

### L'accès universel aux systèmes de santé défendons les droits et renversons les pyramides

Valéry Ridde

Les didacticiens nous disent souvent qu'il vaut parfois mieux user d'une métaphore que d'un long discours pour faire passer un message. L'histoire de la santé publique est truffée de telles façons de faire. La santé pour tous à l'an 2000 était l'un de ses slogans. Mais il faut bien avouer que nous en sommes loin. Bien que le système de santé ne soit qu'un des déterminants de la santé des populations, l'impossibilité de la majeure partie de la population de la planète d'avoir recours aux systèmes de santé dit modernes pour se soigner lorsqu'elle est malade, contribue assurément aux inégalités sociales de santé. Et lorsqu'elle arrive parfois à y accéder, c'est bien souvent au prix d'un endettement, voire d'un accroissement de sa pauvreté (1). Voilà pourquoi la santé publique semble, depuis quelques temps, vouloir se donner un nouveau slogan, celui de l'accès universel aux soins de santé. Le rapport 2010 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) traitera de ce thème, le premier forum mondial sur la recherche concernant les systèmes de santé a choisi ce sujet pour novembre 2010 et l'Association africaine d'économie et de politiques de santé organise sa seconde conférence qui aura lieu en mars 2011 au Sénégal sur cet objet pour l'Afrique.

Comme le souligne l'UNICEF dans son rapport de 2009, nous savons que 80% des décès maternels pourraient être évités si le droit des femmes à avoir accès aux services de maternité et de soins de base était respecté (2). Il en est de même pour 40 à 70 % des décès des nouveau-nés qui pourraient être sauvés par des interventions de santé publique (3). La notion de droit me paraît ici centrale car elle est encore trop souvent oubliée par les acteurs de promotion de la santé qui sont rarement formés à cette problématique du droit, même si les déclarations de Bangkok ou de Jakarta, par exemple, évoquent les droits humains. D'un autre côté, il faut aussi souligner que les organisations de défense des droits humains s'aventurent encore trop rarement sur le chemin de la défense du droit à la santé, pourtant quasiment enchâssé dans toutes les constitutions des pays du monde. Pourtant,

l'approche par les droits pour améliorer l'accès aux systèmes de santé peut porter ses fruits, tel que de multiples ONG appuyées par la campagne d'*Amnesty International* (4) viennent de le découvrir au Burkina Faso. C'est ainsi que le Président de la République a déclaré en février 2010 qu'il allait tout mettre en œuvre pour lever les barrières à l'accès aux soins obstétricaux. Au Burundi, un rapport de *Human Right Watch* dénonçant la rétention dans les hôpitaux des malades qui ne pouvaient pas payer les soins semble aussi avoir participé à convaincre le Président de la République de supprimer le paiement des soins au point de service (5). La barrière à l'accès universel la plus connue et certainement la moins difficile à lever est la barrière financière. Le débat de ces derniers mois aux États-Unis d'Amérique pour la réforme du système de santé montre également, dans un autre continent, combien l'accessibilité financière aux soins de santé est cruciale, même si les enjeux et les groupes de pression sont différents en Afrique. En supprimant le paiement direct des soins au point de service, tel que toutes les agences des Nations unies, la Commission Européenne et de nombreux chefs d'État l'ont réclamé pour les femmes et les enfants dans un appel récent (6), on répond à des besoins jusqu'alors non couverts (7). Ce qui est cependant surprenant est de voir combien ces chefs d'États prônent des conseils pour les pays à faible revenu qu'ils n'appliquent pourtant pas dans leurs propres pays. Plusieurs présidents signataires de cet appel ont, ces dernières années, comme en France par exemple, augmenté largement la part qui est directement payée par l'utilisateur au point de service, ce qui va à l'encontre de toutes les connaissances en faveur d'un financement équitable et d'un accès universel aux soins de santé (8). Le ministre des Finances du Québec vient de déclarer que « le système de santé, tout le monde en bénéficie, alors tout le monde devrait payer ».

Mais évidemment, la levée de la barrière financière au point de service ne suffit pas à rendre l'accès universel tant d'autres coûts sont engendrés par la

maladie, et les déterminants de cet accès sont nombreux et interreliés. L'accessibilité géographique, sociale et culturelle (3,9), ainsi que les conceptions populaires de la maladie (10), sont ainsi souvent convoquées pour montrer la complexité de ce concept que je ne pourrais épuiser dans ces quelques lignes. Andersen a notamment mis au jour trois paramètres majeurs de l'accès aux soins que sont les facteurs environnementaux (dont le système de santé lui-même), les déterminants populationnels (dont l'organisation sociale), et les comportements de santé (dont l'utilisation des services et l'état de santé) (11). L'interrelation de ces trois déterminants est essentielle pour comprendre que l'accès universel est un objectif complexe et encore bien loin devant nous dans de nombreux pays. L'exergue de cet éditorial relevait l'importance parfois de faire appel à des métaphores. Lorsque l'on examine la majorité des systèmes de santé et qu'on entend les experts de ces derniers nous expliquer comment ils fonctionnent, l'image la plus usuellement employée est celle de la pyramide.<sup>1</sup> Tout le monde évoque la pyramide sanitaire, notamment en Afrique (12), que ce soit des coopérants dans le domaine de la santé (13), des anthropologues critiques (14) ou des auteurs d'un récent manuel de santé publique (15). Lorsque les étudiants africains en santé publique veulent présenter leur système de santé, ils vont tous quasiment systématiquement user d'un triangle où le sommet est constitué des hôpitaux universitaires et nationaux et la base des centres de santé primaires. Des chercheurs du Kenya affirment donc que « hospitals sit at the apex of the pyramid of primary care in the health systems of many low-income countries » (16) ; alors que nous savons que la majeure partie des problèmes de santé peut se régler par des soins de santé primaires (17), le sommet est toujours compris comme constitué des hôpitaux universitaires et nationaux. L'hospitalo-centrisme dénoncé à Alma-Ata est encore de rigueur alors que sa réduction a porté ses fruits dans les années 1980 en Afrique (18). Mais cette vision pyramidale, qui ne se cantonne évidemment pas à l'Afrique, n'est pas étonnante car elle est la plupart du temps le miroir de sociétés qui sont elles-mêmes hiérarchiques, certaines évidemment plus que d'autres. Un sociologue analysant les inégalités sociales de santé en France confirme mon point de vue : « les systèmes de soins sont organisés sur les mêmes bases que les sociétés qui les génèrent » (19). La pyramide sanitaire ne

serait-elle pas l'image de la pyramide sociale car « la métaphore suppose une façon de penser et une façon de voir qui agissent sur la façon de comprendre le monde » (20). La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé a mis en exergue que l'équité en santé (donc la réduction du gradient de santé) était un marqueur, pour reprendre le vocabulaire de Marmot, du progrès social et qu'à cette fin, les inégalités de distribution du pouvoir et des ressources devaient être combattues (8). L'organisation hiérarchique ou parfois stratacratique dans les sociétés a aussi pénétrée le microcosme des formations sanitaires où le médecin ou l'infirmier chef de service est au sommet de la micro-pyramide. Le travail d'équipe est rare, et les réunions des soignants sont surtout « des moments de réaffirmation des hiérarchies statutaires » (14). Et chacun veut jouer le rôle que la société lui a dévolu. Puisque les hôpitaux sont en haut, les agents de santé des centres de première ligne veulent les rejoindre. Qui peut donc en vouloir à ceux qui souhaitent monter dans la pyramide sanitaire tout comme d'autres souhaitent monter dans la pyramide sociale, les deux processus étant bien souvent concomitants? Pourtant, monter une pyramide est essoufflant et dangereux pour ceux qui ne respectent pas les consignes des éducateurs à la santé d'effectuer 30 minutes de marche chaque jour. Ne parle-t-on pas d'ascenseur social comme si certains étaient en bas et d'autres en haut? Les alpinistes sont souvent plus valorisés que les spéléologues. J'entends encore un médecin, imprégné de cette utilisation contre-productive de la métaphore de la pyramide sanitaire, me dire qu'il « y a des pensants et des non-pensants ». Quand on pense que l'on est en haut, on se croit toujours supérieur à ceux que l'on croit en bas. Ainsi, le travail des agents de santé qui sont situés à la base est dévalorisé, et tout le monde souhaite en partir le plus rapidement possible pour gravir les échelons alors que c'est spécialement à ce niveau que les populations désirent être prises en charge et que les coûts sont les moindres.

Évidemment, ce point de vue serait qualifié de communiste aux États-Unis d'Amérique comme l'ont été les velléités du Président Obama de réformer le système de santé. Mais mon propos s'éloigne bien entendu de ces considérations politiques et de la résurgence de la lutte des classes. Au-delà des aspects techniques de l'accès universel qui ont déjà été traités (17) et le seront encore dans le rapport 2010 de l'OMS, l'objet est de montrer

combien le système de santé est un système social à part entière (21). Ainsi, il me semble que l'accès universel aux soins de santé n'est pas qu'une affaire technique de choix de mode de financement par exemple. C'est d'une vision plus renversante dont nous avons certainement besoin afin de faire en sorte que la pyramide sanitaire (en attendant de s'attaquer à la pyramide sociale) soit renversée. Il ne s'agit pas de la détruite ou de « faire la révolution » mais bien de faire passer la pyramide d'une position verticale à une disposition horizontale. Les auteurs de la Charte d'Ottawa ont nommé cela la réorientation des systèmes de santé en 1986. Dans certains pays ont évoque une coordination du système de santé en réseau plutôt que hiérarchique (17) ; des spécialités en médecine générale ont été créées et certaines personnes ne se réfèrent plus à la pyramide sanitaire, mais leurs comportements et modes de pensée sont malgré tout encore de l'ordre hiérarchique. Or, l'historien Joseph Ki-Zerbo avait dit, lors de la 8<sup>ème</sup> conférence internationale d'éducation à la santé en 1973 : « que l'Homme est un animal vertical. Cette verticalité est déjà chez lui la marque du règne et de la priorité de l'encéphale sur tout le reste » (22). Si tel est vraiment le cas et que cette verticalité morphologique nous permet quand même de penser une horizontalité des organisations sociales, il faudra assurément donner aux systèmes de santé moins de verticalité et plus d'horizontalité pour tendre vers la réalisation du droit à l'accès universel aux soins de santé.

#### Notes

- i. Merci à Frédéric Tissot avec qui j'avais entamé cette réflexion lors d'une mission en Haïti en 2006.

#### Références

1. Kruk ME, Goldmann E, Galea S. Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jul-Aug; 28(4): 1056–66.
2. UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale. New York : UNICEF; 2009.
3. Rutherford ME, Mulholland K, Philip CH. How access to health care relates to under-five mortality in sub-Saharan Africa : systematic review. *Trop Med Int Health*. 2010; in press.
4. Amnesty International. Giving life, risking death: maternal mortality in Burkina Faso. London; 2009.
5. Human Rights Watch. A high price to pay : detention of poor patients in Burundian Hospitals : Human Rights Watch and The Association for the Promotion of Human Rights and Detained Persons. <http://hrw.org/reports/2006/burundi09062006>
6. The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. Leading by example : protecting the most vulnerable during the economic crisis. Oslo : Office of the Prime Minister of Norway; 2009.
7. Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy Plan*. accepted.
8. WHO. Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. Thiede M, Akweongo P, McIntyre D. Exploring the dimensions of access. In : McIntyre D, Mooney G, editors. *The economics of health equity*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
10. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris : Presses Universitaires de France; 1999.
11. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care : does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36(1): 1–10.
12. Arevshatian D. Draft Report on country experiences in revitalizing primary health care in the WHO African region: WHO AFRO2008.
13. Gobbers D, Pichard E. L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest. Actualité et dossier en santé publique. 2000; mars: 35–40.
14. Gruénais M-E, Ouattara F. Usages de la santé et des structures de soins. In : Bierschenk T, Blundo G, Jaffré Y, Tidjani Alou M, editors. *Une anthropologie entre rigueur et engagement Essais autour de l'oeuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan*. Paris : APAD-Khartala; 2007.
15. Carrin G, Buse K, Heggenhougen K, Quah SR, editors. *Health systems policy, finance, and organization* : Elsevier; 2009.
16. English M et al. Health systems research in a low-income country : easier said than done. *Arch Dis Child*. 2008; 93: 540–4.
17. WHO. The World Health Report 2008. Primary health care : now more than ever. Geneva : World Health Organization; 2008.
18. Dugbatey K. National health policies : sub-saharan African case studies (1980–1990). *Soc Sci Med*. 1999; 49: 223–39.
19. Aiach P. Les inégalités sociales de santé. Écrits. Paris : Economica. Anthropos; 2010.
20. Morgan G. Images de l'organisation. Nouv. éd. ed. Sainte-Foy, Québec. Bruxelles : Presses de l'Université Laval; De Boeck; 1999.
21. Dufour Y, Lamothe L. Les approches au changement dans les systèmes de santé. In : Bégin C, Bergeron P, Forest P-G, Lemieux V, editors. *Le système de santé québécois, Un modèle en transformation*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal; 1999.
22. Ki Zerbo J. L'homme au coeur du développement. 1973, Paris Conference. In : Modolo M-A, Mamon J, editors. *A long way to health promotion through IUHPE Conferences 1951–2001*. Perugia : University of Perugia, IUHPE; 2001.