En 2007, un comité de coordination des bailleurs de la santé a notamment été mis en place.» ■

◆ BURUNDI

Solidarité de caféiculteurs

L'union fait la force, dit-on. Au Burundi, cet adage populaire est bien illustré par plusieurs centaines de ménages de caféiculteurs qui, sous l'encadrement et la supervision d'Adisco (Appui au développement intégral et à la solidarité sur les collines) parviennent, depuis un an, à relever progressivement le défi de l'accès aux soins à travers des mutuelles de santé.

JEAN BOSCO NZOSABA

InfoSud - Syfia Grands Lacs

◆ RD CONGO

Les mutuelles de santé en plein essor

Les mutuelles de santé qui permettent à tous, y compris aux démunis, de se faire soigner à moindre coût sont en plein boom au Sud Kivu où l'on en compte treize. Déjà les premiers effets se font sentir, en particulier pour les femmes enceintes mieux suivies.

THAIS BAGULA

InfoSud - Syfia Grands Lacs

À la porte du dispensaire © mdtpcar

Le Burundi se remet progressivement de plus d'une décennie de guerre civile. Cette longue crise a anémié son économie, détruit le tissu social et appauvri la population. Selon un rapport du programme des Nations Unies pour le développement publié l'année dernière, plus de 70% des Burundais vivent en dessous du seuil de pauvreté (avec moins d'un dollar par jour). Dans ces conditions, répondre aux besoins élémentaires en l'occurrence l'alimentation, l'éducation, l'accès aux soins de qualité... est devenu un véritable parcours de combattant. Fort heureusement, depuis plus de deux ans, des initiatives se prennent, notamment dans le domaine de la santé, pour alléger les souffrances de la population qui baigne dans le jus du dénuement absolu. En 2006, le gouvernement a en effet décrété la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les mères qui accouchent. Parallèlement, les organisations paysannes déjà structurées, en l'occurrence les associations des producteurs de café, ont décidé de s'investir collectivement et solidairement pour contribuer à relever le défi de l'accès aux soins de qualité en mettant sur pied des «mutuelles de santé».

INITIATIVE AVANT-GARDISTE

Les caféiculteurs burundais sont parmi les avant-gardistes de ce genre d'initiative. Plus de 100 000 familles vivent directement de la vente du café cerise. Autant dire près de 800 000 personnes (10% de la population). Leur mouvement associatif

remonte déjà aux années 1990. A l'échelle nationale, les différentes associations de caféiculteurs sont coiffées par une superstructure appelée Confédération nationale des caféiculteurs (Cnac). Depuis plusieurs années, le mouvement bénéficie d'un encadrement tous azimuts, dispensé par Inades-Formation/Burundi. Au lendemain de la guerre, la nécessité de relever le défi d'accès aux soins se faisait vivement sentir. Mais l'organisation encadreuse n'avait pas d'expertise requise pour aider les producteurs de café à mettre sur pied des mutuelles de santé. Malgré tout, l'idée a mûri et pour que le coup d'essai soit aussi le coup de maître, ils ont dû faire appel à une association spécialisée, en l'occurrence Adisco (Appui au développement intégral et à la solidarité sur les collines). Cette dernière est à l'œuvre depuis plus d'une année et le projet évolue favorablement. Elle a déjà mis en place une dizaine de mutuelles de santé disséminées dans les cinq grands bassins caféicoles que compte le pays. «Nous en sommes aujourd'hui à 13.6% mais notre objectif est d'atteindre au moins 40% des ménages qui adhèrent à une mutuelle de santé initiée autour de chaque station de lavage de café», susurre Déogratias Niyonkuru, coordinateur de cette association.

PRODUCTEURS-GESTIONNAIRES

Les producteurs restent les principaux piliers de leurs propres mutuelles, Adisco ne les aide qu'en matière de formation, de suivi et de contrôle et en mettant à leur disposition des documents de gestion. Dès sa phase de conception, chaque

mutuelle de santé est en effet totalement pilotée par les caféiculteurs. Ces derniers en assurent la gestion, sous l'œil vigilant d'Adisco. Mais pour avoir droit aux avantages d'une mutuelle de santé, chaque famille qui le désire et qui en fait la demande verse une contribution annuelle de 13 500 Fbu (7,5 euros). «C'est un montant abordable pour tous, mais qui n'est valable que pour une famille de six personnes ; au-delà, chaque ménage doit ajouter 2 500 Fbu par personne supplémentaire et n'eut été la mesure de gratuité de soins pour les mères qui accouchent et les moins de cinq ans, la contribution s'élèverait à 28 000 Fbu (15,5 euros)», clarifie Déo Niyonkuru. Dès que son ménage intègre le système d'une mutuelle de santé, chaque membre de la famille a droit à tous les soins dans les centres de santé publique avec un ticket modérateur de 20% ou 40% dans les centres de soins confessionnels (tenus notamment par l'Église catholique) avec un plafond de 30 000 Fbu (16,5 euros). Jusque-là, le système semble être sécurisé et très porteur de chance de succès, mais pour parer à toute éventualité, il a été prévu un fonds de garantie afin de pouvoir rembourser les hôpitaux si telle ou telle autre mutuelle mettait la clé sous le paillasson. «Pour chaque adhérent, la prise en charge démarre après deux mois d'observation et chaque mutuelle naissante n'offre ses prestations qu'après avoir atteint un effectif de 250 membres, chacune devrait voler de ses propres ailes à partir de 600 membres et ce qui devait se produire dans cinq ans», conclut Déo Niyonkuru. ■

Au Sud Kivu, le développement des mutuelles de santé ne cesse de s'accroître. Le nombre des inscrits a presque doublé depuis deux ans. Ils sont désormais 39 000. Pour aider les plus pauvres à y adhérer afin de pouvoir se faire soigner dans les hôpitaux et centres de santé, la pastorale des malades de l'Archidiocèse de Bukavu a lancé le 15 janvier dernier une opération dénommée «mains secourables : «Nous avons réuni environ 1 000 dollars de contributions qui ont permis à une centaine de démunis d'adhérer et par conséquent de bénéficier des soins», affirme l'Abbé Jean-Pierre Kabazane, responsable de cette pastorale. Certains députés ont aussi payé pour leurs élus des cotisations annuelles. «Je me fais soigner depuis février à l'hôpital général de Chiriri grâce au soutien d'un élu de la ville de Bukavu à la députation nationale», déclare Salome Mutula, une veuve de la commune de Bagira.

Dans les zones de l'intérieur du Sud-Kivu, la satisfaction est grande : «C'est la première fois que j'accouche dans un hôpital. J'ai seulement payé 20% des frais et la mutuelle 80%», affirme en souriant Isabelle Cirezi, de Kabare à une trentaine de kilomètres de Bukavu. Les deux centres de santé et à l'hôpital général de référence de Kalehe non loin ont reçu deux fois plus de gens au cours

du dernier trimestre de 2008 qu'en 2007 (128 contre 62). Dans la province, en 2008, 5 000 personnes ont été soignées grâce à ces mutuelles.

Les mutuelles de santé sont nées à l'initiative du synode diocésain de l'Église catholique de Bukavu pour rendre accessibles les soins au plus grand nombre de gens de la province grâce à des cotisations solidaires. La première mutuelle a vu le jour en 1997 dans le territoire d'Idjwi mais ce n'est que récemment qu'elles ont pris de l'ampleur. Depuis 2007, treize mutuelles de santé sont opérationnelles au Sud-Kivu. Aujourd'hui la population d'une contrée ou d'une institution qui souhaite monter une mutuelle adresse sa demande à la Cellule d'appui aux mutuelles de santé (CAMS) qui analyse et guide la démarche de mise en œuvre du projet. Le responsable de cette structure, Isaac Miruho, affirme que, depuis 2007, l'un des premiers effets de ces mutuelles est que les femmes membres accouchent dans des hôpitaux et sont devenues conscientes que les consultations prénatales leur évitent des complications lors de l'accouchement et réduisent leur mortalité et celles des enfants.

DEUX À CINQ DOLLARS PAR AN

Adhérer à une mutuelle de santé est aujourd'hui le souci de tout habitant du Sud-Kivu. «À l'hôpital provincial de Bukavu, les soins de santé coûtent très cher ; on y exige une

caution avant d'être soigné, c'est pour cette raison que moi et ma famille avons adhéré», déclare Firmin Bishweka. D'autres personnes y adhèrent par conviction religieuse surtout les catholiques sensibilisés par l'Église.

Depuis 2008, celle-ci, relayée par les médias, a poussé les habitants de certaines contrées ou des organisations à constituer des mutuelles. C'est le cas des étudiants de l'Institut supérieur de développement rural (ISDR), qui compte 940 membres. Chaque étudiant cotise 5 dollars par an et bénéficie des soins au cours d'une année académique, la mutuelle de santé prend en charge 80% des soins et l'étudiant 20%.

Partout, l'unité d'adhésion est le ménage, sauf pour les étudiants. Le taux de la cotisation annuelle varie entre 2 et 5 euros selon le niveau social. Cette cotisation est non remboursable et l'enfant qui naît d'une femme membre est affilié d'office pour l'année en cours. Les mutuelles passent des protocoles d'accord avec des centres de santé et hôpitaux pour qu'ils accueillent leurs adhérents.

Pour s'assurer de la qualité des soins offerts aux membres, le CAMS dispose d'un bureau relais à l'hôpital général provincial de Bukavu et travaille en collaboration avec le docteur Crispin Mutwedu, médecin-conseil de toutes les mutuelles de la province. ■

◆ SÉNÉGAL

Le bon diagnostic d'un réseau de mutuelles

Au Sénégal, à Kaolack, un réseau de mutuelles de santé facilite, depuis cinq ans, l'accès des soins à ses membres. Pour pérenniser ses actions et atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement, le réseau va au-delà en organisant des séances de sensibilisation et d'éducation sanitaires sur la prévention du paludisme, la santé reproductive, le VIH/Sida... Le nombre d'adhérents a bondi de 40%.

MADIENG SECK

InfoSud - Syfia

En cette matinée d'hiver, la mutuelle de santé communautaire Oyofal Paj de Kaolack (195 km à l'est de Dakar) grouille de monde. La ville étant réputée pour son manque d'hygiène et de salubrité, ce mois de juillet est une période de recrudescence du paludisme. À l'accueil, une jeune dame, Coumba Sow, n'arrête pas de répondre aux questions. Stylo à la main, elle explique comment se fait l'adhésion. «*Il faut acheter un carnet à 1 250 francs CFA!* (moins de deux euros)», dit-elle, s'adressant au monsieur debout au comptoir. En plus de l'achat de ce carnet, le nouvel adhérent devrait s'acquitter d'une cotisation de 250 francs CFA par mois et par membre de sa famille. Il devra ensuite attendre trois mois avant de pouvoir bénéficier, lui son épouse et ses enfants, des prestations des structures sanitaires les plus proches de son domicile.

De fait, Oyofal Paj a établi un partenariat formel avec les dispensaires de la région de Kaolack où le malade peut bénéficier des soins de santé et recevoir gratuitement des médicaments. À l'hôpital, il paie 75% des consultations et de la prise en charge, le reste est supporté par la mutuelle.

En plus de la ville de Kaolack, Oyofal Paj est présent dans neuf villages de la région : Gagnick, Dinguiraye, Dara Mboss, Dya, Thiakho Thioffor, Mbakhoune, Ndiédieng Taïba et Ndiébel. Appuyées par l'ONG belge Solidarité socialiste, ces mutuelles se sont constituées en réseau depuis 2003. Mais partout, le nombre d'adhérents, dont la ma-

ajorité sont des femmes, s'est accru de plus de 40%, selon les chiffres de Oyofal Paj. C'est ainsi que, de 553 bénéficiaires en 2008, la mutuelle du village de Thiokho Thioffor s'est retrouvé en fin mai 2009 avec plus de 2 400 bénéficiaires. À la même période celle de la ville de Kaolack a vu ses bénéficiaires passés de 4 987 à 6 352 et celle de Gagnick de 465 à 1 610 bénéficiaires.

Madame Aïssatou Mbodj, habitant Médina Baye, un quartier de la ville, est l'une des bénéficiaires. «*Avant, on s'endettait pour accéder aux soins, maintenant avec la mutuelle on peut aller à n'importe quel dispensaire sans payer. L'argent qu'elle nous rembourse, on le garde pour autre chose*», explique-t-elle dans le hall d'attente de la mutuelle. «*Dès que les infirmiers vous voient avec votre carnet en règle, ils s'occupent de vous et vous remettent sans problèmes des médicaments...*», témoigne une autre dame. Ces carnets, de véritables sésames, Oyofal Paj en vend plus d'une quinzaine par jour, selon Coumba Sow.

La mutuelle de Kaolack a été créée en 2003 par l'Association pour la promotion de la femme sénégalaise (Aprofes), suite à une étude de celle-ci, appuyée par le Bureau international du travail, sur les problèmes sanitaires. En langue nationale ouolof, Oyofal Paj signifie atténuer le coût des soins de santé primaire des populations, toutes couches sociales confondues.

Ce réseau de mutuelles a pour objectif de pérenniser la couverture sociale et sanitaire afin de faciliter l'accès de ses membres aux soins de santé. Oyofal Paj mène aussi des activités de sensibilisa-

tion, de formation et de prévention sur la santé de la reproduction, la lutte contre le Vih Sida ou encore le paludisme.

Des difficultés apparaissent cependant. Elles sont dues à l'exigence de transparence dans les procédures administratives et au faible niveau d'instruction des malades qui ne comprennent pas souvent formalités et démarches à suivre. «*Qu'importe ! L'hôpital de Kaolack et les dispensaires jouent bien le jeu*», souligne Boubacar Gassama, responsable du Comité de contrôle. Un Comité qui veille sur la gestion et la bonne tenue des cotisations. «*Pas facile notre mission !*», reconnaît Boubacar. Autre difficulté : certaines maladies qui nécessitent un long traitement comme le diabète, le cancer, le sida, ne sont pas prises en charge.

ATTEINTE DES OMD D'ICI 2015 ?

Pour se donner plus de visibilité et attirer plus de clients, Oyofal Paj améliore son système de communication. Dans la région, elle collabore avec la Radio-diffusion télévision nationale (RTS). Dépliants, tee-shirts et surtout moustiquaires imprégnées, sont distribués à l'occasion de chaque mobilisation sociale. «*En 2008, j'en avais reçu 10 pour ma famille et 10 encore pour cette année*», confirme Serigne Kouta, représentant du syndicat des transporteurs de la région.

Comment mieux sensibiliser les populations et vulgariser les acquis ? Pour Boubacar, c'est cela qui a été à l'origine, en 2003, du partenariat avec Solidarité socialiste de Belgique (Sol/Soc). Depuis, l'ONG ne cesse d'apporter au réseau un appui technique et financier. De nos

jours, Oyofal Paj fait partie d'un consortium de quatre partenaires que sont la Fédération d'ONG du Sénégal (Fons-Action paysanne), l'ONG Green et Aprofes. Ce consortium travaille depuis bientôt deux ans sur deux thématiques : la sécurité alimentaire et la santé.

Au Sénégal, en vue des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2015, l'État s'est fixé comme objectif d'atteindre le taux de 50% pour les soins de santé pour tous. «*Les mutuelles ont un rôle à jouer, mais l'État ne les appuie pas, les collectivités locales non plus*», se désole Lobé Cissokho, la présidente de Oyofal Paj. Pour son collègue Boubacar, ce manque de soutien est dû à l'ignorance des élus locaux. C'est ainsi que pour mieux se faire connaître auprès des collectivités locales, la mutuelle a développé, depuis un an, une nouvelle stratégie : emmener les dirigeants à intégrer les collectivités locales par la voie des urnes. Stratégie payante ! Car, lors des dernières élections locales du 22 mars 2009, des dirigeants de mutuelles ont été élus. «*Lobé est passée conseillère. Elle préside la Commission assainissement de la municipalité de Kaolack*», annonce Boubacar. En brousse, dit-il, d'autres dirigeants, comme madame Sokhna Maye Fall de Dara Mboss, siègent maintenant dans ces instances de décisions où ils pourraient trouver une oreille attentive, surtout auprès de la Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat (CAFSP).

Les mutuelles valent bien un partenariat, les Objectifs du millénaire aussi. ■

◆ CONGO-BRAZZAVILLE

Le taux de mortalité maternelle inquiète

Au Congo-Brazzaville, de nombreuses femmes meurent en accouchant ou peu de temps après. Certaines, en particulier les plus jeunes, n'ont pas toujours fait suivre d'assez près leur grossesse. D'autres sont maltraitées par les sages-femmes ou victimes d'un système de santé désorganisé.

DIEUDONNÉ MOUKOUAMOU MOUENDO

InfoSud - Syfia

Au Congo-Brazzaville, beaucoup de femmes meurent en donnant la vie ou au cours des six semaines qui suivent l'accouchement. Pour 100 000 naissances, le pays enregistre 781 décès, alors que la moyenne en Afrique est de 425. Malnutrition, hypertension artérielle, hémorragies, anomalies maternelles ou fœtales, infections après l'accouchement, maladies (VIH/sida, paludisme, tuberculose, anémies)... Les causes de ces décès sont multiples. Pourtant, une majorité de Congolaises enceintes sont suivies régulièrement : 86% d'entre elles vont aux consultations prénatales et 82% accouchent en milieu hospitalier.

Mais, selon leur âge, toutes ne bénéficient pas du même suivi. L'enquête démographique et de santé au Congo, menée en 2005 par le ministère et de l'Aménagement du territoire, révèle que les plus touchées par la mortalité maternelle sont les plus jeunes : les 20-24 ans (34%) et les moins de 20 ans (25%). Ces femmes vivent souvent leur grossesse précoce comme un drame et recourent à des avortements clandestins dont les complications sont parfois mortelles.

L'Association congolaise pour le bien-être familial (ACBEF) parle aux femmes enceintes des risques de ces avortements, des infections et des maladies mal ou non traitées. Elle évoque aussi les complications relatives aux grossesses précoces, tardives, nombreuses ou non espacées (l'OMS

recommande de laisser au moins deux ans d'écart entre deux naissances) et propose des consultations prénatales, de la santé et de la reproduction. Yvonne Lékomba, majeure en gynécologie à l'hôpital militaire Pierre Mobengo de Brazzaville, un hôpital ouvert également aux civils, estime qu'il faut montrer aux futures mères «*l'intérêt des consultations prénatales et d'aller à l'hôpital dès qu'elles sentent un malaise, au lieu de se rendre dans des cabinets médicaux privés où le personnel n'est pas toujours qualifié*». Il est également important, selon elle de «*les avertir du danger des médicaments de rue*».

«NÉGLIGENCE ET CUPIDITÉ»

Si la sensibilisation a encore des progrès à faire, notamment en direction des plus jeunes, le personnel des hôpitaux publics, qui accueillent un nombre important de femmes enceintes, n'est pas exempt de tout reproche. «*Il se pose un problème au niveau du personnel, du cadre dans lequel les femmes accouchent et des conditions dans lesquelles elles sont reçues*», estime Rachel Ngouoni, secrétaire général de l'Association congolaise de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile (ACLMMNI). Une femme, qui a perdu sa sœur à la suite d'un accouchement, en 2008, dans un hôpital de Brazzaville, accuse : «*Les sages-femmes insultent les femmes et vont parfois jusqu'à les taper pendant l'accouchement. Elles préfèrent courir vers celles qui leur donneront beaucoup d'argent et laisser* ►

◆ NIGÉRIA

Médecines moderne et traditionnelle se complètent

Au Nigeria, la médecine traditionnelle se modernise et affiche une belle santé. Ses praticiens sont désormais identifiés et formés et leurs préparations, certifiées, après avoir été conditionnées en laboratoire. Confrontés aux faux médicaments, de plus en plus de clients y viennent.

DAOUDA ALIYOU

InfoSud - Syfia

Au Nigeria, la médecine traditionnelle a le vent en poupe. Partout dans cet immense pays, le nombre de clients et de points de vente augmente. Cette évolution résulte de la formation en Chine et en Inde de tradipraticiens nigériens et de l'importation de matériels modernes qui, depuis les années 1990, permettent de transformer les matières premières brutes (racines, écorces, feuilles) en gélules, comprimés... Des pharmaciens traditionnels disposent aujourd'hui de petits laboratoires où ils testent et fabriquent leurs spécialités. Ces produits répondent ainsi «aux normes internationales et à l'exigence des gens friands de médicaments naturels plus pratiques», explique un thérapeute traditionnel.

Conscient de l'importance économique et sociale de ces activités, le gouvernement nigérien a créé, en 2008, une agence de développement de la médecine traditionnelle. La *Nigeria Natural Medecine Development Agency* a d'abord recensé les opérateurs de ce secteur dont elle a aussi évalué les besoins. Et, cette année, elle a proposé au gouvernement de mettre en place des laboratoires de transformation à grande échelle de plantes (feuilles, écorces, racines...)

INNOVATIONS RASSURANTES

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 80% des Nigériens ont eu, en 2008, recours à cette médecine, qui utilise des substances végétales, animales et minérales, assorties de traitements spirituels. Héritage culturel maîtrisé au départ seulement par une poignée d'initiés,

elle est exercée aujourd'hui par des milliers de Nigériens. L'adhésion à l'association des tradipratitiens (active dans chacun des 36 États de la fédération) et une bonne moralité sont requises pour exercer. Les tradithérapeutes sont formés dans des instituts spécialisés dont le plus connu est l'*Iris College of Natural Medecine*, créé à Lagos en 2007. Les formateurs sont des professeurs en médecine et en pharmacie, imprégnés de la tradition et ayant une bonne connaissance des vertus des plantes.

Le psychologue nigérien Paul Anayo explique ce retour aux sources par le déclin du système médical moderne (sous-équipement des hôpitaux, fuite des cerveaux), mais aussi par la quantité importante de médicaments contrefaits qui circulent au Nigeria. Dans ce pays où, selon les données récentes de la Banque mondiale, 70% de la population vit avec moins d'un dollar par jour, la consommation de faux médicaments bon marché endeuille nombre de familles. Lors d'une réunion sous-régionale des douaniers sur la contrefaçon, tenu récemment à Cotonou, au Bénin, le directeur général des douanes de ce pays a révélé que «près de 80% des médicaments qui circulent en Afrique de l'Ouest sont contrefaits». Au mieux inefficaces, la plupart sont dangereux en raison de leurs effets secondaires.

Les Nigériens estiment que leurs tradipraticiens ont des pouvoirs surnaturels qui leur permettent de diagnostiquer facilement différentes maladies. Plus rationnelle, l'Agence nationale de contrôle des aliments et des médicaments (Nafdac) certifie, depuis 2001, la composition des médicaments et leur mode d'administration. «Ces innovations nous rassu-

◆ CAP-VERT

Accessibilité large mais inégale

Pour faire face au défi démographique et à l'augmentation constante du coût des soins et des médicaments, le gouvernement capverdien prône la responsabilisation individuelle par la participation des usagers aux coûts des soins de santé.

JACQUES BASTIN

Solidarité socialiste

Le carnet de vaccination © mdtpcar

rent», indique un client. La Nafdac estime que la certification des médicaments traditionnels a permis à l'État d'engranger plus de 30 millions de dollars en 2007.

MOTEUR DE L'ÉCONOMIE

Pour Anselme Adodo, directeur de *Pax Herbal Clinic and Research Laboratories*, un cabinet traditionnel de soins, cette médecine est parfois mieux adaptée à certains cas, car, selon lui, toutes les maladies ne sont pas naturelles. Certaines résulteraient d'actes de sorcellerie. «Voilà pourquoi des praticiens modernes orientent souvent vers nous des cas dont le traitement sort de leur champ d'action», explique-t-il.

Kayodé Farouk, un thérapeute traditionnel, rappelle que ces remèdes naturels ont longtemps été considérés comme réservés aux pauvres. Mais, ils sont plus prisés depuis qu'ils sont présentés comme des médicaments modernes, d'un emploi plus facile. Conséquence, les affaires marchent pour les tradipraticiens qui, aux dires de certains d'entre eux, font partie du club des millionnaires. C'est le cas de Olajuwon Okubena, propriétaire du cabinet *Health Forever* qui estime à 100 millions de nairas (plus de 470 000 euros) son revenu annuel.

Pour le président de l'Association nationale des pharmaciens modernes, Anthony Akhimien, le Nigeria ne fait que profiter du succès des médicaments à base de plantes, en vogue dans le monde entier, en particulier aux États-Unis et en Europe. «Si le gouvernement soutient cette industrie, estime-t-il, elle pourrait constituer un moteur de l'économie nationale comme dans d'autres pays.» ■

Le Cap-Vert est l'un de ces rares pays africains à avoir amélioré de façon significative et effective les conditions sociales et matérielles de vie de sa population depuis son indépendance en 1975. Ce n'était pas gagné d'avance dans cet archipel sahélien, frappé d'une sécheresse chronique où restent vivaces dans la mémoire collective les grandes famines, dont celle de 1947 qui vit la mort d'un cinquième de la population. Le Cap-Vert dispose de peu de richesses naturelles et ses capacités de production agricole, même dans les meilleures années, ne suffisent pas à nourrir sa population. Le pays doit aussi puiser une partie importante de ses ressources dans l'émigration et l'aide internationale. Pourtant, malgré ces conditions difficiles, les indicateurs progressent. Celui du développement humain classe le Cap-Vert à la 121e place au milieu du peloton des pays à développement humain moyen. Le premier janvier 2008, le Cap-Vert a quitté la catégorie des pays les moins avancés. La mortalité infantile y est passée en trente ans d'indépendance de 103 à 23 pour mille. L'espérance de vie de 56 à 71 ans.

En dépit de ces améliorations et d'une croissance économique soutenue, la pauvreté continue à toucher une partie importante de la population et est en augmentation constante : en 2002, 56% de la population vivait dans un état de pauvreté ou d'extrême pauvreté pour 44% en 1989. L'augmentation de la pauvreté va de pair avec le creusement des inégalités. Le coefficient de Gini, qui traduit l'ampleur des inégalités dans la distribution des revenus, est passé de 0,43 en 1989 à 0,59 en 2002.

COÛTS PARTAGÉS

Dans ce contexte, qu'en est-il de la politique d'accès aux soins de santé ? Dans son programme de politique générale de santé élaboré en 2007, le gouvernement capverdien se fixe des objectifs ambitieux. Il définit d'abord la santé comme «un bien qui appartient à tous» et «un droit fondamental de l'être humain» qui doit être garanti «par la solidarité entre tous». Et c'est à l'État qu'il incombe de faire respecter ce droit et d'organiser la solidarité. Pour ce faire, il défend la complémentarité entre les secteurs publics et privés, la promotion et l'appui à ce dernier, qu'il soit lucratif ou non, comme partenaire privilégié. En réalité, le programme du gouvernement parle très peu du secteur mutualiste qu'il se contente de citer, au contraire du secteur privé lucratif sur lequel il compte pour améliorer et augmenter l'offre de soin de santé.

Car celle-ci reste un facteur limitant. D'après le docteur Arturo Correia, directeur de l'hôpital central de la capitale Praia, le taux d'occupation des 350 lits de l'hôpital est de 97%. L'hôpital, qui couvre les îles du Sud de l'archipel, sert 80% des 500 000 habitants du pays. Un second hôpital central, sur l'île de Sao Vicente, qui abrite le deuxième centre urbain du pays, sert la population des îles du Nord. Le réseau de l'infrastructure de l'offre de soins est complété par trois hôpitaux régionaux, 26 centres de santé et 117 unités sanitaires de base, deux médecins au moins opérant dans chacune des 22 municipalités que compte le pays.

Le Cap-Vert est passé d'un système de gratuité totale des soins à un

► système de coparticipation des patients aux coûts, changement qui a du mal à passer auprès de la population. «Mauvaise habitude» que celle de la gratuité des soins, tranche le conseiller du ministre, le Docteur Manuel Boal, qui n'est pas loin d'en faire un des obstacles majeurs à la politique de santé du gouvernement. Même ceux qui en ont les moyens rechignent à payer leur quote-part et s'arrangent pour se faire délivrer par la municipalité «l'attestation de pauvreté» qui permet d'échapper à la coparticipation. Une célèbre anecdote court dans le pays, de ce pilote commandant de bord de la compagnie aérienne nationale qui s'est présenté à une consultation muni de la précieuse attestation !

Les patients sont donc appelés à participer au financement du système. Pour chaque prestation dans le réseau de santé publique, ils doivent s'acquitter d'abord d'un ticket modérateur de 100 escudos (environ 85 centimes d'euro), plus une coparticipation fixée par la loi – dont sont exemptés les titulaires d'une attestation de pauvreté – et qui varie selon les revenus présumés de la personne, en réalité en fonction de sa profession et/ou de son emploi. Cela étant, le directeur de l'hôpital central de Praia confirme qu'en toute circonstance c'est le droit de tous à être soigné qui prévaut. Toute personne qui se présente à l'hôpital public sera reçue, qu'elle soit ou non en capacité de payer le ticket modérateur.

L'UTILITÉ DES MUTUELLES

L'Institut national de prévoyance sociale couvre 60% de la population du pays. Pour la plupart il s'agit des personnes travaillant dans la fonction publique ou dans le secteur formel de l'économie. L'assuré bénéficie de l'assistance médicale (certaines prestations en coparticipation) et de l'hospitalisation et d'une intervention dans l'acquisition des médicaments, ainsi que d'une allocation en cas de maladie ou d'invalidité. 40 % de la population n'est donc pas couverte. Si celle-ci a accès aux soins de santé pratiquement gratuitement moyennant la présentation de l'attestation de pauvreté, il n'en va pas de même pour l'achat de médicaments ni pour certains examens complémentaires ou frais de laboratoire. Enfin, l'offre de soins du secteur public, si elle existe de manière assez accessible sur l'ensemble du pays, est sous pression et par là limitée. Les listes d'attente pour une consultation, surtout auprès d'un spécialiste, pour subir des examens ou une opération, atteignent plusieurs semaines sinon plusieurs mois. Le temps dispensé à chaque patient est compté et la qualité de l'accueil pas toujours à la hauteur.

C'est là qu'intervient le secteur privé, vivement encouragé par l'État pour augmenter l'offre et désengorger le réseau public. Dans les hôpitaux publics, les médecins donnent des consultations privées en dehors des heures. Et les cabinets ou cliniques privés fleurissent dans les principaux centres urbains, Praia et Mindelo. Oui, mais voilà, dans le privé, la couverture de l'Institut de prévoyance sociale ne joue pas, et cette offre de soin, qualitativement meilleure, n'est accessible qu'à ceux qui en ont les moyens.

Les initiatives mutualistes prennent ici tout leur sens. En effet, les mutuelles peuvent contractualiser des services complémentaires dans le privé. Elles prennent en charge la coparticipation des patients aux coûts des soins, ce qui mutualise le risque de maladie et solidarise les biens portants avec les malades. Elles peuvent encore améliorer l'accès aux médi-

caments. Ces initiatives sont encore embryonnaires et sont l'œuvre de ce qui reste du mouvement coopératif florissant dans les années 1980 et qui a décliné ensuite. Plusieurs mutuelles, fédérées entre elles, ont vu le jour dans les municipalités de Santa Catarina et Sao Miguel, qui comptent actuellement plus de 1000 membres. Une autre se crée dans un quartier populaire de Praia à Ponta de Agua, mais est encore loin d'atteindre un nombre suffisant d'adhérents pour garantir sa viabilité.

RISQUES SOCIAUX

Les organisations de type mutualiste pourraient donc être un instrument intéressant pour améliorer l'accès des populations à des soins de meilleure qualité, en facilitant cet accès vers le secteur privé, apanage actuellement des classes les plus aisées. Cependant, une dérive possible se dessine : l'organisation de mutuelles de santé autour de groupes sociaux homogènes. C'est le cas par exemple d'une coopérative à Mindelo qui fournit des soins à ses membres au sein d'une structure privée. La cotisation qui est relativement élevée n'est pas accessible aux bas revenus.

On ne peut pas dire que le gouvernement capverdien ne fait pas du droit à la santé pour tous une priorité. Il y consacre 9% de son budget annuel pour maintenir une offre publique de soins de santé sur tout le pays. Les soins pour les femmes enceintes et les nourrissons comme la vaccination des enfants sont gratuits et accessibles à tous. Pour faire face cependant tant au défi démographique qu'à l'augmentation constante du coût des soins et des médicaments, avec un budget de l'État stable, le gouvernement a fait le choix de la responsabilisation individuelle par la participation des usagers aux coûts. Plutôt que de généraliser une contribution sociale en fonction des revenus. Au risque, dans un pays où l'inégalité des revenus se creuse de façon spectaculaire, d'organiser un accès à la santé à plusieurs vitesses, avec une facilité et une qualité d'accès aux soins proportionnelles aux revenus ! ■

POLITIQUE

revue de débats

La politique, c'est tout un art

La politique, c'est tout un art : celui de vivre en société, d'organiser les conflits, de peser les alternatives. Tout le monde est concerné. Car la politique n'est pas d'abord l'affaire de ceux qui en font profession. Ceux-là seront d'autant plus efficaces qu'ils pourront, à tout moment, sentir le pouls de citoyens impliqués et informés. Mais comme pour tout art, il faut de l'apprentissage et de l'exercice. C'est à cela que servent les indispensables espaces démocratiques que constituent les revues.

La revue POLITIQUE est publiée depuis 1997. Indépendante, engagée à gauche mais sans dogme ni tabou, elle s'attache à rendre la vie politique belge plus intelligible, notamment par le recours systématique au débat et à la confrontation des points de vue.

Informations pratiques : voir en page 2 ou sur le site de POLITIQUE
<http://politique.eu.org/larevue/abonnement.html>

Les derniers numéros parus ou à paraître

