

Analyse-Décryptage Les ONG ont un rôle à jouer dans la gratuité des soins

Par Etienne Plamondon Emond

Une utopie, l'accès gratuit aux soins de santé en Afrique de l'Ouest? Non, selon le chercheur Valéry Ridde, qui croit que les ONG ont un rôle crucial à jouer pour paver la voie vers un accès plus équitable aux soins de santé sur le continent.

« La gratuité des soins ne profite pas à ceux qui en ont le plus besoin! »
« La gratuité des soins entraîne une charge de travail insurmontable pour le personnel de santé! »
« Quand les soins sont gratuits, leur qualité est mauvaise! »
« Rendre les accouchements gratuits va provoquer une hausse des naissances! »

Ces idées reçues, Valéry Ridde, professeur affilié au Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), s'applique à les déconstruire. Il vient tout juste de rédiger - pour le compte de l'ONG Oxfam - une série de fiches visant à démontrer que ces déclarations à l'emporte-pièce sont fausses. Ces fiches constituent aussi une réponse à l'inquiétude qu'il manifestait à la fin de son ouvrage *L'accès au soin de santé en Afrique de l'Ouest*, publié aux Presses de l'Université de Montréal en 2012.

La crainte de M. Ridde, c'est de voir s'effriter le fragile consensus en faveur de l'abolition du paiement direct des soins de santé. Cette mesure, qui exige de tout patient une contribution financière, s'est répandue en Afrique de l'Ouest après l'Initiative de Bamako, formulée par l'UNICEF et adoptée ensuite par les ministres de la Santé des pays de la sous-région en 1987. L'Initiative de Bamako visait à générer des revenus pour améliorer la qualité des soins primaires, faciliter l'approvisionnement en médicaments essentiels et rendre plus équitable l'accès aux services de santé. Or, la cible de l'équité n'a pas été atteinte. Loin de là. Freinés par la barrière financière, les plus pauvres ont plutôt cessé d'aller consulter.

Aujourd'hui, les appréhensions de Valéry Ridde semblent se concrétiser. Après plusieurs années d'hésitation, les gouvernements ont tenté des expériences locales d'exemption de paiement, qui ciblaient souvent spécifiquement les enfants de moins de 5 ans ou les femmes enceintes. La hausse de l'utilisation des services a été sans équivoque. Mais, victimes de leur succès, certaines tentatives ont connu des ratés : rupture dans l'approvisionnement en médicament, retard dans les remboursements de l'État, absence de mesure pour atteindre les plus pauvres, mécontentement du personnel, plus sollicité qu'auparavant.

Ces faiblesses sont en grande partie causées par l'improvisation avec laquelle les initiatives ont été instaurées. « Quand les [décideurs] mettent les politiques en place, ils ne se donnent pas tous les moyens pour y arriver, observe Valéry Ridde. La population et les décideurs ne font pas souvent la différence entre le principe de gratuité et la manière dont celui-ci a été mis en œuvre. Et comme le principe est mal mis en œuvre, les gens tapent sur le principe. »

Le livre *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest* se voulait d'ailleurs, pour Valéry Ridde, une façon de diffuser ses recherches sur le sujet, de façon à ce que les décideurs francophones puissent tirer des leçons des politiques de gratuité de soins déjà mises à l'épreuve. « Une fois que j'ai eu le bouquin en main, je suis allé dans les ministères et j'en ai donné en espérant qu'éventuellement ils ouvrent le document », fait-il remarquer.

Le rôle essentiel des ONG

Selon M. Ridde, les ONG ont un rôle essentiel à jouer dans le dossier, puisqu'elles ont une « capacité à intervenir et à faire des projets de démonstration ». Pour convaincre les décideurs politiques subsahariens de l'efficacité et la viabilité de telle politique, le professeur prévient que les organismes doivent documenter le déroulement de leurs interventions en recueillant des données scientifiquement rigoureuses. « Beaucoup d'ONG font du plaidoyer pour la gratuité des soins, mais en s'appuyant sur le droit, souligne-t-il. Mais, à un moment donné, les décideurs, les responsables et les ministres veulent savoir combien de vie ça va sauver et combien ça va coûter. Leurs questions sont très pragmatiques et concrètes. »

L'ONG allemande HELP (Health, Education & Literacy Program) avait approché M. Ridde une première fois pour lui demander une analyse d'un programme de gratuité des soins dont elle terminait l'implantation au Niger. En raison de l'absence de données collectées avant le projet, qui empêchait toute comparaison, le chercheur avait refusé. HELP l'a toutefois contacté de nouveau en 2008 avant de lancer une initiative similaire au Burkina Faso en partenariat avec le bureau d'aide humanitaire de la commission européenne (ECHO). « On a pu documenter les résultats de manière rigoureuse, parce qu'on était prévenu au départ », précise le professeur.

« Il faut que ces projets de démonstration soient faits, le plus possible, dans la capacité que les États auront pour les reprendre après », précise M. Ridde. Il donne en contre-exemple un projet de gratuité des soins contre le paludisme qui avait été mené par Médecins sans frontières (MSF) à Kangaba, au Mali. « Ils ont été très efficaces comme d'habitude. [Mais] ils sont arrivés dans des voitures neuves avec plein d'expatriés qui coûtent cher et ils ont fait venir des médicaments génériques d'Europe. L'État, même s'il est convaincu de la pertinence de l'approche, est incapable de la reproduire ensuite.

Du côté de HELP, les projets sont intégrés au système de santé local et mobilisent son personnel national. « L'ONG, finalement, vient seulement payer à la place des patients, résume le chercheur. Évidemment, c'est beaucoup d'argent. Pour le reste, la supervision, le contrôle, la qualité des soins et l'information sont faits avec l'État et pour l'État ». Reste à assurer la pérennité du financement une fois l'ONG partie. Lors de l'abolition du paiement direct pour les enfants dans le district de Keïta, au Niger, M. Ridde a constaté que le soutien de Médecin du Monde France a permis de combler les retards de remboursement, et a ainsi évité une rupture de stock des médicaments.

N'empêche que, parmi la dizaine d'idées reçues épinglées par Valéry Ridde pour Oxfam, il y a aussi celle supposant que « les États africains n'ont pas les moyens de s'offrir la gratuité des soins ». Si les organismes d'intervention doivent se concentrer sur la démonstration, M. Ridde croit que les ONG de plaidoyer devraient sensibiliser les gouvernements pour les convaincre d'injecter des sommes suffisantes à cette fin.

Plusieurs pays africains, rappelle le chercheur, ne respectent toujours pas la Déclaration d'Abuja, dans laquelle ils s'étaient engagés, en 2001, à allouer au moins 15 % de leur PIB à la santé. C'est sans compter les ressources qui seraient disponibles si les pays de l'OCDE consacraient 0,7 % de leur PIB à l'aide publique au développement, comme promis depuis l'adoption d'une résolution à l'Assemblée générale de l'ONU en 1970.

Pour compliquer les choses, une nouvelle conception gagne en popularité : le Financement basé sur les résultats (FBR). Promue par la Banque mondiale à coup de millions, depuis la stratégie quelle a adoptée dans le secteur de la Santé, nutrition et population en 2007, cette façon de faire commence à transformer les systèmes de santé du continent africain. Les deux écoles de pensées s'affrontent aujourd'hui dans un débat polarisé, constate Valéry Ridde. Mais ce dernier croit plutôt que tout le monde aurait avantage à arrimer les deux stratégies. « C'est logique de dire aux centres de santé qu'on va les payer en fonction de ce qu'ils font et de leurs résultats. C'est aussi logique que les infirmiers soient mieux payés et qu'on leur donne des primes en fonction de ce qu'ils font ou de la qualité de leur travail. [...] Et c'est aussi logique que les patients puissent avoir accès aux soins sans payer. Mais ses deux approches, pour l'instant, ne sont pas arrimées. Et pourtant ce serait une stratégie gagnant-gagnant », conclut-il.



Valéry Ridde



Crédit Photo : <http://equiperand.ca>