

Un système de santé africain financièrement accessible et durable au XXI^e siècle

Préparé par

Alain Yao

Juin 2006

Cet article fait partie d'une série de documents de travail à caractère spéculatif qui examine les expériences passées et les directions futures des systèmes de santé africains – du niveau théorique au niveau pratique, d'une vision idéaliste à une perspective concrète. Sept auteurs différents ont répondu à notre question, à savoir « À quoi un système de santé africain financièrement accessible et durable devrait-il ressembler au XXI^e siècle. » Pour consulter les autres articles ainsi qu'un document de synthèse mettant en exergue les meilleurs éléments de chaque travail, visitez www.research-matters.net.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I- SYSTEME DE SANTE CUBAIN, SECTEUR CORPORATIF, SYSTEME DE SANTE DES ANCIENS COLONISATEURS : QUELLES LEÇONS POUR UN SYSTEME DE SANTE AFRICAIN IDEAL ? 2

A- Le système de santé cubain 2

B- Le secteur corporatif..... 3

C- Systèmes de santé des anciens colonisateurs..... 5

D- Quels éléments des systèmes des anciens colonisateurs sont-ils à éviter ?..... 6

II- POURQUOI LE MODELE CUBAIN SERAIT-IL DESIRABLE ET COMMENT PASSER DE LA SITUATION ACTUELLE POUR L'ATTEINDRE ?..... 7

A- Pourquoi le modèle cubain serait-il désirable? 7

B - Comment partir de la situation actuelle pour atteindre les indicateurs du modèle cubain ?..... 10

III- QUEL TYPE D'ORGANISATION, QUEL TYPE DE GOUVERNANCE FAUT-IL REPENSER?..... 11

A- Type d'organisation..... 11

B- Type de gouvernance12

CONCLUSION

Introduction

Face à la pandémie du sida les systèmes de santé africains ont montré leurs limites en terme d'accessibilité financière ; limites atténuées grâce aux contributions des organismes internationaux et des multinationales. Ce qui a fait dire au Dr Brundtland de l'OMS que : "Les pauvres deviennent seulement plus pauvres en payant de leur poche pour améliorer leur santé."¹ D'où l'objet de cet article : «À quoi un système de santé africain financièrement accessible et durable devrait-il ressembler au XXIe siècle?»

Si l'on considère qu'un système de santé idéal est un système avec un minimum d'inconvénients ou encore un système accessible, équitable, durable et de qualité alors on aspirerait à un système aussi efficace que celui de la célèbre marque Coca-cola. La boisson Coca-Cola n'est-elle pas accessible géographiquement, financièrement et de même qualité quel que soit son lieu de vente ? Une extrapolation de ce modèle du secteur corporatif au système de santé nous donnerait un système où le médecin exercerait à proximité de ses patients et dans lequel les consultations et les médicaments seraient à portée de la population. Une autre extrapolation a plutôt eu lieu ; celle des systèmes de santé des anciens pays colonisateurs vers l'Afrique subsaharienne. Bien que celle-ci ait permis d'énormes progrès en termes d'infrastructures et de formation de personnels de santé, il n'en reste pas moins que la réalité est bien loin des espérances. Du fait des coûts trop élevés des systèmes de santé des anciennes puissances coloniales, ils correspondent à un idéal non accessible pour l'Afrique. D'où l'intérêt de porter un regard au système cubain. Système ayant fait ses preuves, pragmatique, fonctionnel et adapté aux réalités socio-économiques africaines.

Pour apporter des éléments de réponses à un système de santé africain financièrement accessible et durable au XXIe, nous allons évoquer successivement les leçons à tirer de l'expérience du système de santé cubain, du secteur corporatif et dans quelle mesure certains éléments des systèmes des anciens colonisateurs devraient être évités. Ensuite, nous étudierons comment passer de la situation actuelle pour atteindre les indicateurs du modèle cubain, et pourquoi cela serait désirable. Enfin, nous examinerons quel type d'organisation et quel type de gouvernance il faudrait repenser.

¹ Dr Brundtland G. H. L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde. 21 juin 2000

I- Système de santé Cubain, secteur corporatif, système de santé des anciens colonisateurs : quelles leçons pour un système de santé africain idéal ?

A- Le système de santé Cubain

Cuba a un système national de santé intégré et décentralisé. Une analyse de ce système montre que les facteurs clefs de succès sont d'ordre organisationnel et structurel. Au plan organisationnel, le système de santé est décentralisé avec ses comités de santé, ses services municipaux de santé, ses assemblées populaires municipales et les différentes collaborations qui existent entre ces entités, permettant au citoyen de participer aux prises de décisions le concernant en émettant ses préoccupations et en étant arbitre des choix proposés. Contrairement à ce que l'on peut penser, la décentralisation n'a pas créé d'inégalité entre entités géographiques du fait de l'importance du personnel médical et de sa répartition par le pouvoir central. Elle n'a pas eu également pour conséquence l'affaiblissement de la position du secteur public, mais plutôt son renforcement malgré l'embargo américain (embargo économique commercial et financier : lois Torricelli et Helms-Burton) qui dure depuis 46 ans. Cependant, cet embargo menace la viabilité financière du système de santé cubain.

Sur le plan structurel, le système de santé cubain repose sur la primauté accordée aux soins de santé primaire, à la médecine préventive et aux médecins de familles. Ils sont intégrés à la population par des « consultorio » équivalentes à de petites cliniques médicales dans chaque quartier. Chaque médecin de famille est responsable de 120 familles et ce dernier réside dans la communauté. La médecine traditionnelle occupe également une place de choix dans la prise en charge des patients. Elle a été intégrée dans le système de santé dès les années 1991 pour se prémunir de la difficulté d'approvisionnement en médicaments. Cette expérience a démontré que les deux types de médecine ne sont pas incompatibles. Par ailleurs, l'industrie biotechnologique s'est développée avec comme résultat la fabrication en 2001 de médicaments génériques, dont ceux du sida. La structure de l'offre de soins se traduit par des soins accessibles à tous et gratuits à l'exception des médicaments de première ligne. L'assertion selon laquelle : « le meilleur moyen pour évaluer l'accessibilité financière ou économique est de comparer le prix du médicament avec le salaire journalier le plus bas ou moyen du pays »² est donc applicable au système de santé cubain. **On soulignera que les principales leçons à retenir sont respectivement la gratuité des services de santé malgré**

² Zio Sandrine. Les Accords du commerce international et l'accessibilité aux médicaments dans les pays en développement. 7 octobre 2005.

l'embargo américain, la priorité accordée aux soins de santé primaires intégrés à la population et la volonté de développer l'industrie pharmaceutique locale.

B- Le secteur corporatif

Capitalisme humanitaire, fond éthique, projet d'entreprise, démarches de solidarité, mécénat, parrainage, marketing à vocation humanitaire, sous des appellations diverses les entreprises du secteur pharmaceutique et celles des autres secteurs d'activités participent au renforcement des systèmes de santé africains. Pour certaines multinationales, il s'agit de poursuivre les politiques de solidarité dans les filiales en Afrique, pour d'autres, des initiatives ont été menées du fait de l'impact économique désastreux de la pandémie du sida. Certaines entreprises africaines participent également à cet effort notamment la Debswana, la plus grande compagnie diamantifère du Botswana. Notre contribution ne sera pas de savoir si l'action des multinationales est philanthropique ou si c'est une stratégie avec en prime un retour sur investissement. Par contre, on s'attellera à savoir comment mettre les compétences et le savoir-faire des multinationales au service de l'accessibilité financière et de la durabilité des systèmes de santé africains.

D'abord, comment s'appliquent les programmes de solidarité corporative aux systèmes de santé africains ? Pour améliorer l'accessibilité financière des populations, certaines entreprises pharmaceutiques proposent des tarifs préférentiels, baissent le prix de leurs médicaments, fournissent gracieusement des vaccins, tandis que d'autres font des concessions sur leurs brevets afin de faciliter la fabrication de médicaments génériques. Les multinationales, n'ayant pas d'expertise dans le domaine de la santé, interviennent plutôt financièrement dans les programmes de santé des Nations Unies. Quand elles ont des filiales en Afrique, elles financent également des actions préventives de dépistage et de prise en charge des traitements de maladies pour leurs employés et leurs familles et souvent même pour des communautés locales.

Un large éventail d'actions existe pour assurer la durabilité des programmes ; d'abord les noms qui leurs sont attribués s'inscrivent d'emblée dans le long terme en l'occurrence les programmes « sécuriser le future » de Bristol-Myers Squibb ou encore le « *Step forward for the world's children* » du laboratoire Abbott. Ensuite, les budgets sont pluriannuels et se chiffrent en centaines de millions de dollars. Le choix des projets à financer s'inscrit aussi dans la durabilité notamment en privilégiant les projets reproductibles, la

participation active des populations concernées dans le processus d'élaboration des projets et l'attribution des financements. En outre, les programmes se concentrant sur l'amélioration des services locaux de santé et sur le soutien accordé aux programmes éducatifs sont privilégiés. Preuve supplémentaire de l'engagement à long terme, la législation des fondations d'entreprises impose une durée d'existence de cinq ans au minimum.

Quelles leçons pouvons nous tirer du secteur corporatif ? Pour améliorer l'accessibilité financière de leurs produits les corporations adoptent plusieurs stratégies, notamment en créant des filiales, en faisant de la sous-traitance, en concluant des joint-ventures ou coentreprises qui sont des alliances d'affaires entre entreprises en vue de la réalisation d'un projet commun, etc. Ces pratiques s'apparentent aux modes d'interventions de multinationales quant à l'aide à apporter aux systèmes de santé africains. Ainsi, les partenariats public-privé (États – Entreprises) peuvent être assimilés à des joint-ventures. De même un parallèle peut être établi entre les fondations d'entreprises et les filiales, toutes deux ayant pour but d'appliquer les politiques de l'entreprise. Les relations entre les entreprises et les programmes des Nations Unies convergent pour leur part vers la sous-traitance dans un but de minimiser les risques d'investissements et d'augmenter le financement dans le secteur de la santé qui ne leur est pas toujours familier. A partir de cette réflexion, les systèmes de santé africains pourraient également appliquer ces différents outils pour faciliter l'accessibilité financière des médicaments et des infrastructures sanitaires.

Pour assurer leur durabilité, les systèmes de santé africains pourraient premièrement s'inspirer de l'expertise des multinationales dans le domaine du développement durable se déclinant par : le financement d'un programme de santé tenant compte de l'avis des professionnels et des objectifs à moyen et long terme des ministères de la santé. Ce dernier ne devra pas être automatique mais être fonction des valeurs propres à chaque population. Les autres considérations à prendre également en compte sont les principes de précaution, de prévention, de réversibilité, de subsidiarité et la programmation d'évaluations permanentes.

Deuxièmement, les systèmes de santé africains pourraient adopter les méthodes de gestion des multinationales, notamment en publiant un triple bilan (bilan économique, social et environnemental)³ après un triple mécanisme de contrôle (un commissaire aux comptes en interne et deux organismes extérieurs indépendants comme la cour des comptes en France⁴ et

³ Trocmé R. ; la responsabilité sociale des entreprises au niveau mondial : élément de définition, difficultés et enjeux.

⁴ Cour des comptes. Observations de la cour des comptes sur les comptes d'emplois des ressources collectées auprès du public par le Comité français pour l'UNICEF. Juillet 2004.

un cabinet d'audit⁵). En plus de donner des gages de bonne gestion de la part des États africains, ces méthodes instaurent aussi un climat de confiance vis-à-vis des organismes internationaux et des multinationales, habilitant ainsi ces derniers à financer les systèmes de santé africains. En échange, cela aura pour conséquence de contribuer à éviter le paradigme de l'aide non décaissée⁶ : « bien qu'il soit nécessaire d'augmenter le financement de la santé en Afrique, il est non moins nécessaire d'améliorer l'utilisation des fonds existants dans la mesure où une large partie des fonds disponibles n'est pas décaissée. »

C- Systèmes de santé des anciens colonisateurs

En France l'accessibilité financière est garantie par l'assurance maladie obligatoire connue sous le nom de Sécurité Sociale. L'assurance maladie est un moyen pour financer une couverture universelle ayant pour but l'accès à des soins de santé raisonnables pour tous. Cette couverture s'est concrétisée par la C.M.U (Couverture Maladie Universelle) en n'omettant pas les personnes les moins nanties de la société et l'A.M.E (Aide Médicale d'État) pour toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière.

L'Angleterre utilise par contre un système national de santé (National Health Service) financé à 80 % par l'impôt pour appliquer le principe de couverture universelle. Toute la population résidente bénéficie de cette couverture. Les services de santé sont gratuits, cependant il existe une franchise pour les dépenses pharmaceutiques ainsi que pour les tests ophtalmiques et un copaiement est instauré pour les soins à long terme.

Quant au système Belge, financé par les cotisations sociales à 75 % et les impôts à 25 %, il se base sur la solidarité (Cotisation proportionnelle au revenu). Les malades ont un ticket modérateur qui est la part restant à la charge de l'assuré. Ce ticket correspond au quart du coût des soins et peut être couvert par une mutuelle.

Pour ce qui est de l'Allemagne, elle a un système de santé reposant sur un principe d'assurance sociale. La population est couverte à 88 % par l'assurance légale obligatoire ou volontaire et la part restante est prise en charge par des assurances privées et des petits régimes publics.

Une leçon à tirer de ces différents systèmes serait en premier lieu la priorité de l'accessibilité financière quel que soit le type de financement afin d'arriver à une couverture

⁵ Ernst & Young. Rapport pharmaceutique mondial 2005.

⁶ Marek T., Eichler R., Schnabl P. Banque Mondiale. Allocation des ressources et acquisition des services de santé en Afrique. Qu'est ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ? Mars 2006.

universelle. En second lieu, selon une étude du CREDES⁷ les dépenses en soins hospitaliers par habitant sont beaucoup plus faibles dans les systèmes nationaux que dans les systèmes d'assurance sociale ; par conséquent du fait des faibles capacités financières des pays africains, les systèmes nationaux de santé devrait être privilégiés.

Les délais de transitions entre les caisses maladies à enrôlement facultatif et la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire, ayant pour but la couverture universelle, sont longs. Les périodes entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie et de la dernière loi pour la mise en œuvre de la couverture universelle sont de 79 ans en Autriche, 118 ans en Belgique, 127 ans en Allemagne⁸ et 55 ans en France. Ces durées ne prennent pas en compte l'évolution du pourcentage de la population qui est couverte pendant cette période. Les pays africains doivent-ils attendre également plus de 70 ans avant d'avoir une couverture universelle ?

L'analyse des systèmes de santé des anciennes puissances colonisatrices révèle qu'ils possèdent tous des outils de régulation. Les plus fréquents sont ceux de l'offre et de la demande, les outils de planification, les conventions et les contrats. Comme exemples on peut citer : les mécanismes pour assurer le suivi des médecins et celui de leurs activités (profil statistique, codage des actes, etc.), les mécanismes encourageant la prescription des génériques, les outils de bonne pratique médicale (guidelines, recommandations, etc.), la régulation par le contrôle du coût des soins, l'éducation et la sensibilisation des patients aux problématiques de maîtrise des dépenses de santé, les conventions entre les caisses d'assurance maladie ; l'État et les professionnels de santé du secteur privé, etc. La mise en place de ces outils de manière graduelle en Afrique pourrait renforcer la pérennité des systèmes de santé.

D- Quels éléments des systèmes des anciens colonisateurs sont-ils à éviter ?

Plusieurs actions peuvent être entreprises dans l'intérêt des systèmes de santé africains :

Premièrement les actions préventives doivent être privilégiées contrairement aux politiques de santé des anciennes puissances colonisatrices : « Les pays de l'OCDE ne consacrent que 3 % de leur budget santé aux actions de prévention et de sensibilisation du

⁷ Mousquès J., Paris V. Le fonctionnement des hôpitaux dans six pays étrangers (Credes : Centre de recherche d'études et de documentation en économie de la santé) Avril 2002.

⁸ Carrin G., James C. Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire. OMS. Janvier 2004.

public »⁹ . Il est indéniable que face aux données épidémiologiques, le vieil adage " Mieux vaut prévenir que guérir " s'applique parfaitement à la pandémie du sida et aux autres causes de mortalité notamment celles liées à l'alcool et au tabagisme.

Deuxièmement, il ne faudrait pas contingenter la formation des professionnels de la santé par un numerus clausus. Pour envisager de le faire, il semble logique qu'il faille d'abord atteindre le seuil fixé par l'OMS de 1 médecin pour 10.000 habitants et rares sont les pays africains qui atteignent ce ratio.

Ensuite il serait souhaitable de laisser la liberté au patient de choisir son médecin ; ce qui n'est pas le cas au Royaume-Uni où les résidents doivent s'inscrire sur la liste d'un médecin généraliste pour une durée minimum d'un an. Enfin, il ne faudrait pas favoriser les infrastructures sanitaires nécessitant des coûts d'entretiens élevés telles les constructions d'hôpitaux en tours nécessitant l'utilisation d'ascenseurs qui auront une incidence sur le budget hospitalier au niveau des coûts d'électricité et des frais d'entretien.

II- Pourquoi le modèle cubain serait-il désirable et comment passer de la situation actuelle pour l'atteindre ?

A- Pourquoi le modèle cubain serait-il désirable?

Bien qu'il ne soit peut-être pas désirable ou possible de le reproduire dans son entièreté, certains éléments du modèle cubain seraient tout de même souhaitables pour les systèmes de santé africains, notamment l'importance à accorder à la médecine préventive, l'existence de ressources humaines suffisantes, l'importance accordée aux femmes et aux enfants ainsi que la gratuité des soins.

La prévention a joué un rôle clé dans la réduction de la prévalence du sida à Cuba¹⁰ comme nous le montre le tableau 1 ci-dessous. Dans le cas spécifique du sida, « les stratégies de prévention reposent sur une double action - soins, et appui à ceux qui vivent avec le VIH ou le SIDA et prévention ciblée pour toutes les personnes exposées ou vulnérables à l'infection ». ¹¹ En ayant une couverture du traitement antirétroviral de 100 % à Cuba contre 17 % en Afrique,¹² Cuba a accompli les deux volets des stratégies de prévention. Par ailleurs pour l'ONUSIDA¹³ « la prévention est le fondement de la riposte au SIDA » et Stover

⁹Eco- Santé. OCDE 2005. Dépenses en santé publique et prévention, 2003

¹⁰ Pérez J. & al. Approaches to the Management of HIV/AIDS in Cuba. Prevention versus care : a false dichotomy. WHO.

¹¹ ONUSIDA/OMS. Fiche épidémiologique Cuba.

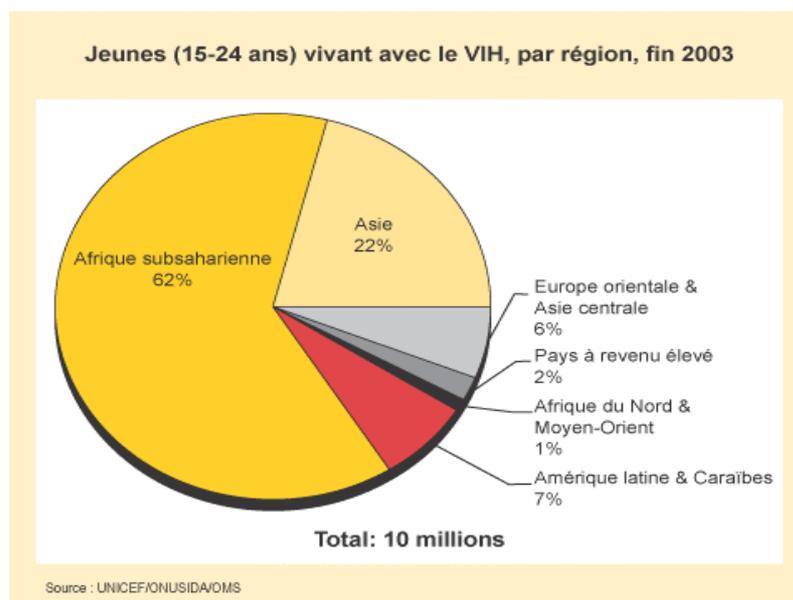
¹² OMS. Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde. Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au delà. Mars 2006.

¹³ Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de Sida .ONUSIDA.

& al.¹⁴ ont démontré les effets de celle-ci sur les comportements à risque. De ce fait, face à la forte prévalence du sida en Afrique (voir graphique) et au faible taux de couverture du traitement antirétroviral, l'Afrique devrait privilégier les actions préventives.

Tableau 1 : données épidémiologiques du sida (Source ONUSIDA 2004)

Pays	Cuba	Côte d'ivoire	Cameroun	Mali	Gabon	Burundi	Rwanda	Liberia	République du Congo
Prévalence du VIH %	0,1	7	6,9	1,9	8,1	6	5,1	5,9	4,9
Personnes vivant avec le VIH	3300	530.000	520.000	120.000	45.000	220.000	230.000	96.000	80.000



Deuxièmement, l'importance à accorder à la formation est primordiale car disposer de ressources humaines suffisantes permettra la réalisation des politiques de santé. Cette assertion s'est confirmée lors de l'évaluation du programme 3 by 5 de l'OMS : « De nombreux pays manquent de médecins et de personnel infirmier pour administrer le traitement antirétroviral. »¹⁵ De manière indirecte, les sérieux déficits en terme de ressources humaines sont une des causes de l'aide non décaissée.¹⁶ De ce fait, la réalisation de programmes de santé n'est pas toujours effective. De même, selon le forum de haut niveau sur

¹⁴ Stover & al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? The lancet.

¹⁵ OMS. Département du VIH/SIDA : Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde. Le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Juin 2005.

¹⁶ Marek T., Eichler R., Schnabl P. Banque Mondiale. Allocation des ressources et acquisition des services de santé en Afrique. Qu'est ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ? Mars 2006.

les OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement) liés à la santé, il existe une corrélation entre les ressources humaines et les résultats des systèmes de santé;¹⁷ d'où l'importance qu'accorde l'Union européenne aux ressources humaines dans son document de stratégie pour l'Afrique occidentale.¹⁸ Cuba ayant un ratio de 591 médecins pour 100000 habitants (Norme OMS : 10 médecins pour 100000 habitants.),¹⁹ il ne saurait y avoir un déficit de ressources humaines.

Un troisième élément à prendre en considération est l'importance accordée aux enfants et aux femmes, notamment à travers le programme de vaccination cubain qui couvre 11 maladies, soit 4 de plus que le Programme Elargi de Vaccination (PEV) initié par l'OMS en 1974 (ce sont respectivement la rubéole, l'oreillon, l'hépatite B et le méningocoque). Même en présence du PEV, les taux de couvertures en Afrique subsaharienne ont, selon l'UNICEF²⁰, chuté de plus de 50 % en 2000.

Finalement, le dernier élément et possiblement le plus important est l'accessibilité financière du système cubain : la gratuité des soins à Cuba en tant que cheval de bataille du système de santé est une réussite. Pour certains, la gratuité entraînerait une surconsommation des services de santé : « La médecine gratuite que certains revendiquent ne serait qu'un mirage inatteignable. Elle lâcherait les amarres d'une surconsommation inutile voire nuisible à la santé, qu'il est déjà difficile de faire reconnaître et d'endiguer. »²¹ Pour d'autres, la gratuité aurait une répercussion négative sur la qualité des services : « Les pays restés partisans du tout gratuit, sont confrontés à un problème majeur de financement sur le budget et les services de santé sont de mauvaise qualité. »²² Il n'en demeure pas moins que pour éviter toute surconsommation, il existe des mécanismes comme la réforme française - entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, elle concerne le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés. Hors de ce parcours, des pénalités financières sont prévues et le coût à la charge des assurés est plus élevé. L'objectif étant d'éviter les consultations superflues et les examens inutiles. De même en France la couverture maladie universelle complémentaire gratuite est réservée aux pauvres et aux personnes à revenus modestes. A état de santé donné, ces personnes ne consomment pas plus que les autres bénéficiaires de l'assurance maladie

¹⁷ Forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé. Ensemble contre la crise des ressources humaines pour la santé. Novembre 2005.

¹⁸ Document de stratégie de coopération régionale et programme indicatif régional pour la période 2002-2007. Afrique de l'Ouest- Communauté européenne.

¹⁹ Indicateurs du développement Humain. Rapport Mondial sur le développement humain 2005. PNUD.

²⁰ Unicef. Élargir la couverture médicale.

²¹ Feltesse P : l'accessibilité des soins de santé. Fondation travail - université (Bruxelles) 26 janvier 2001 p 4/59

²² CREDES : Le risque maladie pour les assurances sociales : bilan et perspectives dans les pays en développement. Septembre 2000

titulaires d'une couverture complémentaire.²³ S'agissant de la qualité des services de santé et des soins, référons-nous à l'indice de développement Humain des Nations Unies²⁴ qui place Cuba au 52^{ème} rang sur 175 pays.

Tableau 2 : Performance du système de santé cubain versus les systèmes de santé africains.

	Espérance de vie	Dépenses publiques de santé (en % du PIB)	Population disposant d'installations sanitaires de qualité	Enfant d'1 an effectivement vacciné contre :	
				tuberculose	rougeole
Cuba	77,2 ans	6,5 %	98 %	99 %	99 %
Afrique subsaharienne	46,1	< 4 %	36%	75 %	62 %

Source undp, 2005

Le tableau ci-dessus démontre que malgré la gratuité des services de santé et le blocus américain, Cuba dispose d'installations sanitaires de qualité, que l'espérance de vie y est élevée et que le programme de vaccination est efficace.

B - Comment partir de la situation actuelle pour atteindre les indicateurs du modèle cubain ?

À court terme, les montants consacrés à la santé publique et à la prévention dans les budgets de la santé africains pourraient être augmentés sans le faire aux dépens d'actions curatives, tout en évitant de financer les stratégies n'ayant pas un rapport coût-efficacité avéré. De plus, il serait recommandé d'augmenter les effectifs accédants aux professions de la santé. Pour financer cette démarche, les pays africains éligibles à l'annulation de la dette extérieure dans le cadre de l'Initiative PPTE (Pays Pauvre Très Endettés), pourraient tirer partie de ce bénéfice.²⁵

À moyen terme, l'intégration de la médecine traditionnelle de Cuba pourrait inspirer les systèmes de santé africains. A la différence de Cuba, la médecine traditionnelle n'est pas encadrée en Afrique. Une telle initiative entraînerait sûrement des réticences des partisans de

²³ Grignon M., Perronnin M. : Impact de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire sur la consommation de soins. CREDES. Novembre 2003.

²⁴ Indicateurs du développement Humain. Rapport Mondial sur le développement humain 2005. PNUD

²⁵ Banque Mondiale, Région Afrique: Plan d'action du Groupe de la Banque Mondiale pour relever le défi du développement de l'Afrique. 7 septembre 2005.

la médecine moderne, mais des arguments forts sont disponibles pour contrer une telle position. Premièrement, d'un point de vue culturel, les tradipraticiens font déjà partie des itinéraires thérapeutiques de nombreux patients africains : « en Afrique, jusqu'à 80 % de la population utilise la médecine traditionnelle pour répondre à ses besoins de santé »²⁶. Deuxièmement, l'expérience cubaine démontre qu'il est possible de conserver de bons indicateurs de santé tout en ayant recours à une telle médecine, et finalement de grandes nations comme le Japon ou la Chine ont eux- aussi intégré leur propre médecine traditionnelle avec la médecine moderne.

À long terme, il faudrait investir davantage dans l'éducation car elle constitue un déterminant de la santé. Selon l'indice du développement de l'éducation (IDE) pour tous de l'UNESCO²⁷, Cuba se classe à la 21^{ème} place, tandis que la Namibie - classée première en Afrique - se retrouve à la 78^{ème} place suivi du Kenya, du Congo et du Rwanda respectivement aux 101^{ème}, 102^{ème} et 103^{ème} places. Cet indice comprend l'enseignement primaire universel, l'alphabétisation des adultes, la qualité de l'éducation et la parité entre les sexes. Le taux d'alphabétisation cubain était de 96,9 % en 2005 contre 62 % en Afrique subsaharienne. Pour obtenir ces résultats, Cuba a du investir 11,4 % de son PIB dans l'éducation.

III- Quel type d'organisation, quel type de gouvernance faut-il repenser?

A- Type d'organisation

De prime abord, il serait souhaitable de renforcer les capacités des centres de santé régionaux, afin d'atteindre l'excellence des CHU. Ainsi, les populations pauvres et rurales auront un accès facilité aux soins de santé de qualité sans avoir à faire un voyage onéreux vers les capitales. Ces centres de santé régionaux pourraient nouer des partenariats avec les entreprises locales dans le but d'améliorer leurs infrastructures sanitaires. En échange, les entreprises auront un centre de référence pour leurs employés et un droit de regard sur les fonds attribués à l'hôpital, contribuant de cette manière à la durabilité du système de santé.

Ensuite, il convient de mettre les actions préventives au centre des systèmes de santé en passant par la décentralisation de la promotion de la santé comme celle effective à Cuba. Décentralisation qui conduit le médecin à vivre au sein de la communauté, afin de pouvoir

²⁶ OMS. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005.

²⁷ Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous. UNESCO 2005.

répondre aux urgences dans les meilleurs délais. C'est d'autant plus souhaitable du fait de la quasi-inexistence de service d'ambulance d'urgence dans la majorité des villes africaines.

Par ailleurs la politique de la médecine de ville doit être mieux supervisée, car il n'est malheureusement pas rare que des « apprentis médecins » pratiquent des avortements ou d'autres actes répréhensibles dans des cabinets non autorisés par les ministères de la santé. Quant à la politique de l'hôpital, il faudrait revoir les modèles de services aux urgences, afin de faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Enfin, il serait souhaitable de vulgariser les outils de la géographie médicale telles que les systèmes d'informations géographiques (SIG) - systèmes permettant d'avoir une image de l'état sanitaire d'un territoire à l'aide de la dimension géographique et d'entreprendre sa modélisation. Comme outils produisant des cartes sanitaires, on peut citer les logiciels « Healthmapper de l'OMS », « MapInfo », « Philcarto », ces derniers réalisant un panorama des hôpitaux, des cliniques privées et des professionnels de la santé sur un territoire. De ce fait, les zones déficitaires seront plus à même de recevoir des investissements et elles pourront être attractives pour des spécialisations complémentaires ; en l'occurrence il serait avantageux pour un pédiatre de s'installer dans une région couverte par plusieurs gynécologues. Les avantages de la géographie médicale sont soulignés par la « Commission de Démographie Médicale »²⁸ et une application en Afrique nous est donnée par Randremanana.²⁹

B- Type de gouvernance

La corruption et le manque d'équité dans les systèmes de santé africains sont des entraves à la bonne gouvernance, dans la mesure où elle ne satisfait pas de manière efficiente les besoins de la population en terme de santé ; citons le cas des antirétroviraux inaccessibles à la majorité des séropositifs.

L'équité est un concept faisant partie de l'initiative de Bamako, sous l'angle de l'utilisation des services ou celui des modes de financement³⁰. Cette initiative étant mitigée, il n'en demeure pas moins que le concept d'équité doit être intégré dans les prises de décisions politiques, de manière à promouvoir la justice sociale et l'accessibilité financière pour les personnes les plus démunies.

²⁸ Professeur Yvon Berland. Commission Démographie Médicale. Avril 2005

²⁹ Randremanana RV. Système d'Information Géographique et Santé : application à la ville d'Antananarivo (Madagascar). 2005.

³⁰ Ridde V. Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso. Université Laval 2005

Comme le souligne Transparency International,³¹ la corruption se définit par « l'abus d'une position publique à des fins privées. » Elle se traduit dans le domaine de la santé par le détournement et le vol des fonds du budget de la santé ou des revenus du ticket modérateur, le détournement de médicaments et de matériel, le trucage des marchés publics et les fraudes aux assurances. La corruption intervient également au niveau de la prestation des services de santé, des systèmes de paiement, de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique, de la manipulation des informations sur les essais des médicaments et des dessous de tables aux organes de contrôle. En utilisant les outils du système corporatif, notamment un contrôle renforcé de la gestion et une quête perpétuelle de réduction de coûts, les systèmes africains y seront moins confrontés. Un autre moyen de lutter contre la corruption, préconisé par Transparency International, serait de rendre accessible au public les informations sur les coûts des différents investissements en infrastructures sanitaires.

Que ce soit pour un service national de santé ou pour un système organisé autour d'une caisse maladie, seule la mise en place d'outils de contrôles rigoureux permettra d'assurer une bonne gouvernance avec pour corollaire la satisfaction des besoins en santé de la population. Il ne saurait y avoir de développement sans une bonne santé de la population. Cela nous est rappelé par la Commission macroéconomique de l'OMS³², selon qui investir dans la santé entraîne une croissance économique à long terme et une réduction de la pauvreté. Dans cette perspective, il n'y aurait pas de préjudice pour les générations futures, par conséquent le système de santé serait durable.

Conclusion

Au regard de la bonne performance du système de santé cubain, des méthodes de gestion du secteur corporatif et des leçons des systèmes de santé des anciennes puissances coloniales, il serait souhaitable pour un système de santé africain au XXI^e siècle en terme d'accessibilité financière de converger vers la gratuité des soins avec comme objectif à long terme une couverture universelle. Cela passe par une réorganisation des systèmes de santé et par la mise en place d'une gestion rigoureuse. Ce système pourrait être soit un service national de santé gratuit à l'image de celui de Cuba ou un système articulé autour d'une caisse d'assurance maladie imitant le concept français. Toutefois, il serait important de dénoter que

³¹ Rapport mondial sur la corruption. Corruption et santé. Transparency International. 2006.

³² Sachs J., Macroeconomics and Health. Investing in health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization. 20 December 2001

le service national de santé est moins coûteux en terme de dépenses en soins hospitaliers par habitant.³³ En outre la création d'une caisse maladie universelle à partir de mutuelles prend parfois plus de 70 ans avant qu'elle ne couvre toute la population.

En terme de durabilité, le budget de la santé devrait être plus orienté vers les actions de santé publique. On ne pourra s'attendre à une amélioration de la santé des populations seulement dans la mesure où les stratégies de santé donnent une place de choix à l'éducation, cette dernière pouvant véhiculer des messages de prévention et de promotion de la santé. De plus, l'expérience du secteur corporatif dans le domaine du développement durable pourrait être une contribution au financement des programmes. Également les organisations régionales africaines devraient développer leur industrie pharmaceutique afin d'assurer l'autosuffisance en médicaments de première ligne. Il serait nécessaire d'instaurer des mécanismes de régulation pour améliorer l'efficacité du système afin d'éviter toute surconsommation ou baisse de qualité dans les prestations. Finalement, une attention particulière portée sur la corruption et l'équité serait souhaitable pour l'obtention d'une bonne gouvernance et pour répondre aux besoins sanitaires actuels tout en ne compromettant pas la possibilité pour les générations futures de satisfaire les leurs.

³³ Mousquès J., Paris V. Le fonctionnement des hôpitaux dans six pays étrangers (Credes : Centre de recherche d'études et de documentation en économie de la santé) Avril 2002.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Appaix O. Économie et santé à Cuba : le défi du « Periodo Especial » ou les effets de 40 ans de réformes continues. Alternative Économiques.
- 2- Banque Mondiale, Région Afrique: Plan d'action du Groupe de la Banque Mondiale pour relever le défi du développement de l'Afrique. 7 septembre 2005.
- 3- Bas-Theron F., Chevrier-Fatome C., Duhamel G. L'encadrement et le Contrôle de la médecine ambulatoire. Étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays Bas. Inspection Générale des affaires Sociales. Mai 2002.
- 4- Carrin G., James C. Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles clé durant la période de transition. Organisation mondiale de la santé. Janvier 2004.
- 5- Cour des comptes. Observations de la cour des comptes sur les comptes d'emplois des ressources collectées auprès du public par le Comité français pour l'UNICEF. Juillet 2004.
- 6- CreDES. Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les pays en développement. Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement (DGCID). Ministère des Affaires Étrangères. Septembre 2000.
- 7- Danzon M. Investir pour la Santé. Actualité et dossier en santé publique (adsp). N° 18. Mars 1997. Page XXXI.
- 8- De Troyer M., Krzeslo E. Belgique : Assurance maladie, soins de santé et sécurité sociale : trois éléments indissociables. Chronique Internationale de l'IRES. Numéro 91. Novembre 2004.
- 9- De Vos P. Cuba : une médecine pour le peuple. Études marxistes. Revue numéro 58. Février 2002.
- 10- Document de stratégie de coopération régionale et programme indicatif régional pour la période 2002-2007. Afrique de l'Ouest- Communauté européenne.
- 11- Dr Brundtland G. H. L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde. Organisation Mondiale de la Santé. 21 juin 2000
- 12- Eco- Santé. OCDE 2005. Dépenses en santé publique et prévention, 2003
- 13- Ernst & Young. Rapport pharmaceutique mondial 2005.
- 14- Feltesse P. L'accessibilité des soins de santé. Fondation travail - université (Bruxelles). 26 janvier 2001.
- 15- Forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé. Ensemble contre la crise des ressources humaines pour la santé. Novembre 2005.
- 16- Grignon M., Perronnin M. Impact de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire sur la consommation de soins. CREDES. N° 74. Novembre 2003.
- 17- HELB (Haute École Libre de Bruxelles). Mission d'observation et d'étude du système de santé cubain, la Havane 3-11 avril 2003. Juin 2003.
- 18- Indicateurs du développement Humain. Rapport Mondial sur le développement humain 2005. PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement).

- 19- Marek T., Eichler R., Schnabl P. Banque Mondiale. Allocation des ressources et acquisition des services de santé en Afrique. Qu'est ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ? Mars 2006.
- 20- Mousquès J., Paris V. Le fonctionnement des hôpitaux dans six pays étrangers. Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES). Avril 2002.
- 21- OMS. Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde. Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au delà. Mars 2006.
- 22- OMS. Département du VIH/SIDA : Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde. Le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Juin 2005.
- 23- OMS. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005.
- 24- ONUSIDA/OMS. Fiche épidémiologique Cuba. 2000.
- 25- Pérez J. & al. Approaches to the Management of HIV/AIDS in Cuba. Prevention versus care : a false dichotomy. WHO.
- 26- Professeur Yvon Bertrand. Commission Démographie Médicale. Avril 2005
- 27- Randremanana RV. Système d'Information Géographique et Santé : application à la ville d'Antananarivo (Madagascar). 2005
- 28- Rapport mondial sur la corruption. Corruption et santé. Transparency International. 2006.
- 29- Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida .ONUSIDA. 2004
- 30- Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous. UNESCO 2005.
- 31- Ridde V. Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso. « Doctorat en santé communautaire ». Université Laval. 2005
- 32- Sachs J. Macroeconomics and Health. Investing in health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization. 20 December 2001.
- 33- Stover & al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? The lancet. Vol 360. July 6, 2002.
- 34- Trocmé R. ; la responsabilité sociale des entreprises au niveau mondial : élément de définition, difficultés et enjeux.
- 35- Unicef. Élargir la couverture médicale. Le défi.
www.unicef.org/french/immunization/index_coverage.html
- 36- World Development Report. World Bank. 2000/2001.
- 37- Zio Sandrine. Les Accords du commerce international et l'accessibilité aux médicaments dans les pays en développement. Faculté de Pharmacie. Thèse N° 93. Université Claude Bernard. Lyon I. Octobre 2005.