

## Santé publique en Amérique latine

<b>Problématique:</b> L'Amérique latine a besoin d'un nouveau système de santé publique. ....	p. 1
<b>Historique:</b> Des systèmes de santé stratifiés et inégalitaires. ....	p. 2
<b>Des chiffres qui parlent:</b> Systèmes de santé comparés Amérique latine-Suisse. ....	p. 2
<b>Analyse:</b> Venezuela, un nouveau système global destiné aux plus démunis. ....	p. 3
<b>Eclairage:</b> Le Réseau d'attention primaire à la santé. ....	p. 3
<b>Opinions:</b> Destruction du système de santé au Nicaragua, les femmes et les enfants en première ligne. ....	p. 4
<b>Interview:</b> Dr Antonio González Fernández, chef du Département des Organisations internationales du Ministère cubain de la Santé, .....	p. 4

### Qui sommes-nous

**Histoire** • La CSS naît en 1937 lorsque des médecins suisses s'engagent aux côtés des républicains espagnols en lutte contre les fascistes. Elle organise des missions médicales en Yougoslavie pendant la Seconde Guerre mondiale, puis se montre très active auprès des civils victimes de la guerre du Viêt Nam.

**Objectifs** • Réduire les injustices sociales, politiques et économiques qui empêchent l'accès équitable, pour les populations pauvres et dominées, aux conditions nécessaires à une vie en santé.

**Valeurs** • La CSSR considère que le manque d'équité en termes de ressources pour lutter contre la maladie n'est pas une fatalité. Il est possible et nécessaire de résister aux pratiques prédatrices et dominatrices de certains pouvoirs politiques et économiques qui causent l'injustice.

**Moyens** • La CSSR se montre solidaire d'organisations locales qui travaillent pour un meilleur accès aux soins; elle soutient des projets sanitaires sur le terrain et dénonce en Suisse les injustices dont sont victimes les populations dominées.

#### Adresse

Centrale Sanitaire Suisse Romande  
15, rue des Savoises  
CH - 1205 Genève  
tél./fax ++41 22 329 59 37  
info@css-romande.ch  
[www.css-romande.ch](http://www.css-romande.ch)

#### Versements

CCP: 17-66791-8

#### Les Cahiers

**Edition:** Centrale Sanitaire Suisse Romande

#### Comité de rédaction:

Martine Barclay; Jean-Marc Richard; Ludovic Rossel; Bruno Vitale.

**Conception et maquette:** Olivier Pillonel

**Tirage:** 2400 exemplaires

**Parution:** deux numéros par an.

### Problématique

Changement social

## L'Amérique latine a besoin d'un nouveau système de santé publique

Les espoirs qui reposent sur Morales, Chavez, Bachelet ou Lula sont immenses, à la hauteur du désastre socio-sanitaire que connaît l'Amérique latine. Pour favoriser le changement, les organisations de solidarité actives dans cette région doivent redéfinir leur rôle en tenant compte de la nouvelle donne politique.

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, plusieurs pays d'Amérique latine connaissent des périodes de renforcement de la vocation sociale de l'Etat. Les systèmes de santé publique qui naissent alors auraient dû profiter à tous, riches et pauvres. Mais des dictatures militaires et des gouvernements ultra-capitalistes s'imposent dans le sous-continent, appliquant au domaine de la santé des stratégies d'inspiration néo-libérale. C'est ainsi qu'on favorise la privatisation des services et qu'on limite le financement public des soins. Le Fonds Monétaire International renforce encore cette tendance en accordant des prêts aux Etats à condition que ces derniers limitent les dépenses publiques.

Les populations les plus pauvres en subissent maintenant les conséquences: des hôpitaux publics mal équipés, un personnel médical rare et sous-payé, un accès limité aux soins de base pour les moins riches, en particulier pour les communautés indigènes. Les cliniques privées fleurissent tandis que les services publics se délabrent.

Pour qu'un changement s'instaure, il s'agit pour ces pays de se défaire du modèle néo-libéral pour qui l'Amérique latine a servi de terrain d'expérimentation. Le premier défi se situe donc au niveau des orientations stratégiques gouvernementales. Vient

ensuite le problème de la gestion des ressources nationales. La construction d'un système de santé publique digne de ce nom nécessite une capacité de l'Etat à canaliser une partie des ressources et à les affecter en fonction de ses objectifs. En Amérique latine comme ailleurs, la dette extérieure est l'un des obstacles à cette liberté d'action. La stratégie interventionniste des Etats-Unis a aussi favorisé la privatisation des services médicaux et le développement d'une santé à deux vitesses.

### Il s'agit de questionner notre intervention

Comme exemple récent, citons les clauses «ADPIC+», introduites dans les accords bilatéraux signés avec certains pays comme le Chili: dans le domaine pharmaceutique, elles se révèlent plus restrictives encore que les accords de l'OMC sur la propriété intellectuelle et éliminent virtuellement les possibilités pour les pays pauvres de produire des médicaments génériques bon marché. Mais le vent tourne dans ce domaine aussi: en mai 2006, dix pays d'Amérique latine ont formulé une déclaration commune les engageant à éviter désormais les clauses «ADPIC+» dans tout accord commercial régional ou bilatéral.

La déresponsabilisation des Etats et la dépendance des communautés à l'égard de la solidarité étrangère apparaissent comme les principaux effets néfastes de l'aide extérieure. Dans le contexte actuel plus que jamais, il s'agit de questionner notre intervention dans cette région afin de nous assurer que nous favorisons bel et bien le changement social.

Ludovic Rossel

## Des systèmes de santé stratifiés et inégaux

**D**es services publics de santé apparaissent en Amérique latine dès les années 1930, comme en Argentine ou au Chili. En Argentine, le Gouvernement de Peron crée, en dix ans, un système de sécurité sociale universel. Le nombre de personnes couvertes triple! En 1954, le système couvre tous les travailleurs, y compris ruraux et indépendants.

Au Costa Rica, en 1941, le nouveau président Rafael Angel Calderon Guardia change le rapport de l'Etat à la société en le réorientant comme instrument des classes ouvrière et moyenne: croyance en la doctrine sociale catholique alternative au communisme, vision paternaliste de la société. C'est ainsi qu'en 1941, le Costa Rica se dote d'un système de sécurité sociale qui couvre légalement toute la population contre les risques de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de décès. En 1961, ce système est marqué par l'universalisation de la couverture, il devient un des plus développés d'Amérique latine. De nos jours, le système du Costa Rica voit une sensible présence du secteur privé dans les domaines technologiques, mais garde sa structure publique de base.

Au Chili, en 1952, un président démocrate chrétien met en place un système de santé publique gratuit offrant une

couverture globale, perfectionné en 1970 par le président socialiste Salvador Allende. La sanglante dictature installée en 1973 le garde dans un premier temps, mais instaure la privatisation dès 1981.

Dans d'autres pays comme le Mexique, la Colombie, le Venezuela, le Brésil et l'Uruguay, des modèles comparables s'installent à la même époque, avec des taux de couverture et de qualité variés.

Cuba, qui fait partie des pays les plus pauvres du continent, à partir de sa révolution de 1959, instaure un système de santé qui donne de meilleurs résultats que le reste du continent. À Cuba, l'espérance de vie est de sept ans supérieure à la moyenne d'Amérique latine. La mortalité infantile y est six fois plus basse. Et cela en dépit de graves difficultés économiques, surtout dès 1989. L'île rebelle prouve qu'il existe une alternative à la catastrophe néolibérale.

Sauf au Costa Rica et à Cuba, les crises économiques, les dictatures militaires des années 1970, les modèles imposés par le FMI et l'OMC détruisent en grande partie les politiques de santé publique du sous-continent. Il en résulte une augmentation des coûts de la santé pour les citoyens, avec de grandes inégalités entre les couches de la population et les régions du pays.

Le secteur public, qui accueille ceux qui ne peuvent se payer une assurance privée, se trouve en difficulté à cause de l'augmentation du nombre des patients et de la baisse du budget de l'Etat.

En Colombie, depuis 1993, la privatisation a eu les mêmes conséquences. Le manque d'argent dans les hôpitaux publics produit une baisse de la quantité et de la qualité des soins. De plus, on a observé une baisse du taux de vaccination. Le troisième rappel antipolio est tombé à 80% en 2000. Le taux global de vaccination des enfants est passé de 83% en 1990 à 66% en 2000.

Les programmes du FMI, la globalisation et l'application brutale des politiques néolibérales ont accentué les disparités locales et régionales. Plus de 100 millions de personnes vivent dans une pauvreté extrême en Amérique latine.

En conclusion, les systèmes de santé en Amérique latine sont le plus souvent stratifiés et inégaux. Ils sont segmentés en sous-systèmes qui divisent la population selon le revenu. L'augmentation des coûts, la réduction des soins de base et les listes d'attente dans les hôpitaux ont affecté les groupes les plus vulnérables, en particulier les femmes et les enfants des zones rurales et des zones urbaines marginales. GIH

### Les chiffres qui parlent

Ces chiffres reflètent la variété des situations entre pays d'Amérique latine, en comparaison avec la Suisse. Ils masquent en revanche des disparités à l'intérieur des pays, essentiellement entre villes et campagnes.

	Population (mio)	PIB par personne (2004)	Dépenses de l'Etat pour la santé, par personne (USD, 2003)	Dépenses pour la santé, en proportion du PNB (% , 2003)
Argentine	38,7	13331	1067	8,9
Bolivie	9,2	2762	176	6,7
Cuba	11,3	3649	251	7,3
Nicaragua	5,5	2832	208	7,7
Venezuela	26,7	6104	231	4,5
Suisse	7,2	34087	3776	11,5

	Naissances assistées par un personnel médical formé (%)	Nombre de médecins pour 10 000 habitants	Espérance de vie des femmes à la naissance (2004)	Mortalité infantile (< 5 ans) pour 1000 filles (2004)
Argentine	98,7	30	78	16
Bolivie	60,8	10	66	68
Cuba	99,9	60	80	8
Nicaragua	66,9	4	71	35
Venezuela	94	20	78	17
Suisse	~100	36	83	5

Source: OMS

Santé publique au Venezuela

# Un nouveau système global destiné aux plus démunis

**Suite au démantèlement promu par le néolibéralisme des années 1990, le système de santé vénézuélien semblait voué à l'exclusion et à l'élitisme. Or depuis l'arrivée au pouvoir de Hugo Chavez, un vaste programme de santé publique redonne l'espoir aux plus démunis. Explications.**

Par Gianni Hochkofler

**A**vant Hugo Chavez, l'exclusion et l'élitisme dominaient depuis des décennies au Venezuela. Le démantèlement du système de santé publique promu par le néolibéralisme des années 1990 était devenu le nouveau dogme. L'application de politiques de privatisation et de décentralisation avait réduit fortement l'efficacité des hôpitaux publics, remplacés par le marché rentable des cliniques privées.

Pour les populations pauvres, restaient deux possibilités: payer les consultations médicales (environ 18 USD), ou faire la queue dans un hôpital public. La privatisation était telle, que dans les hôpitaux publics les patients avaient pris l'habitude de payer pour être reçus et d'acheter eux-mêmes les produits utilisés par les médecins.

Depuis les débuts du gouvernement d'Hugo Chavez, les choses en matière de santé ont commencé à changer: baisse du taux de mortalité infantile; mise sur pied d'un réseau de traitement gratuit du VIH/sida; quasi-disparition de la dengue, qui faisait des ravages; ou encore augmentation des investissements en vaccins. Tout cela dans le cadre de l'augmentation de la part du social dans le produit intérieur brut (PIB) vénézuélien.

En 1999, la nouvelle Constitution bolivarienne reconnaît la santé comme un droit universel et inaliénable de l'être humain, garanti par le caractère public et gratuit de la médecine.

En 2004, un nouveau système global de santé publique est mis en place, destiné en priorité aux populations les plus démunies. Il se fonde sur trois niveaux: 1) le Réseau d'attention primaire à la santé; 2) un niveau d'attention à la santé centré sur les policliniques populaires permettant des interventions plus lourdes; 3) redéfinition du rôle et du fonctionnement des hôpitaux (équipements plus modernes et nouveaux hôpitaux en zones périphériques). L'argent pour réaliser

ce vaste programme est versé par la société pétrolière d'État, la Petroleos Del Venezuela Sociedad Anónima (PDVSA).

L'opposition affirme que les programmes sociaux, y compris «Barrio Adentro» (voir encadré), représentent un énorme gaspillage. Certains adversaires de Chavez estiment même que la participation des médecins cubains fait partie d'un complot visant à faire subir un endoctrinement marxiste aux Vénézuéliens démunis.

Le Fonds monétaire international (FMI) a déclaré que le Venezuela devait prendre des mesures immédiates pour ramener à des niveaux qu'il jugeait plus prudents les dépenses de l'État. Agustín Carstens, directeur général adjoint du FMI, a déclaré les dépenses sociales du gouvernement Chavez «non-viables».

Les médecins des dispensaires assurent une permanence 24 h/24; l'État distribue gratuitement des médicaments génériques; et depuis qu'existe «Barrio Adentro», 80% des remèdes ont été dispensés gratuitement. Le médecin de quartier remplit aussi un rôle d'éducation sanitaire et de prévention. Il élabore des plans d'assainissement environnemental avec la communauté.

Un autre aspect important du nouveau plan de santé est la «rencontre des savoirs». Les responsables du ministère ont rencontré les chamans des communautés indigènes avec lesquels ils ont défini certains principes et objectifs. Parmi ceux-ci, figure la garantie pour les peuples indigènes de conserver la propriété intellectuelle de leurs connaissances, convoitée par les multinationales. Une «Ecole globale» gérée par les indigènes recensera et dispensera les savoirs thérapeutiques de chaque groupe ethnique. Beaucoup de ces savoirs n'ont en effet subsisté que grâce à la transmission orale. L'État se charge dès maintenant de préserver ce patrimoine.

## Les chiffres qui parlent

- **Le taux de mortalité infantile** est passé de 21,4‰ en 1998 à 17,5‰ en 2002 (5‰ en Suisse).
- **7566 nouveaux patients** ont bénéficié du traitement gratuit VIH/sida en 2002, contre 335 en 1999.
- **En quatre ans (1999-2003)** l'État a multiplié par neuf ses investissements en vaccins.
- **La part du social dans le PIB** vénézuélien est passée de 7,8% (1998) à 10,71% (2002).

## Eclairage

### Le Réseau d'attention primaire à la santé

**P**lusieurs milliers de médecins cubains participent à cette expérience novatrice qu'on appelle «Barrio Adentro» (au centre du quartier). L'expérience vise à offrir des soins de santé gratuits à quelques-unes des collectivités les plus pauvres – et les plus malades – du Venezuela. Les Cubains travaillent dans ce réseau pendant deux ans et emploient un matériel fourni, en

grande partie, par l'État cubain. En échange, le Venezuela (qui souffre d'une pénurie de médecins prêts à renoncer aux tarifs élevés du secteur privé, mais qui est riche en pétrole) s'assure que l'île socialiste assiégée ne manque pas de ressources énergétiques. Cette collaboration unique est un bon exemple de deux pays tirant des avantages réciproques de leurs ressources respectives. **GIH**

Destruction du système de santé au Nicaragua

## Les femmes et les enfants en première ligne

**L'**explosion des services de santé pendant la révolution sandiniste a été élaborée vers 1975 par les autorités de l'époque et par le BID, qui imposait un modèle axé sur la prise en charge hospitalière. Le gouvernement révolutionnaire changera cela en installant 400 unités de santé primaire, ainsi qu'un programme de vaccination remarquable. Dans les années 1980 au Nicaragua, tout le monde avait accès à la santé.

Après la défaite des sandinistes (1990), la Banque Mondiale lance son programme de "modernisation" de l'Etat. Pour la santé, cela signifie transférer la responsabilité publique vers le secteur privé. Difficile dans un pays où 70% des Nicaraguayens vivent avec 1 dollar par jour! Désormais, c'est la loi de l'argent. Le patient reçoit au mieux une consultation médicale et une ordonnance, mais il lui faudra trouver et payer le médicament lui-même. Souvent, le médecin

n'accepte d'opérer un patient dans l'hôpital public que si celui-ci paie de sa poche. Le médecin travaille toujours à la fois à l'hôpital et dans son cabinet privé. Si la grève des médecins (nov. 05-mai 06) peut paraître justifiée, puisqu'ils reçoivent un salaire mensuel d'environ 300 USD pour leur travail à l'hôpital, elle aura surtout profité à ceux qui avaient déjà leur cabinet privé.

La destruction pure et simple de l'Etat a entraîné pour les femmes des résultats désastreux. De manière générale, l'Etat ne réussit plus à assurer le droit à la vie de ses citoyens. Il est incapable de faire fonctionner les services d'urgence, de maîtriser les épidémies ou d'assurer les médicaments pour les maladies chroniques. Il est surtout incapable d'assurer les droits sexuels et reproductifs des femmes. Contre sa propre constitution, l'Etat prétend diriger la sexualité des femmes avec une boussole religieuse,

catholique et rigide, en les empêchant d'accéder aux informations et moyens qui leur permettraient de choisir leur vie. Alors que le pourcentage de naissances chez les femmes de moins de 20 ans diminue en Amérique centrale, il augmente entre 1990 (16%) et 1995 (24%) au Nicaragua (P.Dijkema, Managua, 1998). En 2004, 27% des morts maternelles à Matagalpa ont touché des adolescentes (INM, FNUAP, Managua, 1999).

Les femmes et les enfants sont aux premières loges pour souffrir des conséquences d'une gestion aussi déplorable de l'Etat et de la santé publique. Elles ne feront pas forcément pour autant le pas de voter contre le gouvernement libéral aux prochaines élections, en novembre 2006. A travers des projets solidaires tels que ceux réalisés par la CSSR et ses bénéficiaires, peut se construire une conscience qui devrait mener au refus de l'injustice.

Viviane Luisier

### Interview

## Le modèle cubain

**Le système de santé cubain produit des résultats remarquables, malgré de faibles coûts. Au-delà des problèmes que rencontre ce pays, nous avons voulu connaître l'avis des autorités. Interview du Dr Antonio González Fernández, chef du Département des Organisations internationales du Ministère cubain de la Santé, de passage à Genève en tant que membre de la délégation cubaine pour l'Assemblée générale de l'OMS, du 22 au 27 mai 2006.**

Propos recueillis par Gianni Hochkofler

❶ Pourquoi le modèle de système de santé cubain s'exporte-t-il dans les pays d'Amérique latine?

Dr Antonio González Fernández:

Nous n'avons pas cherché à exporter notre modèle. Mais les systèmes économiques néolibéraux, les stratégies du Fonds Monétaire International et les accords contractés dans le cadre de la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA-ALCA) ont mené à l'échec les systèmes de santé des pays d'Amérique latine. L'accord de l'Alternative bolivarienne pour l'Amérique (ALBA), basé sur la collaboration et la solidarité, et non sur la concurrence, offre une autre voie que l'ALCA. C'est dans ce cadre que d'autres gouvernements s'intéressent à notre système de santé. En effet, nous parvenons à Cuba à des indices sanitaires très favorables malgré un investissement financier limité.

❷ Quelle est la formation des médecins cubains?

Le système éducatif cubain gratuit est à la base de l'enseignement de la médecine. La formation des médecins dans nos 21 écoles de médecine se fait aussi dans les policliniques, structures de santé spécialisées, réparties dans tout le pays. Nous formons des spécialistes de «médecine générale intégrale», des médecins qui savent aussi faire un diagnostic social. Notre médecine est humaniste, au centre il y a l'être humain. Nos médecins, à la demande des gouvernements ou lors de catastrophes, sont prêts à partir à l'étranger. À l'heure actuelle, 29 000 médecins cubains sont actifs dans 68 pays. À partir de 1998 naît l'Ecole latino-américaine de médecine réservée aux étudiants d'autres pays. En 2005, 1610 médecins ont été formés et actuellement, 9600 boursiers étrangers y suivent une formation.

❸ Comment voyez-vous le système de santé cubain à l'avenir?

Après la chute du bloc de l'Est dès 1989, Cuba a connu une période financièrement difficile durant laquelle les investissements en faveur de la santé ont dû se limiter au minimum, en privilégiant les structures de base. Depuis lors cependant, notre situation économique s'est améliorée et nous avons pu investir dans les infrastructures de santé, l'équipement et la technologie. Notre production pharmaceutique s'est accrue et nous exportons à présent des médicaments pour un montant équivalent à 200 millions de dollars par an. Nous allons poursuivre le développement de notre système de santé sans oublier que la valorisation des ressources humaines a toujours représenté notre priorité. Cela non seulement pour faire face aux problèmes de santé à Cuba, mais aussi partout dans le monde.