

**La santé publique au Guatemala: un panorama**  
Par Alicia Pary (11/2008)

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION .....	3
II. SITUATION POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE .....	3
III. PANORAMA DE LA SANTÉ PUBLIQUE GUATÉMALTÈQUE .....	6
A. Organisation du système de santé .....	6
B. Les failles du système .....	6
b.1) L'accès aux soins pour tous .....	6
b.2) Le financement .....	8
C. Crise et réforme.....	9
IV. EXAMEN D'UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE : LA MORTALITÉ MATERNELLE SOUS LA LOUPE .....	10
A. Etat des lieux .....	10
B. Deux initiatives pour diminuer la mortalité maternelle .....	11
b.1) Le Programme National de Santé Reproductive .....	11
b.2) Le Programme Stratégique de Réduction de la Mortalité Maternelle 2004-2008....	12
V. QUE PEUT APPORTER LA CSSR DANS CE CONTEXTE ?.....	13
BIBLIOGRAPHIE.....	15

**Résumé**

*Afin de mieux comprendre dans quel cadre s'insèrent nos projets (et leur cohérence), il semble nécessaire de mieux cerner la situation politique et sociale dans nos pays d'intervention.*

*Ce rapport vise à donner un panorama de la santé publique guatémaltèque, tout d'abord en présentant les caractéristiques du système sanitaire, puis en identifiant ses principaux problèmes et les réponses apportées par les institutions étatiques et d'autres acteurs. Par la suite, nous analysons le problème de la mortalité maternelle plus en détail. Afin d'introduire cette présentation, la première partie est consacrée à la situation politique et économique.*

**Abstract**

*Gaining a better understanding of the contexts within which our field activities operate requires an insight into the political and social situation that fosters our intervention.*

*This paper aims to provide a panorama of Guatemala's public health, initially by describing the main characteristics of the health system, identifying the main dilemmas at stake and the responses brought by state institutions and other actors. We then shift to a detailed analysis on the issue of maternal death. To introduce this presentation, the first part briefly portrays the political and economical context.*

## Glossaire

CAIMI : Centre d'Attention Intégrale Materno-Infantile

CEPAL : Commission Economique pour l'Amérique Latine

CNAP: Conseil National des Accords de Paix

CODECOT : Coordination Départementale de Comadronas Traditionnelles

CSSR : Centrale Sanitaire Suisse Romande

ENCOVI : Enquête Nationale sur les Conditions de Vie

ENSMI: Enquête Nationale de Santé Materno-Infantile

FMI : Fonds Monétaire International

FONAPAZ : Fonds National pour la Paix

IGSS: Institut Guatémaltèque de Sécurité Sociale

IOM : Organisation Internationale des Migrations

mm : mortalité maternelle

MSPAS: Ministerio de salud y asistencia social

nv: naissances vivantes

ODM : Objectifs de Développement du Millénaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OPS : Organisation Panaméricaine de la Santé

PBI: Peace Brigades International

PIB : Produit Intérieur Brut

PNSR : Programme National de Santé Reproductive

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PSRMM : Plan Stratégique pour Réduction de la Mortalité Maternelle

SIAS : Système d'Assistance Intégrale en Santé

SOSEP : Secrétariat d'Oeuvres Sociales de l'Epouse du Président

TLC : Traité de Libre Commerce

## I. INTRODUCTION

Comme beaucoup de pays de la région, le Guatemala a connu la dictature et une guerre civile sanglante qui ont duré de 1960 à 1996. La campagne de terreur mise en place par le gouvernement et visant toute personne suspectée d'activisme politique de gauche, a débouché sur un véritable génocide de la population indigène, la violence atteignant son sommet au début des années 80. L'ampleur de la violence et la longueur du conflit ont laissé une empreinte profonde dans la société guatémaltèque, qui en subit aujourd'hui encore le traumatisme et les conséquences.

1996 représente une année charnière. En effet, elle marque non seulement la fin des affrontements et la signature des Accords de paix mais aussi le point à partir duquel le pays s'engage sur une nouvelle voie et tente d'impulser un changement en profondeur de tous les secteurs de la société. La pauvreté et l'exclusion économique et sociale sont considérées comme les facteurs déclencheurs du conflit et leur éradication comme la condition sine qua non à une paix durable.

Enfin, le Guatemala est un pays multiethnique composé pour plus de la moitié par la population indigène, descendante du peuple maya, même si les chiffres officiels sous-estiment sa proportion dans la population totale. Le reste de celle-ci, les ladinos, sont issus du métissage entre descendants d'espagnols et autochtones. L'espagnol est la langue officielle mais on recense 24 langues parlées au total.

## II. SITUATION POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE

Pour commencer, intéressons-nous aux conclusions d'un rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) sorti en 2007 et intitulé « Perception citoyenne de la démocratie au Guatemala ». Si la transition entre les gouvernements militaires/autoritaires a bien été réalisée et les règles fondamentales de la démocratie se respectent, (élections générales sans fraude, plurielles et compétitives), cette évolution doit être nuancée, car cette démocratie n'est pas encore bien consolidée. Liberté d'organisation, d'expression et de conscience existent, mais sont souvent entravées ou brutalement réprimées, qu'il s'agisse de journalistes, de militants des droits de l'homme ou de paysans revendiquant leur droit à la terre.

De plus, de graves carences matérielles limitent cette démocratie de par le fonctionnement de l'Etat, qualifié de « faible » car il n'arrive pas à satisfaire ses fonctions élémentaires en matière de santé, d'éducation ou de sécurité. Il manque en effet cruellement de moyens financiers et se trouve toujours tributaire de la défense d'intérêts particuliers. Les partis politiques ont encore peu de longévité et la population leur montre peu d'appui et de confiance.

L'étude du PNUD rappelle que la démocratie a surgi dans un contexte de conflit sanglant et résulte d'un accord avec des élites et non d'un mouvement populaire. Elle surgit dans une société qui ne lui est pas nécessairement favorable notamment en raison de différences marquées qui ont rendu la société hétérogène et limitent ou conditionnent l'exercice des droits civiques (classe sociale, ethnicité, ruralité/urbanité, genre, religion).

Tout cela influe sur le comportement du citoyen qui lui-même influe sur le processus de démocratisation. Le taux de participation aux scrutins se situe parmi les plus bas au monde (chez les ladinos comme chez les indigènes), selon le dernier Rapport sur le Développement Humain au Guatemala du PNUD en 2005.

Beaucoup de citoyens conservent des comportements et des valeurs à tendance autoritaires dans une société se voulant démocratique. Cela se manifeste par une méfiance envers les institutions, l'intolérance, la préférence pour les méthodes et personnages forts, etc.

Selon l'étude de 2007, le citoyen guatémaltèque exerce une citoyenneté « de basse intensité », c'est-à-dire qu'une partie importante de la population ne peut pas pleinement exercer ses droits civiques, à cause d'inégalités ou de la faiblesse de l'Etat. Un Indice de qualité citoyenne a également été établi selon les réponses de la population à un questionnaire au sujet de sa perception du pays, de son futur, et des guatémaltèques en général. Il en ressort que le citoyen de type « fluctuant » est majoritaire. Il se caractérise par un revenu plutôt bas, une origine métisse, une éducation incomplète avec une culture politique limitée et peu d'expérience participative. Il apprécie l'idée de démocratie mais doute des bénéfices qu'elle peut apporter.

Le « citoyen fluctuant » témoigne d'une ambivalence dans ses comportements et opinions; il condamne l'exercice politique auquel il prend part et représente ainsi l'expression sociale d'un processus démocratique qui n'est pas conclu, un apprentissage difficile de la citoyenneté dans une démocratie précaire.

En 2007, l'ONG Peace Brigades International (PBI) publie un document en forme de bilan qui analyse en détail les institutions guatémaltèques dix ans après les Accords de paix. Au niveau législatif, peu de réformes ont été entreprises, les lois prennent excessivement de temps à être adoptées, notamment en raison du nombre élevé de commissions. En outre, plusieurs députés ont été accusés et condamnés pour corruption.

Plus récemment, l'Association de Recherche et d'Etudes Sociales a réalisé une analyse sur la crédibilité du Congrès guatémaltèque. Le résultat est sans appel: il se trouve parmi les institutions les moins appréciées et valorisées par la population, qui estime excessif le nombre de législateurs et inadéquate leur préparation. Elle juge encore que ces législateurs se perdent dans des querelles politiciennes et ne répondent pas aux intérêts des citoyens, sinon à ceux de forces obscures (grands propriétaires terriens, organes clandestins de sécurité, groupes industriels influents).

Dans les Accords de paix, le domaine judiciaire était considéré comme une des plus grandes faiblesses de l'Etat et beaucoup reste à faire malgré les réformes. On peut citer le délai dans les procédures, le manque de juges, de traducteurs de langues indigènes, les investigations criminelles déficientes, l'existence d'organisations de sécurité clandestines illégales qui continuent d'opérer en toute impunité. Impunité, le mot revient trop souvent. Selon un rapport de l'Union Européenne, seulement 2% des homicides débouchent sur une condamnation. Il en va de même pour les crimes de guerre commis par l'armée pendant le conflit; 99% d'entre eux restent impunis, révèle le directeur du Bureau des Droits de l'Homme de l'Archevêché du Guatemala, Nery Rodenas, lors d'une conférence magistrale donnée en juillet 2008 à l'occasion d'une visite au Mexique.

Enfin, au niveau exécutif, plusieurs des obligations imposées par les Accords ont été remplies au niveau de la sécurité et de la défense. Mais dix ans après la création d'une police nationale, force est de constater qu'elle était complètement infiltrée par la corruption (tout comme le Ministère de l'Intérieur) et une purge s'en est ensuivie, mais sera-t-elle suffisante? L'armée continue de mener des missions en collaboration avec la police notamment contre le trafic de drogue, cela en contradiction avec les Accords qui stipulaient qu'elle devait être responsable uniquement de la sécurité extérieure.

L'élection d'Alvaro Colom à la présidence le 4 novembre 2007 a suscité un espoir de changement parmi la population, car c'est le premier gouvernement à vocation sociale depuis ceux de Juan José Arévalo (1945-1951) et Jacobo Arbenz (1951-1954), renversé par un coup d'Etat fomenté par la CIA. Dans son discours inaugural, il a promis une « social-démocratie avec un visage

maya ». Ses priorités sont la sécurité, la réduction de la pauvreté et la lutte contre la discrimination des peuples indigènes.

Son bilan initial est désavoué par l'opposition, avant tout au sujet de l'augmentation des niveaux d'insécurité et du prix du « panier de la ménagère », chiffres qu'il s'était engagé à diminuer dès les trois premiers mois de son mandat. Cependant, des avancées en matière sociale lui ont été attribuées, notamment à travers le programme « Mi familia progresa » (Ma famille progresse), basé sur l'expérience brésilienne et qui remet de l'argent aux familles nécessiteuses seulement à condition qu'elles envoient leurs enfants à l'école et dans les centres de santé.

Enfin, comment ne pas dire un mot de la violence qui règne dans le pays ? Ce thème mériterait malheureusement un chapitre à lui tout seul. A titre d'exemple, une semaine ordinaire de juillet 2008 prise au hasard dans le quotidien Prensa Libre: lundi : une attaque laisse trois morts. Mardi : trois cadavres découverts avec des signes de torture, un vigile et un aide de bus respectivement attaqué et tué par balles, cinq personnes abattues, un homme tué à la machette, un autre lynché, une femme tuée par balles et retrouvée la tête entourée d'un sac plastique, un professeur d'université tué lors du vol de sa voiture, un homme inconnu retrouvé mort avec des signes de violence. Mercredi : des policiers accusés d'exécution extrajudiciaire, un ingénieur tué lors du vol de sa voiture. Jeudi : les proches de victimes d'un accident reçoivent des menaces de mort, trois femmes assassinées, cinq autres personnes tuées. Vendredi : un entrepreneur et un commerçant tués par balles, un présumé agresseur lynché par la foule. On s'arrête là. C'était juste une semaine comme les autres.

Un bref point économique s'impose pour clore ce chapitre.

Traditionnellement le Guatemala est une « économie du dessert » avec l'exportation de café, sucre et bananes. Il exporte également des légumes, des fruits et est devenu un important exportateur de fleurs au niveau mondial. Plus de la moitié de ses produits sont destinés au marché nord-américain. Après la « décennie perdue » des années 80 durant laquelle se sont succédés les ajustements structurels ordonnés par les organismes internationaux, les années 90 ont été celles de l'embellie, avec une croissance retrouvée et une inflation plus ou moins maîtrisée. Cependant, le Guatemala demeure l'une des sociétés les plus inégalitaires du continent et la croissance ne profite de loin pas à toute la population.

En 2002, le pays a été frappé de plein fouet par la crise du café sur les marchés mondiaux, ce qui a entraîné la perte de milliers d'emplois, des famines dans plusieurs départements et l'émigration de paysans vers les villes ou le Mexique voisin.

La signature du Traité de Libre Commerce (TLC) avec les Etats-Unis et son entrée en vigueur en 2006 ont suscité d'énormes protestations parmi plusieurs secteurs de la société civile, protestations violemment réprimées par le gouvernement.

L'an passé, l'économie a battu son record de croissance depuis 1996, soit 5.6%. La croissance des exportations, le dynamisme de secteurs comme la construction, les transports et la communication ainsi que l'envoi d'argent des émigrés à leurs familles restées au Guatemala sont les principaux facteurs de ce succès.

Justement, l'émigration et l'argent qu'elle rapporte au pays représentent des thèmes d'actualité au Guatemala. Le rapport de l'Organisation Internationale des Migrations (OIM) pour l'année 2007 révèle que les envois d'argent (remises) avoisinent les 4 milliards de dollars US durant l'année 2007. D'après les estimations de cette organisation, il y aurait 1.2 million de guatémaltèques à l'étranger (en majorité des hommes), le 90% d'entre eux aux Etats-Unis. La principale cause d'émigration est de nature économique.

Cette tendance à la hausse persiste pour les premiers mois de 2008 bien que dans de moindres proportions. Ceci est dû en partie à la crise des subprimes aux Etats-Unis mais également à

l'intensification de la répression envers les migrants (raids violents, durcissement des lois), médiatisée par les journaux et dénoncée par diverses organisations de droits de l'homme.

### **III. PANORAMA DE LA SANTÉ PUBLIQUE GUATÉMALTÈQUE**

La première partie (A) de ce chapitre propose une brève présentation du système de santé, de son organisation et de ses acteurs. Suit une partie (B) sur les problèmes les plus graves du système. La dernière partie (C) résume la crise hospitalière de 2006.

#### **A. Organisation du système de santé**

Le principal acteur est le Ministère de Santé Publique et d'Assistance Sociale (MSPAS). Le code de la santé le définit comme l'entité leader en matière de santé, chargée de coordonner les différents participants gouvernementaux et non gouvernementaux sur les problèmes relatifs à la santé, mais sa capacité d'intervenir auprès d'autres acteurs est limitée.

La réforme des services de santé commencée après les Accords de paix a permis au ministère de décentraliser les services vers les « aires de santé » au nombre de 29. Chaque aire a la charge d'administrer son budget alloué et de superviser les contrats passés avec les différents pourvoyeurs de services en santé.

L'Institut Guatémaltèque de Sécurité Sociale (IGSS) se charge de garantir une couverture sociale aux travailleurs et à leurs familles. Il gère également un certain nombre d'hôpitaux et de programmes de santé publique mais ne dépend pas du MSPAS.

Il existe plusieurs autres entités qui initient des programmes sanitaires comme le Fonds National pour la Paix (FONAPAZ), le Secrétariat d'Oeuvres Sociales de l'épouse du Président (SOSEP), les municipalités - la décentralisation a permis la création des Conseils de développement aux niveaux municipal et local - et les universités.

En ce qui concerne les prestations, le MSPAS couvre 70% de la population, l'IGSS 18.4% et le reste va au secteur privé.

Le système de santé publique se compose de trois niveaux de soins : le premier consiste en des postes de santé qui n'ont que le minimum de matériel et de personnel médical ; les centres de santé ainsi que les Centres de prise en charge materno-infantile (CAIMI) représentent le deuxième niveau ; la troisième catégorie consiste en des hôpitaux, dont deux de référence, le Roosevelt et le San Juan de Dios situés dans la capitale.

#### **B. Les failles du système**

##### **b.1) L'accès aux soins pour tous**

Au début des années 1990, seulement 54% de la population avait accès aux services de santé selon les rapports de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS).

Face au besoin évident d'une plus grande couverture en santé de la population, le MSPAS a mis au point le Système d'Assistance Intégrale en Santé (SIAS) en 1996. Ce système s'est révélé assez efficace. Son originalité consiste en des contrats passés avec les ONG locales pour fournir et administrer des services de santé à tous les niveaux de soins, avec une focalisation sur le premier, dans les zones où réside la population dénuée d'accès aux hôpitaux et aux centres de santé. Une emphase sur la santé préventive et plus seulement sur la santé curative, une couverture à l'échelle nationale, la participation communautaire, la décentralisation, la disponibilité de médicaments de base gratuits sont quelques unes des innovations à souligner. Les femmes en âge reproductif et les enfants de moins de cinq ans représentent les groupes principalement visés. En 2004, le taux de personnes ayant accès aux soins avait atteint les 89.7%, selon le MSPAS.

En 2005, environ un million de personnes n'avait toujours pas accès à un quelconque service de soins. Nommé en juillet 2008, le nouveau ministre de la santé Celso Cerezo s'est engagé à augmenter la couverture de santé en zone rurale, et à renforcer l'institution à travers la construction de trois hôpitaux et de 40 centres de prise en charge materno-infantile.

A noter aussi que depuis 2000, des médecins cubains travaillent dans les communautés les plus éloignées du pays et plus récemment, la direction de plusieurs hôpitaux a été reprise par des administrateurs cubains. En outre nombreux sont les étudiants guatémaltèques à venir se former à la célèbre Ecole Latino-américaine de Médecine de Cuba. Un quota de places leur est ensuite réservé en milieu rural mais les salaires peu attractifs rendent ces places difficiles à couvrir.

Malgré certaines avancées, plusieurs facteurs empêchent encore un accès adéquat aux services de santé. On peut citer tout d'abord la pauvreté, et il faut souligner ce facteur n'est pas directement le fait du système de santé publique. Selon la dernière enquête nationale sur les conditions de vie de 2006 (ENCOVI), 51% de la population (56% en 2000) vit dans la pauvreté, dont 15,2% dans l'extrême pauvreté. 72% des personnes pauvres vivent en zone rurale et 55.6% d'entre elles sont d'origine indigène.

La constitution guatémaltèque garantit l'accès aux soins gratuits pour toute la population. Cependant, le coût associé à une visite médicale est important : trajet aller-retour, achat de médicaments, analyses en laboratoire, coût de l'hébergement et des repas en cas de séjour sur place. De plus, jusqu'à récemment les hôpitaux publics pratiquaient un système de « patronage », qui consistait en des « dons » d'argent versés à l'hôpital, officiellement selon le bon vouloir des patients mais en réalité souvent obligatoires. Devant la perspective de tant de frais, les gens réfléchissent à deux fois avant d'aller consulter.

Il y a de plus une division du système de santé entre riches et pauvres. Ceux qui ont assez d'argent pour se le permettre consultent en clinique privée et ainsi recevoir des soins de qualité et les autres iront dans le public.

Deuxième problème: la distance physique séparant souvent les zones rurales du poste de santé le plus proche (et on ne parle même pas de l'hôpital) est un obstacle important pour les patients. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que qu'un service de santé dont l'accès est adéquat, doit être atteignable en moins d'une heure de voyage. Or, sortir d'une communauté rurale peut prendre plusieurs heures, d'abord à pied puis en camionnette ou minibus jusqu'au chef-lieu du département par exemple. Dans le cas d'une personne à mobilité limitée, il faut encore trouver quelqu'un qui possède une voiture et soit en mesure de faire le transport. En cas d'urgence, la situation peut vite devenir très grave.

Une troisième raison réside dans la perception culturelle des services de santé, et dans ce dernier cas, c'est surtout la population indigène qui est concernée. En effet, la conception maya de la santé est tout à fait différente de celles des ladinos. Les indigènes ne se basent pas uniquement sur les aspects physiques des pathologies mais essaient de soigner le patient avec une approche holistique, en prenant en compte les facteurs sociaux, environnementaux et spirituels. Les produits thérapeutiques qu'ils utilisent sont également différents puisqu'ils privilégient la médecine traditionnelle à base de plantes et le recours à des soignants en-dehors du système traditionnel de santé. Cependant, avec le temps et l'extension de la couverture de santé, cette population en est venue à recourir aux services proposés par le gouvernement, sans abandonner la médecine traditionnelle.

Dans leur rapport au système de santé gouvernemental, certains inconvénients persistent. Au niveau culturel, il arrive souvent que le personnel soignant se montre peu compréhensif, voire carrément offensant ou raciste dans certains cas. L'indigène est critiqué dans sa manière de s'habiller, son supposé manque d'hygiène, sa non-compréhension de l'espagnol.

Un sondage du PNUD dans son Rapport sur le Développement Humain au Guatemala 2005 montre les raisons pour ne pas recourir à la consultation, tout d'abord chez les *ladinos* puis parmi les indigènes. La raison principale dans les deux groupes est que le cas n'était pas jugé assez sérieux (51% du total). Viennent ensuite le problème de la pauvreté (32%), légèrement majoritaire dans le groupe indigène, puis les raisons relatives aux caractéristiques du système (10.1%), dont la plus importante est la distance à parcourir. Il est intéressant de noter que la barrière de la langue n'est pas si importante qu'on pourrait le croire, seulement 1.2% des personnes indigènes interrogées l'indiquent comme obstacle à la consultation. Ceci est probablement dû au fait que le patient se fait souvent accompagner par une personne qui parle espagnol.

Jusqu'à récemment, le gouvernement n'avait jamais reconnu ni intégré des soignants traditionnels dans son offre de services, à part les sages-femmes (*comadronas*) dont nous examinerons le cas plus loin.

Depuis les Accords de Paix, des organisations indigènes ont plaidé pour que les services de santé prennent en compte cette différence culturelle. L'offre a surgi des multiples ONG présentes dans la région, qui ont mené des activités de formation pour les sages-femmes et les promoteurs de santé et aussi de promotion de la médecine traditionnelle. Le MSPAS a quant à lui réagi en développant en 2002 le Programme de Médecine Populaire Traditionnelle qui vise à sensibiliser les employés du système de santé aux thérapies traditionnelles et à les intégrer dans leur pratique médicale.

Plus récemment, des efforts ont été faits afin d'intégrer des thérapeutes traditionnels aux SIAS locaux. L'hôpital de Sololá a engagé des *comadronas* afin qu'elles puissent accompagner et soigner leurs patientes, cet arrangement bénéficiant ainsi à tous, les *comadronas* car elles peuvent continuer à veiller sur leurs patientes et ces dernières car elles se sentent ainsi plus rassurées.

D'après les conclusions du rapport 2005 du PNUD, la disponibilité et l'accès effectif aux services de santé constituent des obstacles plus importants que les barrières culturelles.

## **b.2) Le financement**

Il est important de présenter brièvement le financement du système de santé car c'est un problème récurrent et de loin pas résolu. Une série d'enquêtes du MSPAS réalisées entre 1995 et 2003 a établi que les sources de financement s'établissent comme suit : 1) les foyers ; 2) le gouvernement ; 3) les compagnies privées et 4) la coopération internationale. C'est donc la population qui assure la plus grosse part du financement du système de santé (!) surtout à travers l'achat de médicaments.

Les dépenses en santé du gouvernement comme part du Produit Intérieur Brut (PIB) ont atteint un « sommet » en 1999 (plus de 2%) pour ensuite tomber en dessous des 2% en 2002, taux minimum stipulé par les Accords de Paix et remonter légèrement au-dessus en 2003. Le budget du MSPAS quant à lui, est resté à moins de 1% entre 1999 et 2003.

Concernant la répartition des dépenses, les hôpitaux accaparent la moitié des dépenses du MSPAS. De grandes variations régionales sont perceptibles, avec une concentration de dépenses dans la région métropolitaine, la somme allouée ayant triplé entre 1999 et 2003.

Au niveau régional, le Guatemala est le pays qui dépense le moins en santé publique, et cette situation reste la même depuis de nombreuses années. Une étude de la Commission Economique pour l'Amérique Latine (CEPAL) et du Fonds Monétaire International (FMI) révèle que le pays vient en dernier parmi ses voisins centre-américains avec seulement 0.9% du PIB consacré à la santé.

Ce constant manque de fonds en matière sociale peut être en partie expliqué par la question des impôts, un autre problème qui demeure irrésolu. Au Guatemala, le niveau de recouvrement des impôts est très faible, 10% du PIB en 2004 selon les chiffres de la Commission Européenne. L'évasion fiscale est répandue, les exonérations fréquentes, le taux d'imposition peu élevé. Une précédente réforme avait échoué en 2004, mais la question est de nouveau d'actualité. Une proposition de modernisation fiscale préparée par le Conseil National des Accords de Paix (CNAP) est actuellement en discussion au Congrès. Celle-ci ne prévoit pas de nouveaux impôts, seulement d'en élever certains.

### **C. Crise et réforme**

La crise qui a secoué les hôpitaux publics en été 2006 est révélatrice des déficiences en matière de financement. Au mois de juin, des médecins du syndicat du MSPAS ont présenté des demandes au Ministre Marco Tulio Sosa, menaçant de se mettre en grève si celles-ci n'étaient pas remplies. Leurs revendications portaient sur une augmentation de salaire, de meilleurs équipements et plus de médicaments ainsi que de nouvelles politiques dans le domaine sanitaire. Les médecins rappelaient que cela faisait presque quatre ans qu'ils étaient en négociations avec le MSPAS mais sans résultats tangibles. La grève devint effective le 1<sup>er</sup> juillet et plusieurs hôpitaux des départements s'y joignirent.

S'ensuivent diverses rencontres entre le Ministre de la santé et les médecins. Le 19 juillet, Prensa Libre, un des plus importants quotidiens du pays, présente le résultat d'une visite des 44 hôpitaux publics du pays par le Bureau du Procureur des Droits de l'Homme et MSPAS. Le rapport relève que les médicaments sont disponibles, mais l'équipement laisse à désirer. Même le grand hôpital San Juan de Dios de Quetzaltenango, la deuxième ville du pays, a de grands besoins.

Le 27 juillet, la grève du personnel médical prend fin après l'engagement du gouvernement de débloquer des fonds grâce à une exception à la Loi d'Achat et l'augmentation du budget 2007. Les discussions doivent se poursuivre durant les prochains mois autour d'une table de dialogue. Mais l'histoire ne s'arrête pas là car les médecins menacent de se remettre en grève devant la lenteur du processus promis par le gouvernement, l'accusant de manque de volonté. La presse dénonce l'effondrement du système de santé publique, en soulignant le manque de ressources financières, le travail fait dans l'urgence qui entraîne l'absence de prévention et de promotion sanitaire. La nécessité d'une réforme globale du système, d'une vision à long terme en marge des querelles politiciennes qui persistent est plus que jamais d'actualité.

La nomination d'un nouveau Ministre de la santé en septembre, Victor Manuel Gutiérrez, restaure le dialogue entre médecins et gouvernement. Mais la Cour Constitutionnelle doit quand même se mêler de l'affaire pour que les chirurgiens de l'hôpital Roosevelt recommencent à opérer. Les consultations ont peu à peu repris, mais la crise est restée latente durant les premiers mois de 2007. Outre les problèmes d'approvisionnement, d'infrastructure et de personnel, le nombre de patients est en constante augmentation, notamment en raison de mauvaises conditions de vie de la plupart des guatémaltèques, indigènes ou non. Au premier semestre 2008, le nombre de patients admis dans les hôpitaux publics a triplé, a annoncé le vice-ministre de la santé Ludwig Ovalle.

Ironiquement, le Secrétaire à la Sécurité alimentaire avertissait en avril 2008 que le système hospitalier pourrait ne pas être en mesure d'accueillir le surcroît de patients, surcroît entraîné par l'obligation de consulter pour recevoir les fonds du programme « Mi familia progresa ».

A la même période, le MSPAS rappelait à tous les hôpitaux publics qu'ils n'étaient pas autorisés à recevoir de l'argent directement de leurs patients (cf. système de patronage). Des solutions pour trouver d'autres sources de financement sont actuellement étudiées.

Enfin, en juillet 2008, à l'occasion de la sortie d'un rapport sur le système de santé publique, le PNUD annonçait que celui-ci était organisé pour le Guatemala d'il y a vingt ans et ne réussissait pas à répondre aux besoins de santé de la population actuelle.

La nécessité d'une réforme en profondeur s'impose. Depuis 2007, elle est d'ailleurs en train de faire ses premiers pas sous la direction d'Eusebio del Cid, ex-ministre de la santé. Trois propositions sont actuellement examinées par l'organe législatif. Elles proviennent respectivement : 1) du gouvernement ; 2) du Mouvement Citoyen pour la Santé et 3) de l'Université de San Carlos et du Collège des Médecins.

Les objectifs de l'agenda national de santé de l'actuel gouvernement présenté fin 2007 sont : l'approbation d'une loi générale de santé qui régule et coordonne les secteurs publics et privés, l'augmentation du budget, la priorité à la lutte contre la mortalité materno-infantile, la malnutrition ainsi que la formation du personnel de santé.

#### **IV. EXAMEN D'UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE : LA MORTALITE MATERNELLE SOUS LA LOUPE**

Les politiques de santé sont revues tous les quatre ans, après l'élection d'un nouveau gouvernement, en tenant compte des processus de développement déjà établis et des programmes prioritaires.

L'agenda de santé actuel du MSPAS identifie les problèmes de santé suivants : taux élevés de mortalité materno-infantile, insécurité alimentaire et nutritionnelle, persistance de maladies infectieuses et parasitaires, taux de mortalité élevé dû à des infections respiratoires, maladies transmises par vecteurs, augmentation des maladies chroniques et du VIH/SIDA.

Ce chapitre se concentre sur un des problèmes les plus graves du pays; la mortalité maternelle (mm).

##### **A. Etat des lieux**

La mm est définie comme suit par l'OMS: « Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».

Malgré une amélioration régulière ces quinze dernières années, la mm continue de représenter un problème préoccupant, encore loin des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM), fixés par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2000. Lors de sa visite au Guatemala en mars 2005, la directrice de l'OPS, Mirta Roses déplorait que le pays ait, selon ses mots, trente ans de retard en la matière.

Depuis 1987, le MSPAS mène des enquêtes (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI) afin de mesurer l'état de la santé materno-infantile dans le pays.

La dernière enquête, datant de 2002, nous donne un chiffre de 153 décès pour 100'000 naissances vivantes (nv) pour l'année 2000 (on a estimé toutefois que le taux de sous-enregistrement des morts maternelles - morts maternelles non-enregistrées ou non-classifiées comme telles - était de 44% cette année-là, ce qui ferait un total de 273/100'000). Si l'on compare avec le chiffre de 219 décès de 1989, cela représente un déclin de 30% en 11 ans. Plus récemment, le MSPAS indiquait le taux de 131/100'000 nv pour 2006, on est donc encore loin de l'ODM à atteindre pour 2015 qui est de 55 décès/100'000.

Les causes physiques de la mm sont dans l'ordre : l'hémorragie (53%), la septicémie (14%), l'hypertension induite par la grossesse (12%), et l'avortement (9.5%).

Les trois groupes de femmes les plus à risques sont : les femmes d'origine indigène - le risque de mourir est trois fois plus grand pour elles que pour une femme ladina - , les femmes de moins de 18 ans et plus de 40 ans au moment de la grossesse et celles possédant un bas niveau de

scolarité. Les départements les plus touchés sont Alta Verapaz, Sololá et Huehuetenango, tous trois à forte composante indigène.

Comme nous l'avons vu plus haut, la distance qui sépare souvent les femmes de l'hôpital ne facilite pas les choses, encore moins pour les femmes enceintes qui se voient souvent priées de revenir plus tard, car l'heure du terme n'est pas encore arrivée et l'hôpital ne peut se permettre de bloquer un lit jusqu'à ce que la femme accouche. Or, celle-ci ne peut retourner d'où elle vient, se voyant ainsi contrainte de chercher de l'aide auprès d'une sage-femme dans les environs.

Devant cette situation, beaucoup de femmes habitant près de la frontière avec le Salvador (mais aussi certaines de la capitale), vont accoucher dans les hôpitaux de ce pays. Ceux-ci les accueillent bien, même avant terme, ne font pas de discrimination de nationalité et leurs procurent des soins de qualité et gratuits, selon l'avis même des intéressées. Ainsi, beaucoup de bébés de la zone frontière portent la double nationalité.

Comme on l'a vu plus haut, la pauvreté et l'éloignement ainsi que le facteur culturel limitent l'accessibilité aux services de santé, particulièrement pour la population indigène. En tant que femme, un autre facteur culturel est à souligner : le machisme. Dans cette société encore patriarcale, ce sont souvent les maris qui autorisent, ou empêchent, leurs femmes à sortir de la communauté pour consulter un médecin ou qui les en empêchent. En outre, si le médecin est un homme, cela est difficilement acceptable pour le mari. Cependant, les méthodes des hôpitaux posent également problème aux femmes indigènes de nature très pudique qui trouvent souvent inconcevable d'accoucher nues et en position couchée.

Pour cette raison, la majorité des femmes indigènes, préfère accoucher à la maison, aidée d'une sage-femme traditionnelle, ou même uniquement d'autres femmes (mères, sœurs, cousines) de la famille. Les *comadronas* procèdent à 60% du total des accouchements annuels.

## **B. Deux initiatives pour diminuer la mortalité maternelle**

L'administration de santé actuelle reconnaît le problème de la mm comme une des priorités de santé du pays, mais les efforts dans ce domaine - gouvernementaux, municipaux, locaux, ou internationaux - remontent à plusieurs années. Les énumérer tous prendrait trop de place et ce n'est pas le but ici. Nous allons donc nous intéresser plus particulièrement à deux programmes gouvernementaux: le Programme National de Santé Reproductive (PNSR) et le Plan Stratégique pour la Réduction de la Mortalité Maternelle 2004-2008 (PSRMM).

### **b.1) Le Programme National de Santé Reproductive**

Lancé en 2001, le PNSR représente une initiative intéressante du point de vue de son ampleur et des réactions qu'une de ses composantes a fait naître dans la société guatémaltèque.

Le programme vise à réaliser des actions à tous les niveaux de prise en charge afin d'améliorer l'accès aux services de santé reproductive. Ses objectifs sont : renforcer l'accès aux services de santé reproductive, améliorer l'information en rapport avec ce thème, augmenter le personnel qualifié et informer la population. Quelques exemples de thèmes étudiés ; la prise en charge des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement, la prise en charge de la population adolescente en matière de services éducatifs à la sexualité, la sensibilisation et l'orientation aux futurs parents entre autres.

Par rapport à la santé reproductive, le MSPAS a défini cinq objectifs : 1) le Protocole d'attention aux victimes de violence sexuelle ; 2) le renforcement du Réseau national de paternité et maternité responsables ; 3) la formation et la remise de matériel aux sages-femmes traditionnelles ; 4) la formation des soignants institutionnels en matière de prise en charge de la grossesse, de soins post-partum et d'urgences obstétricales ; 5) le développement d'essais pilotes d'application du PSRMM.

Dans le cadre de ce programme, la Loi d'accès universel et équitable aux services de planification familiale approuvée en 2005 par le Congrès a soulevé d'intenses débats dans le pays. Elle établit un cadre normatif qui fortifie les actions d'information et d'éducation et de distribution de matériel de planification familiale. Une stratégie « spéciale adolescentes » prévoit l'obligation pour les écoles d'informer sur la santé reproductive et sexuelle, ce qui n'a pas été du goût du secteur religieux, poussant le président à mettre son veto sur la loi et provoquant la colère des organisations féminines. Cet obstacle a finalement été levé par la Cour Constitutionnelle en janvier 2006. Néanmoins, en mai de cette année, la loi n'était toujours pas effective car son règlement n'a toujours pas été approuvé.

### **b.2) Le Programme Stratégique de Réduction de la Mortalité Maternelle 2004-2008**

Le deuxième programme a été lancé sous le gouvernement Berger. Il reconnaît que la réduction de la mortalité passe par une amélioration des conditions socio-économiques du pays, particulièrement celles des femmes et par le traitement efficace et accessible des complications obstétriques. L'accent est mis sur les quatre retards définis par l'OMS qui entraînent la mort des femmes ; 1) retard dans l'identification des signes de danger ; 2) retard dans la prise de décision pour chercher de l'aide ; 3) retard dans l'accès à une aide opportune ; 4) retard dans la prise en charge par du personnel qualifié.

Afin de lutter contre ces retards, le plan prône les actions suivantes comme prioritaires :

1. Détecter opportunément les facteurs de risques à travers des interventions de promotion
2. Augmenter la couverture de la prise en charge médicale de l'accouchement à tous les niveaux (communautaire et institutionnel)
3. Assurer la détection et le traitement des complications à travers un système de référence et de réponse avec l'aide d'organisations communautaires
4. Régulariser la capacité de réponse institutionnelle par des soins de qualité et empreints de « chaleur humaine »
5. Garantir une réponse à l'urgence obstétricale en rendant accessibles les services de chirurgie dans les zones prioritaires
6. Prévenir la grossesse non désirée
7. Organiser un système de suivi et d'évaluation
8. Utiliser les comités de vigilance épidémiologiques existants afin de mesurer l'impact des actions

Le rapport souligne aussi l'importance d'une approche intégrale, à travers la mobilisation de tous les secteurs de la société et pas seulement du domaine sanitaire. La coordination nationale et locale est également nécessaire comme la prise de décision conjointe dans les différents niveaux d'appui à une maternité sûre. Le grand défi actuel consiste à développer ce plan au niveau national.

Plus récemment, on peut citer la création d'un Comité de la Maternité Sûre en 2007, intégré par l'IGSS, l'Institut National de la Statistique, des facultés de médecine entre autres. Cette entité aura à charge de conseiller dans la recherche de solutions à la mm.

Tout comme la mm, la mortalité infantile représente un sujet de préoccupation auquel il faudrait consacrer un chapitre. En effet, que ce soit pour les moins de un an ou les moins de cinq ans, dans les deux catégories le Guatemala reste parmi les mauvais élèves du continent seulement dépassé par la Bolivie et Haïti.

## V. QUE PEUT APPORTER LA CSSR DANS CE CONTEXTE ?

A travers cette recherche non exhaustive, nous voyons que les obstacles pour arriver à une société plus équitable et apaisée sont nombreux. Douze ans après les Accords de paix, la majorité de la population n'a toujours pas atteint un niveau de vie acceptable. Car malgré son classement par le PNUD dans le groupe de pays à développement humain moyen, si l'on regarde certains de ses indicateurs sociaux, le Guatemala se rapproche plutôt des pays les « moins avancés ».

A première vue, en lisant la presse quotidienne de ces dernières années, nous sommes tentés de peindre un tableau très sombre. Le pays semble accablé par une multitude de fléaux et les initiatives tant du gouvernement comme de la société civile ou des organisations, malgré leur nombre et les sommes d'argent impressionnantes mises en jeu ne semblent pas apporter de réel changement.

Cependant, il y a des motifs d'espoir. Longtemps muselée, la société civile s'est bien développée et exprime maintenant plus ouvertement ses revendications, spécialement les femmes et les populations indigènes. La décentralisation permet plus de participation à tous les niveaux de la société. Le gouvernement, a reconnu les priorités en matière sociale, et avec l'arrivée du premier président social-démocrate depuis plus de cinquante ans, on peut espérer une réelle volonté d'œuvrer dans l'intérêt des plus vulnérables.

Par rapport à nos projets, il est utile de noter que l'Etat travaille depuis longtemps en partenariat avec les sages-femmes traditionnelles, dont il a reconnu l'importance en ce qui concernait la santé maternelle. Des programmes de formation existaient déjà dans les années 1980 et se poursuivent aujourd'hui. Nombreuses sont les municipalités et les ONG qui travaillent à leurs côtés, à travers l'organisation de forums de discussion, de distribution de matériel et de formation (surtout pour leur apprendre à détecter les signes de danger). Le MSPAS dénombrait 17'000 comadronas inscrites à travers le programme d'extension de couverture SIAS, chiffre supérieur à la totalité des médecins du pays.

L'engagement de la Centrale Sanitaire Suisse Romande (CSSR) consiste à soutenir le travail des organisations civiles en choisissant celles dont les projets se rapprochent le plus de ses valeurs et des buts qu'elle cherche à atteindre et en leur donnant les moyens financiers de réaliser leurs projets tout en suivant de près l'évolution de ces derniers. Ainsi, la conception et la direction des projets se réalisent conjointement entre l'organisation de base et la CSSR. Cette dernière appuie des organisations déjà constituées qui ont démontré la volonté de s'organiser pour lutter contre l'injustice.

Au Guatemala, notre organisation soutient la Coordinadora Departamental de Comadronas Tradicionales (CODECOT), une organisation de sages-femmes traditionnelles formée en 2002. L'association vise à réduire la mm en augmentant les connaissances technique des ces femmes responsables de la majorité des accouchements en milieu rural, en privilégiant une approche qui donne sa place à la médecine traditionnelle, sans négliger l'apport de la médecine moderne.

Mais il ne s'agit pas seulement de soins puisque l'autre volet du projet consiste au renforcement de la reconnaissance du travail des sages-femmes au sein des autorités locales en matière de santé, ce qui fait l'originalité du travail de la CODECOT. Cette démarche permet aux femmes de s'organiser, de valoriser leur rôle, notamment à travers la promotion de leur travail. Sur un autre front, elle aide également à combattre les préjugés qui règnent encore parmi le personnel médical à l'égard des personnes indigènes en privilégiant le dialogue. De plus, dans le domaine de la santé, la CODECOT est la seule organisation provenant de la base de la population qui soit arrivée à un tel niveau de reconnaissance.

Ce projet touche donc plusieurs problématiques de la société guatémaltèque et a déjà porté ses premiers fruits. Néanmoins, malgré diverses initiatives dont la nôtre, il faudra encore attendre

probablement longtemps le jour où le pays sera moins dépendant de l'aide extérieure, le jour où l'Etat responsable sera en mesure d'assurer à une couverture élémentaire en matière de santé et d'éducation.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

### Rapports d'institutions internationales

Commission Européenne, *Guatemala, document de stratégie pays 2007-2013*, Bruxelles, 2007, 33 pp.

Organización internacional para las migraciones, *Presentación de resultados encuesta sobre remesas 2007 perspectiva de género*, Ciudad de Guatemala, 2007, 36 pp.

Organización panamericana de la salud, *Salud en las Américas vol. II Guatemala*, Washington D.C. 2007, 20 pp.

Pan-American Health Organisation/USAID, *Health Systems Profile Guatemala*, Washington D.C., 2007, 57 pp.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe Nacional de Desarrollo Humano, *Diversidad étnico-cultural: la ciudadanía en un Estado plural*, Ciudad de Guatemala, 2005, 450 pp.

Torres-Rivas E. et F. Rodas Maltez, *Percepción ciudadana de la democracia*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Ciudad de Guatemala, 2007, 180 pp.

### Rapports d'institutions gouvernementales

Gobierno de Guatemala, *Transición política 2007-2008 Política social*, Ciudad de Guatemala, 2007, 28 pp.

Instituto Nacional de Estadística et al., *Encuesta nacional de condiciones de vida 2006*, Ciudad de Guatemala, 2006

Ministerio de salud pública y asistencia social, *Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008*, Ciudad de Guatemala, 2004, 31 pp.

Ministerio de salud pública y asistencia social, *Políticas, programas y estrategias de salud*, Ciudad de Guatemala, 2007, 27 pp.

Ministerio de salud pública y asistencia social et al, *Encuesta nacional de salud materno infantil 2002*, Ciudad de Guatemala, 2002

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), *Informe anual 2006: Política de desarrollo social y población*, Ciudad de Guatemala, 2006, 114 pp.

### Articles

Duterme B., *Guatemala: une économie libéralisée au service d'une minorité*, Vivant Univers, 2001, 3 pp.

Funsalud, *Guatemala : la experiencia exitosa de la extensión de cobertura*, 1999, 11 pp.

Roy-Grégoire E., *Les élections du 4 novembre 2007 au Guatemala : une transition démocratique en échec ?* La Chronique des Amériques no.19, 2007, 16 pp.

## Sources internet

<http://www.diariolasamericas.com>

<http://risal.collectifs.net>

<http://www.funsalud.org.mx>

<http://www.iom.org.gt>

<http://www.ine.gob.gt>

<http://www.mspas.gob.gt>

<http://www.prensalibre.com>

<http://www.undp.org.gt>