

Accès des Pauvres aux Soins de Santé – Comblar les Lacunes de la Couverture Universelle

Les programmes nationaux universels dans le secteur de la santé

Les programmes universels de couverture de santé sont généralement mis en place pour améliorer l'accès des pauvres aux services de soins et remédier à des inégalités persistantes. Au vu de l'expérience brésilienne décrite ici, il semble possible de conclure que, pour parvenir à une égalité de résultats en matière de santé, le dispositif de couverture universelle doit être complété par d'autres stratégies destinées à améliorer l'utilisation par les pauvres des services disponibles.

Le Brésil fait partie des 12 pays du monde où les écarts de revenu sont les plus importants. L'inégalité des résultats en matière de santé a été reconnue comme un problème sanitaire majeur dans les Amériques. Le Brésil a engagé un certain nombre d'initiatives dans le domaine de la santé pour améliorer l'accès aux soins des segments les plus pauvres de la société. Elles comprennent des programmes universels de soins de santé primaires avec un ciblage de certains programmes de santé sur les pauvres, le versement d'incitations financières ou de récompenses aux municipalités offrant une couverture de santé aux familles pauvres, et le versement d'incitations financières aux familles les plus pauvres pour les amener à utiliser convenablement les services publics disponibles en matière de santé et d'éducation.

Le Programme national de vaccination a été créé au Brésil en 1973 afin d'offrir des services de santé universels par le canal des services préventifs de soins primaires assurés dans les dispensaires et les polycliniques publics. Le Programme de soins prénatals est l'un des services de soins de santé les plus traditionnels proposé dans le cadre du dispositif national de soins primaires. Le Programme PSF de santé familiale a été mis en place en 1994 afin de réorganiser les services de soins

primaires. La démarche était préventive, et les services devaient être assurés par une équipe de prestataires de soins de santé. En 1998, l'instauration du Sistema Unico de Saude (SUS — système de santé unifié) dans la Constitution a fait de la couverture santé universelle et de la santé un droit pour tous les Brésiliens quel que soit leur niveau de revenu. Il s'agissait de remédier aux inégalités dues au manque d'argent pour payer les services.

Parallèlement aux efforts des pouvoirs publics, des organismes à but non lucratif se sont également employés à venir en aide aux pauvres, par exemple avec le programme Pastorate of the Child, lancé en 1983 par l'Église catholique à l'intention des enfants sous-alimentés et des enfants les plus pauvres.

Une couverture universelle mais qui ne touche pas la majorité des plus pauvres

Le Programme national de vaccination créé au Brésil en 1973 est un programme universel visant l'ensemble de la population, dont le but est d'éradiquer les maladies à prévention vaccinale telles que la polio, la rougeole, la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche ou le tétanos. Les services ont été dispensés par le canal du dispositif de soins primaires préventifs dans des établissements de santé. Pour amplifier la pénétration du programme, des campagnes nationales de vaccination ont été organisées afin de sensibiliser davantage la population à l'importance des vaccins pour prévenir les maladies. D'autre part, la disponibilité des services a été améliorée par l'ouverture de sites de vaccination dans des lieux où les pauvres se rendent ou se rassemblent fréquemment, comme les supermarchés, les centres commerciaux et les centres socioculturels.



Les résultats des actions menées en faveur de la vaccination au Brésil ont montré que, malgré l'augmentation importante de la couverture vaccinale entre 1994 et 2000, la prévalence des vaccinations incomplètes était la plus forte parmi les enfants des 20 % de ménages les plus pauvres (quintile inférieur). À Sergipe, une ville située dans le nord-est du Brésil, une étude réalisée en 2000 a révélé que les enfants du quintile inférieur étaient ceux qui bénéficiaient le moins des services fournis, contrairement aux enfants du quintile le plus riche — preuve que la couverture des services était inégale. Le tableau 1 illustre la concordance des résultats des données nationales de 1996 et de l'étude de Sergipe en ce qui concerne l'inégalité dont sont victimes les ménages les plus pauvres.

Le Programme national de soins prénatals, déjà ancien, n'est pas parvenu non plus à toucher les femmes les plus pauvres du Brésil. Le taux d'utilisation des services de soins prénatals est élevé au niveau national, avec plus de 90 % des femmes ayant subi au moins un examen médical, et en moyenne plus de six consultations par personne. Mais si la couverture globale de ce programme est bonne, les femmes des ménages les moins pauvres, là encore, ont semblé bénéficier davantage des services fournis. La plus grande concentration de femmes recevant des soins prénatals insuffisants était observée dans le quintile inférieur, signe que le programme n'était pas assez ciblé sur cette population (tableau 2). Par rapport au programme de vaccination, le programme de soins prénatals est apparu moins efficace sur le plan de la priorité donnée aux pauvres et du niveau de couverture.

Bien que le pays ait notablement amélioré sa capacité à réduire les problèmes de vaccinations incomplètes et de soins prénatals insuffisants, les inégalités ont perduré. Les familles du quintile le plus pauvre se sont systématiquement avérées être celles qui ne bénéficiaient d'aucuns services ou qui recevaient des services incomplets ou insuffisants par rapport aux familles des groupes de revenus supérieurs.

Pastorate of the Child est un exemple d'initiative non gouvernementale spécifiquement ciblée sur les enfants les plus pauvres. Lancé en 1983 par l'Église catholique, ce programme s'appuie sur des bénévoles, principalement des femmes, recrutés au sein de la population locale, qui donnent des informations et des conseils en matière de soins de santé maternelle et infantile, y compris la vaccination, à raison d'une journée par mois. Pastorate of the Child est ciblé sur les enfants souffrant de malnutrition et sur les enfants des familles les plus démunies. Malgré sa mission, les recherches ont montré que la couverture de ce programme restait médiocre,

Tableau 1. Prévalence des vaccinations incomplètes parmi les enfants de 12 ans et plus, par quintiles de richesse et indices de concentration pour l'enquête DHS de 1996 et l'étude de Sergipe (2000)

Quintiles de richesse	DHS (1996) n = 3827	Sergipe (2000) n = 1436
1	33,4	28,0
2	16,4	20,4
3	14,2	20,6
4	11,9	15,5
5	15,3	17,8
Ensemble	19,3	20,5
	p < 0,001	p = 0,176
	IC = -21,8	IC = -10,8

DHS : enquête démographique et de santé ; IC : indice de concentration.
Sources : BEMFAM, DHS/Brésil 1996 et étude de J.A. Cesar à Sergipe 2000.

Tableau 2. Pourcentage de mères recevant des soins prénatals insuffisants par quintiles de richesse et indices de concentration pour les deux études

Quintiles de richesse	DHS (1996)	Sergipe (2000)
1	70,0	49,1
2	43,5	48,3
3	27,4	35,3
4	19,1	30,2
5	13,6	18,7
Ensemble	38,4	35,7
	p < 0,001	p < 0,001
	IC = -31,7	IC = -18,3

DHS : enquête démographique et de santé ; SUS : système de santé unifié ; IC : indice de concentration.

Sources : BEMFAM, Brésil/DHS 1996 ; NA Neumann ; étude de JA Cesar à Sergipe 2000.

et que la plus grande concentration d'enfants qui en bénéficiaient n'appartenaient pas aux ménages les plus pauvres et ne comptaient pas non plus parmi les plus sous-alimentés. Le programme fonctionnait en dehors du système public structuré de soins primaires, reposait sur le volontariat et sélectionnait les bénévoles au sein des groupes sociaux desservis.

De ce fait, les groupes ayant les infrastructures et les capacités d'organisation les moins développées, généralement les plus pauvres, étaient désavantagés pour ce qui est de bénéficier des services proposés.

Lever les obstacles à l'accès aux soins

Dans ce contexte, le Gouvernement brésilien a institué en 1994 le Programme PSF de santé familiale afin de réorganiser les services de soins primaires et d'améliorer la desserte des populations pauvres. Le principal objectif du PSF était de toucher toute la population, et en particulier les pauvres. Les caractéristiques du programme favorisant les pauvres sont les suivantes :

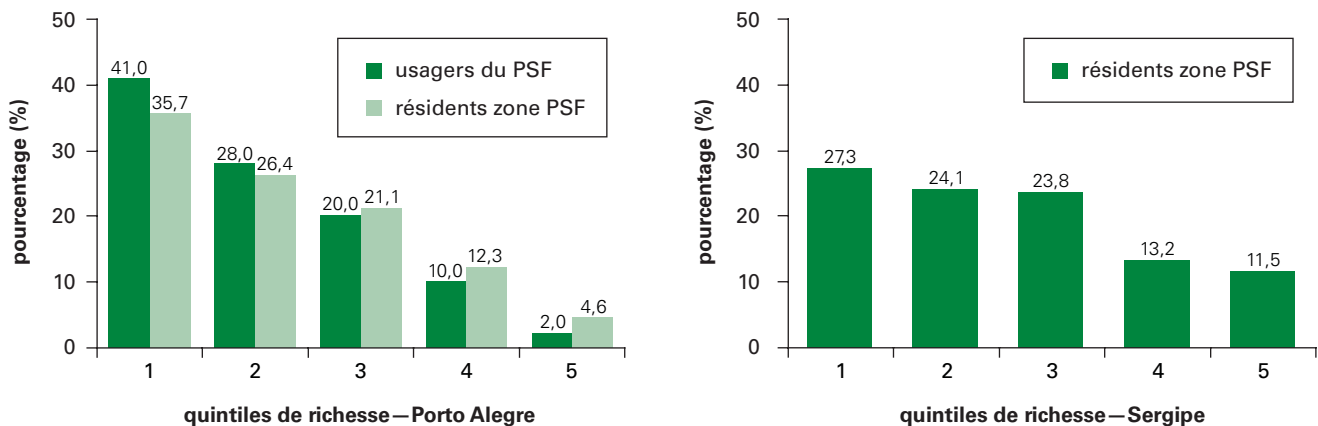
- I. *Mise en œuvre par étapes* : le programme a d'abord été mis en œuvre dans les zones les plus pauvres, ainsi que dans celles n'ayant jamais encore bénéficié de services de soins primaires.
- II. *Mode d'approche des clients* : les services ont été dispensés par des équipes de santé chargées chacune de surveiller l'état de santé de ménages et de familles sélectionnés. Contrairement à la prise en charge traditionnelle où le patient/la famille va en consultation dans un établissement de santé pour un problème particulier, les équipes ont

rendu visite à leurs clients chez eux ou sont intervenus dans le cadre d'activités locales.

Les équipes étaient construites de manière à faciliter l'identification des facteurs représentant un risque sanitaire au sein du groupe considéré. Les interventions étaient destinées à contrer ces menaces sanitaires et aussi à informer les membres de la collectivité sur la manière dont elles pouvaient être prévenues. Les équipes étaient composées d'un médecin généraliste, d'un infirmier, d'un aide-soignant et de quatre agents de santé locaux. Une récompense pécuniaire était offerte aux municipalités, par le biais du ministère de la Santé, en fonction de leur aptitude à maintenir une couverture de 70 % de la population.

Le programme PSF a été mis en œuvre par étapes dans tout le Brésil, et la couverture nationale estimée en 1996 était comprise entre 49,8 % dans la région du Nordeste et 26 % dans la région du Sud-Est. À Porto Alegre en 2003, où le programme PSF venait d'être engagé, les sites d'intervention étaient les plus nombreux dans les zones habitées par les familles du quintile le plus pauvre, tandis que les ménages du quintile le plus riche étaient les moins représentés (figure 1). Le programme lancé à Sergipe en 1996 présentait la plus forte concentration de familles du quintile inférieur, bien que la participation de familles du quintile supérieur ait aussi énormément augmenté.

Figure 1. [PLEASE PROVIDE TRANSLATION] Distribution of wealth status for residents of areas covered by the family health program (PSF), Porto Alegre and Sergipe, and for PSF users, Porto Alegre



Source: [PLEASE PROVIDE TRANSLATION] Neumann and others 1999.

Bien que les programmes mis en place dans les deux villes aient privilégié les pauvres, celui de Porto Alegre présente les résultats les plus favorables à ce segment de population. Les ménages les plus pauvres y avaient neuf fois plus de chances de bénéficier du programme que les moins pauvres. À Serigipe, ce rapport n'était que de 2,5. L'écart observé est probablement dû aux différents stades de mise en œuvre du programme dans les deux villes. Au début, la couverture est faible et les pauvres sont davantage favorisés, comme à Porto Alegre. Par la suite, la couverture est étendue et les pauvres sont globalement moins favorisés, même si la couverture reste plus élevée chez les pauvres.

Conclusion

Dans beaucoup de cas, les programmes « universels » le sont par leur vocation à rendre les services disponibles à tous, mais pas nécessairement par la couverture effectivement obtenue dans le pays. Au Brésil, les programmes universels de vaccination et de soins prénatals montrent que, pour toucher les pauvres, des mesures spécifiquement ciblées sur les pau-

vres sont nécessaires si l'on veut améliorer l'accès des populations démunies et vulnérables aux services proposés. Le programme PSF de santé familiale offre un excellent exemple de la façon dont on peut y arriver en améliorant le ciblage de programmes universels. Par rapport aux programmes gouvernementaux de vaccination et de soins prénatals examinés et au programme ciblé Pastorate of the Child, le programme PSF touche davantage les pauvres que les autres groupes de population. Au vu de ce programme, il semble possible d'augmenter la participation des pauvres au système de santé en mettant en place des mesures qui favorisent les pauvres, en améliorant leur information par des actions d'éducation individuelles et collectives, et aussi en augmentant la pénétration des services grâce aux visites à domicile et au choix d'emplacements appropriés pour les sites d'intervention. Des études visant à identifier les facteurs déterminants dans les différents schémas d'utilisation pourraient permettre de mieux comprendre ces questions et aider à trouver des moyens encore plus efficaces d'améliorer l'utilisation des services dans le segment le plus pauvre de la population.

