



HAL
open science

La couverture sanitaire universelle : un toit percé depuis trop longtemps

Valéry Ridde, Fatoumata Hane

► To cite this version:

Valéry Ridde, Fatoumata Hane. La couverture sanitaire universelle : un toit percé depuis trop longtemps. 2021. ird-03473381

HAL Id: ird-03473381

<https://ird.hal.science/ird-03473381>

Submitted on 9 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La couverture sanitaire universelle : un toit percé depuis trop longtemps

Valéry Ridde et Fatoumata Hane

« *Des médecins en grève ? ils n'ont qu'à soigner les riches et se taire, les pauvres s'adresseront aux marabouts !* ». En cette journée mondiale consacrée à la couverture sanitaire universelle (CSU), cette phrase tirée du dernier roman du mauritanien Beyrouk, pointe, à elle seule, les principaux défis de cette vaste ambition : financement, inégalités, pouvoir et qualité des soins. Ainsi, contrairement à ce qu'affirmait le Directeur général de l'OMS au moyen d'une métaphore malheureuse « *Réparer le toit avant que la pluie n'arrive* »¹, il semble que le toit soit percé depuis trop longtemps pour des personnes qui voient tomber la pluie depuis des lustres sans que de réelles actions ne soient organisées pour les soutenir. W.E.B Du Bois ne disait-il pas, à une autre époque, que « *la science seule ne pouvait pas régler la question, l'action devait venir à son aide* » ?

A l'image des analyses du sociologue Pawson sur la pandémie de COVID-19 et de l'anthropologue Geissler sur les secrets publics de la santé publique, nous souhaitons revenir dans ce texte sur les défis trop souvent oubliés et les « non-dits » de la CSU, en ce jour anniversaire du 12 décembre.

Le renforcement des systèmes de santé : un éternel oublié ?

La définition consacrée de la CSU est le fait que toutes et tous puissent bénéficier de soins de santé de qualité, en fonction de leurs besoins, sans que leur recours aux systèmes de santé puisse avoir des conséquences financières pour leur famille². Mais cette définition technique, voire bureaucratique, est aussi indispensable aux experts qu'elle est éloignée de la réalité des personnes les plus vulnérables dans les pays économiquement développés et de la majorité des populations des pays dits à faible revenus. Abihiro et De Allegri ont en effet montré que le concept de la CSU pouvait être perçu de manière très différente selon les personnes qui l'évoque comme juridique, humanitaire, économique, social ou de la santé publique. La définition précédente n'est donc pas univoque. L'ancienne directrice générale de l'OMS avait osé dire que la CSU était le « *concept le plus puissant que la santé publique ait à offrir* » ! Son degré de puissance reste discutable et sa réalité bien moindre comme la pandémie de COVID-19 vient magistralement de le montrer.

En effet, pour les personnes qui ne voient pas ce concept se matérialiser, le slogan mis en avant cette année 2021 par une coalition d'acteurs (UHC 2030) « *Ne laisser la santé de personne de côté : investir dans des systèmes de santé pour tous* »³ pourrait raisonner comme un nouveau vœu pieux. Les organisations de santé mondiale sont souvent obnubilées par ces slogans, par ces définitions techniques et omettent le caractère éminemment politique des choix pour la CSU. On se souviendra que l'on avait promis en 1979 à ces mêmes personnes la « *santé pour tous en l'an 2000* » comme on a récemment promis de vacciner contre la COVID-19, 20% de la population africaine.

¹ <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/fixing-the-roof-before-the-rain-comes>

² <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>

³ <https://www.uhc2030.org>

Évidemment, slogans et objectifs sont essentiels pour mobiliser des personnes, des financements et des organisations. Mais quand ils se répètent sans cesse, que les progrès sont aussi faibles et que les idées reçues sur les solutions pour y arriver perdurent, il est nécessaire de s'interroger.

Il nous semble en effet déceler une forme de récurrence, de permanence des enjeux autour de la CSU. Telle une antienne : n'oublier personne et renforcer les systèmes de santé est sans cesse répété alors qu'en réalité, les financements et les actions pour y arriver sont inversement proportionnels aux discours en leur faveur.

Plus récemment encore, début novembre 2021 à Dakar, l'ONUSIDA et un regroupement d'organisations de la société civile africaine et française réunis avec des délégations de 26 pays nous rappelaient le besoin d'une « réponse qui ne laisse personne pour compte dans le contexte de COVID-19 et des nouvelles pandémies ». Pourtant, l'histoire et le présent montrent que cet enjeu d'équité et ce besoin de renforcement des systèmes de santé sont oubliés au profit de la permanence d'une vision biomédicale, pasteurienne et verticale des enjeux de santé.

Nous commençons par présenter six défis aussi connus qu'oubliés autour de la CSU pour ensuite, proposer une réflexion autour de quatre autres défis, eux, trop souvent ignorés. Pour les illustrer, nous prenons des exemples issus de plusieurs continents pour montrer que leur permanence n'a pas de frontière.

Les défis connus mais oubliés

1. La mise à l'écart de l'équité au seul profit de l'efficacité n'est pas nouvelle depuis que l'on a incité les pays à des réformes néolibérales de leurs systèmes de santé. Une analyse historique montre que l'OMS et ses États membres ont un discours ambigu sur la question de l'équité⁴. Au Québec, il a fallu attendre le 22 septembre 2021 et une vaste campagne de plaidoyer fondée en partie sur des recherches pour que les parlementaires acceptent que tous les enfants qui résident ou séjournent dans la province, peu importe leur lieu de naissance ou le statut migratoire de leurs parents, soient couverts par les régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. En effet, si l'on compare la performance du système de santé du Canada avec 10 pays riches, il est classé avant-dernier pour l'équité, juste avant, et ce n'est pas difficile, les États unis d'Amérique, pays le moins performant⁵. En France, dont le classement n'est pas vraiment mieux que le Canada (8^{ème} sur les 11 pays), les inégalités de santé mises au jour pendant des décennies par Pierre Aïach n'ont d'équivalentes que les inégalités d'accès aux soins largement étudiées par l'IRDES. En France « les 20% les plus pauvres ont 3 fois plus de risque que les 20% les plus riches de déclarer avoir renoncé à des soins pour des raisons financières »⁶. Au Burkina Faso, comme ailleurs dans la région ouest-africaine, la question de l'accès aux soins des plus pauvres, des indigents, ne préoccupe pas beaucoup les responsables politiques qui réclament sans cesse des études et des ateliers de réflexions. En République démocratique du Congo (RDC), le principe de la gratuité des soins et des médicaments pour les personnes vivant

⁴ <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01400-x>

⁵ <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>

⁶ <https://eska-publishing.com/fr/gestion-et-economie/1133231-le-systeme-de-sante-francais-aujourdhui-brochee.html>

avec le VIH n'est pas respecté malgré les effets d'annonce de l'État et des organisations internationales ainsi que les campagnes des ONG.

2. Les solutions tirées de l'idéologie du *New Public Management* (NPM) pour réformer les systèmes de santé se sont révélées totalement inefficaces et injustes : tarification à l'acte des médecins et à l'activité des hôpitaux, paiement à la performance, tickets modérateurs et restes à charge, compétitions entre institutions, autonomie, etc. Pourtant, on voit encore de nombreux experts d'organisations internationales ou de gouvernements nationaux croire et pousser pour ces solutions, y compris au sein de l'OMS, de la Banque mondiale ou de l'Agence Française du Développement (AFD). L'économie orthodoxe à encore le vent en poupe !
3. Dans la même veine, la privatisation du financement de la santé (qui explique que les USA soient si peu performants) et la faible priorité du financement public pour soutenir les systèmes de santé sont encore très largement présentes. Dans les pays plus pauvres, la priorité n'est toujours pas le secteur de la santé. Lorsqu'il l'est, c'est souvent avec l'argent des pays donateurs. Au Rwanda par exemple, près de la moitié des dépenses de santé du pays sont financées par l'aide publique au développement des pays riches. Pourtant, les responsables politiques de ce pays sont ancrés dans l'idéologie néolibérale de l'utilisateur payeur. Au Sénégal, le budget de l'État pour 2020 accordait un montant aussi dérisoire au secteur de la santé (5%) qu'à celui de l'ordre et de la sécurité publique, soit 12.000 F CFA (18 euros) par habitant. En 2019, l'État n'a octroyé que 17 milliards de F CFA (26 millions d'Euros) pour financer la totalité des initiatives de gratuité des soins pour certaines catégories de personnes (personnes âgées, personnes vivant avec le VIH, femmes enceintes, etc.) dont les défis de mise en pratique sont pourtant énormes.
4. De la conférence des soins de santé primaire en 1978 (Alma Ata) à la demande de réorienter les services de santé en 1987 (Charte d'Ottawa), rien n'a vraiment été fait pour réduire la place des hôpitaux dans nos systèmes de santé. Dans de nombreux pays, on continue d'investir des milliards dans leurs constructions et ils deviennent même l'enjeu d'une diplomatie sanitaire en Afrique de la part de la Chine ou de la Turquie. Au Sénégal, les hôpitaux absorbent un quart des dépenses de santé en 2016. En France, les soins hospitaliers correspondent à presque la moitié de la consommation de soins en 2019 et quatre fois plus que les soins auprès des médecins et sages-femmes de ville⁷. Ces soins hospitaliers sont les premiers contributeurs de la croissance de la consommation de soins en 2019. Ces hôpitaux, aussi considérés comme des espaces universitaires, lieux de production de savoirs et recherches scientifiques (cliniques et épidémiologiques surtout, renforçant la médicalisation de la santé publique), ont été aussi au cœur des arguments pour justifier les mesures drastiques prises par de nombreux États, non pas pour lutter contre la pandémie, mais pour éviter leur engorgement. La médecine de ville a été oubliée dans la réponse à la pandémie un peu partout dans le monde, confirmant bien que le virage ambulatoire qui visait à lui donner plus de place reste encore un vœu pieux.
5. La vision systémique nécessaire à la prise en compte des besoins des populations à travers les systèmes de soins fait encore largement défaut. A l'image de cette conférence à Dakar en novembre 2021 où des spécialistes du VIH se sont réunis pour rappeler qu'ils existaient parce qu'ils avaient le sentiment d'avoir été mis de côté durant la pandémie COVID-19... à chacun sa pandémie et à chacun sa maladie ! Aucun des invités de la session de cette conférence consacrée à la « *reconstruction des systèmes de santé* » n'était des experts reconnus du

⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/Les%20dépenses%20de%20santé%20en%202019%20-%20Résultats%20des%20comptes%20de%20la%20santé%20-%20Édition%202020.pdf>

renforcement des systèmes de santé. A l'échelle internationale, des financements massifs sont mobilisés depuis des années pour lutter contre quelques maladies définies comme urgences prioritaires par les organisations — qui se nourrissent de ces financements — (Il suffit de penser au Fonds mondial pour VIH, paludisme, tuberculose dont la répartition des budgets est en débat) au détriment d'autres moins visibles, moins dotées d'organisations de plaidoyer (par exemple les accidents de la route pourtant la première cause de mortalité au monde chez les hommes de 15 à 19 ans⁸). Après le cancer, faudra-t-il que la France crée une agence nationale de recherche sur les systèmes de santé, une agence sur les accidents de la route ? A chacun sa maladie ! A chaque problème de santé, son agence de financement de recherche, empêchant toute approche transdisciplinaire. A chaque Président, sa cause. De fait, à la suite de la conférence de Dakar, le Président sénégalais a annoncé vouloir octroyer 2 milliards de F CFA supplémentaires à la lutte contre le VIH dont la moitié pour les organisations de la société civile.

6. L'initiative mondiale en faveur des outils pour lutter contre la COVID-19 a réclamé \$18,8 milliards à la communauté internationale. Fin octobre 2021, la quasi-totalité des fonds demandés pour les vaccins ont été obtenus (12,9 milliards) alors que le volet concernant les systèmes de santé n'a obtenu que 1,7 milliards sur les 9,5 demandés⁹. Au fur et à mesure des années, le Fonds mondial a tenté de se préoccuper du renforcement des systèmes de santé (RSS) mais avec peu de conviction et peu d'expertise. Une consultation financée par l'AFD confirme que le Fonds mondial a du mal à se départir de son approche verticale et qu'il y un « *décalage entre les discours ou ambitions affichées relatives au RSS, et la portée effective de ses actions* »¹⁰. La France ne fait évidemment pas mieux comme on l'a vu dans le choix des membres du comité scientifique de lutte contre la COVID-19 où « *dominé en très grande majorité par les médecins, a rendu difficile l'évaluation des autres dimensions de la crise* »¹¹. Au lieu de profiter de la pandémie pour s'ouvrir aux systèmes de santé, son agence nationale de recherche sur le VIH s'est ouverte... aux autres maladies infectieuses émergentes, restant ainsi fidèle à son approche historique biomédicale et verticale. L'aide au développement de la France dans le domaine de la santé durant la pandémie en 2020 confirme cette permanence, tout comme le soutien qu'elle accorde à la création de l'Académie de l'OMS à Lyon ou à l'usine pour fabriquer des vaccins de l'Institut Pasteur de Dakar. L'AFD a octroyé plus de 12 millions d'euros de fonds de recherche à l'Institut Pasteur¹², plus de 4 millions à la fondation Mérieux, 3,5 millions à l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et 2,2 millions à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) qui en a dépensé une grande partie pour des recherches cliniques et épidémiologiques. L'ignorance des enjeux entourant les systèmes de santé se confirme en 2021 par le financement de l'AFD d'un nouveau projet de plus de 10 millions d'euros centré sur la surveillance virologique...dont la pertinence pour orienter les interventions de santé publique à court terme est discutable et oubliant que surveiller ne sert à rien si l'on n'est pas en mesure d'agir par des systèmes de santé solides et accessibles qu'aucun autre financement parallèle n'a prévu. En outre, lors de sa visite à Dakar pour la

⁸ <https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf>

⁹ <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>

¹⁰ <http://santemondiale2030.fr/wp-content/uploads/2020/11/Note-Verte-FM-et-RSS-4.pdf>

¹¹ <https://www.cae-eco.fr/les-francais-au-temps-du-covid-19-economie-et-societe-face-au-risque-sanitaire>

¹² au Sénégal, l'Institut continue de recevoir des sommes importantes pour la fabrication potentielle du vaccin alors qu'il a gagné des sommes conséquentes sur la vente des tests PCR COVID-19 dont ils ont eu le monopole pendant très longtemps

conférence précédemment mentionnée, l'Ambassadrice française pour la santé mondiale, promotionnaire d'Emmanuel Macron à l'ENA, a concentré ses rencontres auprès des acteurs du VIH, dans un pays où le VIH concerne 0,5% de la population, ignorant largement les acteurs, tant français que sénégalais, agissant pour le renforcement des systèmes de santé. Les anthropologues du développement parleraient sûrement « d'enclichage ».

Les défis connus mais souvent ignorés

1. En ce qui concerne la CSU, la place de la société civile et des communautés est moins souvent évoquée, tout comme celle du volontariat. Par exemple, beaucoup allèguent du succès des mutuelles du Rwanda en oubliant de dire que l'adhésion n'y est plus volontaire mais obligatoire. Les échecs récurrents de la mobilisation des communautés pour la gouvernance des centres de santé en Afrique et en France (dont les instances de démocratie sanitaire ont été écartées dans la réponse à la pandémie de COVID-19) et ceux des mutuelles communautaires donnent le jour à des formes accrues de professionnalisation et de bureaucratisation. Ces processus semblent efficaces, comme on le constate au Mali et au Sénégal avec les nouvelles mutuelles de santé. Mais comment allier l'efficacité de ces professionnels avec le besoin d'une démocratie sanitaire où les citoyens.es peuvent agir ?
2. Si les enjeux de financement de la santé sont au cœur des débats sur la CSU, remettant sans cesse en avant le besoin de financement public, sans pour autant qu'il soit entendu (il suffit par exemple de penser aux sommes colossales disponibles grâce au secteur minier en pleine effervescence en Afrique de l'Ouest), la question de la qualité des soins est toujours beaucoup moins abordée. Pourtant, comme la définition de la CSU le laisse clairement entendre, des soins accessibles mais de mauvaise qualité ne sont pas très utiles. Les questions de pouvoir au centre de la relation de soins et la difficile mise en pratique du vœu d'un système de santé centré sur les patients expliquent certainement que ce défi soit moins abordé.
3. Dans les pays dépendant de l'aide internationale, un sujet rarement abordé en public est celui de l'influence des partenaires financiers dans le choix des solutions opérationnelles. Si la CSU est une question technique, elle est aussi un enjeu de politique et de valeurs, faisant en sorte que les solutions préconisées soient souvent enchâssées dans des idéologies particulières, lorsqu'elles ne sont pas imposées. Au Niger, les fonctionnaires traduisent ce phénomène par la phrase « *A cheval donné on ne regarde pas les dents* »¹³. Il suffit de penser au NPM et ses modes de paiement à la performance poussés par les économistes de la Banque mondiale et de l'OMS. En outre, les conflits d'intérêts dans les conseils prodigués sont importants et rarement évoqués, pensons à ces sociétés privées de conseils qui viennent proposer des solutions toutes faites pour les systèmes de santé en Afrique mais qui n'oublient pas, dans la demande qu'ils feront au Fonds mondial pour le renforcement de ces systèmes de santé (RSS), d'ajouter de multiples lignes budgétaires pour leurs propres consultants souvent organisés en groupe d'intérêt public ou scientifique ou en communautés épistémiques. Au Mali, une telle subvention du Fonds mondial pour le RSS permet actuellement la présence de nombreux consultants d'une société américaine et le financement du système d'information d'une ONG américano-malienne. Comme dans la « Start-up nation » française qui a eu recours à de multiples consultants privés pour gérer la crise de la pandémie de COVID-19 (comme pour les

¹³ http://www.lasdel.net/images/etudes_et_travaux/Les_mecanismes_de_l_aide.pdf

réformes hospitalières passées), la stratégie de santé mondiale de la France est aussi évaluée et appuyée par des consultants privés.

4. Une dimension encore largement oubliée dans le contexte des réflexions sur la CSU est celle du changement climatique, alors que les scientifiques nous alertent sur le réchauffement depuis plus de six décennies. Si de nombreuses recherches existent sur le lien entre la santé des individus et le changement climatique (montrant par exemple les effets néfastes de l'augmentation des températures sur les naissances prématurées dont les conséquences les plus néfastes sont... pour les femmes les plus pauvres), très rares sont encore les préoccupations pour ce sujet lorsque l'on évoque la CSU. Cela devient évidemment une urgence, tant pour réfléchir aux adaptations des structures de soins mais aussi sur la manière de prendre en charge des pathologies exacerbées par les changements climatiques. Un récent rapport indique que « *Si le secteur de santé était un pays, il serait le cinquième plus gros émetteur de la planète.* »¹⁴. Dans ce contexte, on pense aussi aux enjeux *One Health*, concept redécouvert récemment par la santé mondiale à l'occasion de la pandémie de COVID-19. Il est pourtant aussi ancien que le besoin de réorienter les services de santé. Si les deux questions sont ignorées depuis trop longtemps, il nous faut nous demander si la vague de financements et de réflexions que *One Health* va susciter sera une occasion de remettre le système de santé et son renforcement dans l'équation. La santé animale, la santé environnementale et la santé humaine vivent en parallèle depuis trop longtemps. Les énormes financements par exemple de la France (et des autres) pour l'initiative PREZODE lancée en janvier 2021 lors du *One Planet Summit*, qui vise à prévenir l'émergence des maladies zoonotiques, seront-ils une occasion pour prendre conscience que la CSU et les systèmes de santé doivent être aussi parties prenantes d'une approche de *One Health* ancrée dans une vision transdisciplinaire, systémique et non clinique, biologique ou entomologique ?

Il ne nous reste plus beaucoup de temps pour réparer les trous du toit de la CSU car l'évaluation de l'atteinte des objectifs du développement durable est attendue en 2030 !

¹⁴ https://noharm-europe.org/sites/default/files/documents-files/6718/French_HealthCaresClimateFootprint_091619_web.pdf