

AVRIL 2013

CONCOURS INGÉNIEURS STATISTICIENS ÉCONOMISTES

ISE Option Mathématiques

CONTRACTION DE TEXTE

(Durée de l'épreuve : 3 heures)

Le candidat résumera en 200 mots (réduction au 1/10^{ème}) le texte suivant de Valéry Ridde et Karl Blanchet publié en 2008 dans la Revue Humanitaire. Il n'oubliera pas de préciser le nombre de mots utilisés à la fin de sa copie.

Vers la gratuité des soins en Afrique ?

« Lorsque j'ai reçu une ordonnance, le médecin m'a dit "tant que tu n'auras pas payé, nous allons t'emprisonner" », raconte Christine, une jeune Burundaise de 18 ans. Dans ce petit pays voisin du Rwanda, des dizaines de malades ont ainsi été séquestrés plusieurs jours voire plusieurs semaines. Ce sont les gardiens des hôpitaux, salariés de sociétés de gardiennage privées, qui se chargent de faire respecter la règle. Dans d'autres pays où certains patients s'enfuient la nuit car ils ne peuvent pas régler les frais (les infirmiers les appellent les « évadés »), on confisque les pièces d'identité pour les obliger à revenir payer. Des cartons entiers de ces documents peuvent ainsi s'entasser dans les bureaux des centres médicaux. Au Burkina Faso, pour que les patients n'oublient pas de s'acquitter de leur dû, on peut lire « Pour la santé soyons prêts à payer le prix » sur les murs des dispensaires comme celui de Bindi situé au nord du pays.

« Si tu pars au centre de santé, explique Mariam Ouedraogao qui vit dans un village reculé à l'est de Ouagadougou, le papier que tu dois prendre afin qu'on regarde de quoi tu souffres, ça coûte 200 francs CFA. Tu prends ce papier avant qu'on ne te consulte. Si on te consulte et on voit ta maladie, pour te soigner, on te donne un autre papier, une ordonnance, pour que tu achètes des médicaments. En ce moment si tu n'as pas d'argent, tu vas rester à la maison pour te soigner. C'est ce qui fait que les centres de santé, « c'est pas tout le monde qui y va ».

Un système inégalitaire

En effet, contrairement à la plupart des pays riches, en Afrique, les patients doivent payer la totalité des coûts sans qu'aucun système d'assurance ne rembourse leurs frais. Depuis les années 1980, les systèmes de soins africains reposent sur le paiement direct des prestations par le patient et non plus sur la gratuité, comme dans les années qui ont suivi les indépendances. Mise en place sous l'impulsion des bailleurs de fonds (FMI, Banque mondiale, etc.), cette politique a bénéficié de la complicité de ceux que la chercheuse américaine Merilee Grindle nomme les « acolytes nationaux ». Les élites locales « se soignent toutes dans le privé et souvent à l'étranger ; elles n'accordent aucune priorité réelle à la santé publique ».

L'expérience a montré que le paiement direct ne permet pas d'entretenir les systèmes de santé en Afrique. Pis, il constituerait même une barrière empêchant les plus pauvres de se soigner. Selon la Banque mondiale elle-même, il ne couvrirait que 5 à 10 % des besoins. Les populations les plus malades – qui sont souvent aussi les plus miséreuses – financent ainsi, en partie, le système de santé. Or les principes de solidarité et d'équité voudraient que l'on tienne compte de la « capacité à payer » des populations. En Sierra Leone, les milieux modestes consacrent 25 % de leurs revenus aux dépenses médicales tandis que les plus riches seulement 3,7 %. Dix à trente pour cent de la population du continent africain n'auraient pas accès aux soins pour des raisons budgétaires. Ils seront « toujours arrêtés à la porte » nous disait un paysan du Burkina. En outre, un grand nombre de personnes s'endettent pour payer leurs ordonnances ou sont obligés de vendre leurs animaux ou leurs récoltes. C'est ce que l'on appelle des « dépenses catastrophiques » qui appauvrissent encore les pauvres lorsqu'ils tombent malades. La proportion des ménages qui doivent effectuer de tels déboursments catastrophiques est de 1,3 % en France contre 8,5 % au Malawi, par exemple.

La Banque mondiale fait marche arrière

Dans les pays qui ont instauré un système de santé largement financé par le public (à travers les cotisations, les taxes ou les impôts), il demeure relativement aisé de se faire soigner lorsque l'on ne dispose pas d'argent. Mais en Afrique où les revenus fiscaux sont faibles et le financement de la santé majoritairement d'origine privée, la collectivité laisse les patients seuls face à leurs besoins. L'aide internationale, qui n'a pourtant jamais été aussi importante dans ce secteur – elle est passée de 6 milliards de dollars en 2000 à 14 milliards en 2005 – se révèle insuffisante pour répondre à la demande. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ne seront d'ailleurs pas atteints. L'aide paraît en effet trop concentrée sur la lutte contre des maladies spécifiques (sida, tuberculose, etc.) et pas assez sur le renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble.

C'est pourquoi, après avoir pendant 20 ans demandé aux patients de payer lorsqu'ils consultent, les pouvoirs publics nationaux et mondiaux semblent amorcer un changement de cap. Même la Banque mondiale qui a été le plus ardent défenseur de l'imposition du paiement direct des soins dans les années 1980 et 1990, semble changer d'avis. Dans sa nouvelle politique de santé promue en 2007, elle affirme qu'elle soutiendra les pays qui décident d'abolir le paiement direct. De même, en juin 2007, la directrice générale de l'Organisation

mondiale de la santé (OMS) abondait en ce sens : « Si vous voulez réduire la pauvreté, cela me paraît censé d'aider les gouvernements à abolir le paiement ». En outre, nous avons pu observer comment, discrètement, sur le terrain, le bureau d'aide humanitaire de la Commission européenne appuie des associations qui mettent en place la gratuité des soins en Afrique. Mais les fonctionnaires de l'aide au développement à Bruxelles ne semblent pas tous d'accord. Pourtant, selon le chercheur britannique Chris James, l'abolition du paiement des soins pour les enfants de moins de 5 ans dans 20 pays d'Afrique sub-saharienne pourrait sauver de 150 000 à 300 000 vies.

Certains gouvernements africains semblent acquis à une réorientation des politiques de santé. Ainsi, l'Afrique du Sud ou l'Ouganda en sont maintenant à plusieurs années d'expériences en ce sens. Plus récemment, le Sénégal a rendu gratuits les soins donnés aux personnes âgées ; au Mali ce sont les césariennes ; au Niger, les consultations pour les enfants de moins de 5 ans ; au Burkina Faso les accouchements sont subventionnés à 80 % par l'Etat. Dans tous ces pays, les effets sont immédiats et le nombre de consultations a augmenté parfois de manière exponentielle. Mais ce virage n'a pas toujours été bien préparé : les décisions ont été prises rapidement sans laisser aux techniciens le temps de s'adapter. En effet, c'est souvent sous l'effet de crises majeures que la suppression du paiement direct s'est imposée : les détentions de patients au Burundi, la crise alimentaire au Niger, ou le blocus économique et politique à Madagascar.

Les freins au changement

Cependant, des réticences se manifestent. Ainsi, Drissa, infirmier rencontré dans un dispensaire au Niger se montre amer : « J'ai l'impression que le Niger est devenu un laboratoire pour tester tous les systèmes, un pays cobaye ». On s'inquiète du financement, du manque de préparation, du besoin de suivre et d'évaluer l'introduction d'un tel changement, ou encore de sa pérennité. Au Niger, le ministère des Finances renâcle : « Quand ça arrive au Trésor, on a l'impression que ce n'est plus une priorité nationale » nous dit un représentant d'une agence internationale de coopération. Prudemment, le Burkina Faso s'est borné, en janvier 2008, à la réduction – et non pas la suppression – du paiement des traitements des antirétroviraux, en attendant que la question de la gratuité trouve réponse dans la durabilité des financements requis. Pourtant, ces traitements sont gratuits dans tous les pays de la région et l'expérience a montré, au Sénégal par exemple, que cette pratique ne rendait pas, contrairement aux idées reçues, les patients moins motivés dans le suivi de leur traitement.

Mais certains villageois, quant à eux, ne comprennent pas les nouvelles directives. Dans les années 1980, l'idée de la participation communautaire visait à confier aux paysans le contrôle des centres de santé par la mise en place de comités de gestion. Ce système n'a jamais vraiment fonctionné et la participation s'est limitée à une contribution financière. Aussi, les paysans ont pris l'habitude de payer. Aujourd'hui, les responsables communautaires ne comprennent pas pourquoi on leur demande de supprimer cette pratique qui alimente les caisses des dispensaires où dormiraient des millions de francs CFA. Mais ces sommes n'ont jamais été utilisées pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, accroissant ainsi les

inégalités entre ceux qui peuvent payer et ceux qui n'en ont pas les moyens. Au Niger par exemple, seulement 4% des femmes les plus pauvres accouchent avec l'aide d'un personnel médical qualifié contre 63% de leurs consœurs des ménages riches. De surcroît, les villageois se souviennent des années 1960 et 1970 quand la gratuité signifiait absence de médicaments et mauvaise qualité des soins.

Certains soulignent que le terme « gratuité » est un abus de langage médiatique. En effet, même si l'acte médical n'est plus payant, le patient devra toujours financer le transport, le temps perdu, l'alimentation des accompagnants et tous les autres frais indirects. À la lumière de l'expérience ghanéenne, on s'interroge ainsi sur les réels bénéficiaires des nouvelles politiques. Dans ce pays d'Afrique de l'Ouest, des chercheurs ont observé que les interventions de santé publique universelles ne profitent pas, dans un premier temps, aux plus pauvres mais d'abord aux plus riches. Les plus pauvres vivent souvent loin des villes et des centres de santé et l'information sur l'existence de nouveaux services leur parvient difficilement. Les plus riches qui sont aussi les plus éduqués sont les premiers à avoir les moyens d'adopter de nouveaux comportements favorables à la santé. Ajoutons que les infirmiers qui bénéficient dans certains pays de ristournes sur ces paiements ne sont pas très heureux non plus. Pour un certain nombre d'entre eux, les paiements directs sont un moyen commode d'arrondir les fins de mois de leurs maigres salaires, par des pratiques qualifiées pudiquement de « paiement informel ». Enfin, la dernière difficulté à surmonter est évidemment celle du financement. La plupart de ces politiques d'exemption sont financées directement ou indirectement par les bailleurs de fonds internationaux. La « mode » passée, poursuivront-ils ? À quand le prochain revirement de politique ? Les États africains vont-ils enfin, à l'aune de ces expériences, accorder un budget décent à la santé ? Abolir le paiement ne suffit pas : il faut aussi investir dans l'amélioration conséquente de l'offre de soins et payer des salaires décents aux professionnels de la santé pour éviter, notamment, la fuite des cerveaux. La déclaration d'Abuja et l'engagement des États de consacrer au moins 15 % de leur budget à la santé n'a été respectée que par une minorité de pays tel que le Ghana par exemple.

Au nom de la reconnaissance grandissante du droit à la santé, des luttes associatives pour l'accès aux médicaments antirétroviraux et de l'accès aux soins comme nouveau bien public mondial, les bailleurs de fonds et les responsables politiques africains commencent à reconsidérer l'accès aux soins des plus pauvres. Mais la vigilance s'impose. Si la Société financière internationale, associée à la Banque mondiale, recommande dans son dernier rapport l'investissement dans le secteur privé de la santé en Afrique, elle annonce la couleur en évoquant le « business de la santé en Afrique ». Sont-ce là les prémices d'une nouvelle vague de réformes ?

Valéry Ridde et Karl Blanchet

Revue Humanitaire