

OFFRIR DES SERVICES DE SANTÉ

AUX POPULATIONS DÉFAVORISÉES

2007

Inde

Un syndicat féminin local offre des soins de santé aux pauvres

L'association des travailleuses indépendantes (SEWA) est un syndicat qui a été fondé en 1972 à Ahmedabad, dans l'État du Gujarat (Inde) pour donner aux femmes défavorisées les moyens de gagner leur vie en dehors du secteur structuré, par leur propre travail ou dans le cadre d'une petite entreprise. À la différence des employés du secteur formel, ces femmes ne reçoivent pas de salaire régulier et ne bénéficient d'aucune prestation sociale.

SEWA avait deux objectifs : a) aider ces femmes à obtenir un travail à plein temps qui leur garantirait la sécurité de l'emploi, un revenu, de la nourriture et une protection sociale, et b) les rendre autonomes sur le plan individuel et collectif, indépendantes en termes économiques et capables de prendre leurs propres décisions. Outre des services bancaires et de crédit (SEWA Bank) et d'assurance (Vimco SEWA), l'association a commencé, au début des années 70, à s'investir activement dans le domaine de la santé publique pour offrir à ses membres et aux non-membres des soins de santé préventifs et primaires. Il s'agissait pour elle de délivrer des services aux populations très défavorisées, notamment les habitants des zones non desservies par l'État ou par les organisations non-gouvernementales (ONG). SEWA a dû surmonter de nombreux défis pour apporter les services de santé nécessaires à ces populations.

La santé dans le Gujarat

En Inde comme ailleurs, les pauvres meurent plus tôt, sont plus prédisposés aux maladies et ont moins accès aux soins de santé que les mieux nantis. L'apport d'une aide à ces populations défavorisées, en grande partie analphabètes et dispersées au plan géographique, aux résidents des zones

rurales reculées notamment, se heurte à de nombreux obstacles. Les plus épineux consistent à identifier et à surmonter les difficultés auxquels les pauvres sont confrontés pour obtenir des soins.

Le secteur public indien est vaste mais sous-financé, et ne suffit pas entièrement à satisfaire les besoins de santé actuels. Le secteur privé connaît une croissance rapide, mais il n'est pas réglementé. En l'absence de normes de soins, il compte de nombreux praticiens non qualifiés qui prescrivent probablement trop de traitements inadaptés. Les patients paient une bonne part des soins, publics et privés, qui leur sont dispensés.

Dans le Gujarat, en comparaison à l'ensemble de l'Inde, le secteur de santé privé à but lucratif est en plein essor. Les problèmes relatifs aux soins publics et privés y sont les mêmes que dans le reste du pays. La majorité de la population, tant rurale qu'urbaine, a recours aux services ambulatoires et hospitaliers du secteur privé. Selon l'enquête de la National Sample Survey Organization (NSSO) conduite en 1995-96, près de 82 % des traitements ambulatoires en milieu rural étaient délivrés par des prestataires privés, et 72 % en milieu urbain. Le secteur privé assurait 71 % des hospitalisations en zone urbaine, et 67,4 % en zone rurale. Parmi les régions couvertes par l'étude, le système de santé public n'était performant qu'à Ahmedabad, où quatre grands hôpitaux publics offrent des soins ambulatoires et hospitaliers.

Les distances et le manque de moyens financiers constituent des obstacles majeurs pour les demandeurs de soins pauvres au Gujarat. Il est très facile d'obtenir des soins de santé (surtout les soins curatifs, onéreux, hospitaliers) dans les centres urbains. Pour les habitants des villages éloignés d'un tel centre, par contre, il arrive que l'établissement de soins le plus proche se situe à des heures de route. Douze



pour cent des femmes vivant en milieu rural habitent à cinq kilomètres au moins de l'établissement de santé le plus proche. Selon l'enquête de 1995-96 de la NSSO, la probabilité d'hospitalisation sur une période d'un an du quintile le plus riche des Gujaratis ruraux (mesuré par les dépenses annuelles des ménages) était de 4,6 fois supérieure à celle du quintile le plus pauvre. Dans les zones urbaines, ce rapport était de 2,9.

Les services de santé de SEWA

SEWA a commencé à intervenir activement dans le domaine de la santé publique au début des années 70, par le biais de l'éducation à la santé et de l'allocation de prestations de maternité. Au début des années 80, l'association a négocié avec le gouvernement indien pour participer à la prestation de soins de maternité aux femmes pauvres. L'un des objectifs de SEWA Health a toujours été de renforcer les capacités des femmes à l'échelon local, notamment en ce qui concerne les sages-femmes traditionnelles (*dais*) pour faire d'elles des « médecins aux pieds nus » dans leurs communautés. Aujourd'hui, les activités de SEWA dans le domaine de la santé sont nombreuses et variées : soins primaires délivrés au travers de 60 centres de santé fixes et unités mobiles ; éducation et formation à la santé ; renforcement des capacités des *dais* et des dirigeants locaux de SEWA ; fourniture de médicaments de grande qualité à faible coût par l'intermédiaire de pharmacies ; services de santé professionnelle et mentale ; production et commercialisation de remèdes traditionnels. Le programme *Atteindre les pauvres* porte sur les trois activités résumées au tableau 1.

Les unités mobiles de santé génésique

Pour répondre à la demande des habitants des régions reculées et sous desservies, SEWA Health a entrepris en 1999 d'organiser des unités mobiles de santé génésique destinées aux femmes. Ces unités s'installent surtout dans les bidonvilles d'Ahmedabad et dans les villages des trois districts, et sont en grande partie financées par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le gouvernement indien. Plus de 35 de ces opérations sont réalisées chaque mois, et accueillent en moyenne 30 femmes chacune, soit un total annuel de plus de 12 500 patientes. Les soins y sont administrés par des médecins et par 50 médecins et gestionnaires aux pieds nus. L'opération est renouvelée chaque année, une fois par an en moyenne dans chaque zone.

Les unités mobiles de santé génésique proposent les activités suivantes : éducation et formation en santé, examens et tests diagnostics (dont un examen gynécologique et un frottis), traitement, orientation vers des services spécialisés et suivi. Les activités ont généralement lieu l'après-midi, et durent de trois à quatre heures. Les participantes doivent verser une contribution de 5 roupies (0,11 dollars) et un tiers du coût des médicaments fournis (les personnes très pauvres peuvent toutefois être dispensées de ces paiements).

Dans les zones rurales, SEWA Health organise de plus en plus souvent ces opérations en collaboration avec le gouvernement du Gujarat, les activités étant organisées directement dans les centres publics de soins primaires, généralement situés dans de petits villages ou dans leurs environs. Ils diffèrent des unités type décrites plus haut dans la mesure où les médicaments y sont fournis gratuitement, les médicaments disponibles se limitent à ceux figurant sur le formulaire pharmaceutique officiel, et les soins sont administrés par des médecins et des infirmiers du secteur public. Des transports gratuits sont assurés pour les femmes vivant dans les villages voisins.

Servir les pauvres

Une enquête a été conduite auprès de 376 femmes vivant en milieu urbain et 158 en milieu rural, alors qu'elles participaient aux activités d'unités sélectionnées de manière aléatoire, pour évaluer le statut socio-économique de celles qui font appel aux unités mobiles de santé génésique. Les résultats ont été comparés à ceux d'enquêtes récentes, représentatives, portant sur la population urbaine et rurale du Gujarat en général. Il en ressort que les unités mobiles de santé génésique desservent de manière très efficace les femmes défavorisées d'Ahmedabad. D'après une comparaison fondée sur un indice composite du statut socio-économique, les participantes à ces opérations sont sensiblement plus pauvres que la population d'Ahmedabad. Les usagères (et leurs familles) étaient ainsi nettement moins susceptibles de posséder un cyclomoteur ou un scooter (12 % contre 43 %) et d'utiliser le gaz naturel comme combustible de cuisine (35 % contre 66 %), et avaient généralement davantage recours aux toilettes publiques (plutôt qu'à des toilettes privées ou communes) (22 % contre 9 %). Le graphique 1a) illustre la répartition des usagères des unités par décile de l'indice socio-économique – l'asymétrie observable sur la gauche indique qu'elles étaient plus probablement issues des

Tableau 1. Les trois services de santé SEWA couverts par *Atteindre les pauvres*

Variable	Unités mobiles de santé génésique	Dépistage et traitement de la tuberculose	Séances d'éducation destinées aux femmes
Date de démarrage	1999	1999	1999
Population ciblée	Femmes en âge de reproduction	Hommes et femmes, tous âges	Femmes en âge de reproduction
Couverture géographique	Essentiellement les districts d'Ahmedabad, de Kheda, et de Patan	Quartiers Nord et Est d'Ahmedabad (375 000 habitants)	Essentiellement les districts d'Ahmedabad, de Kheda, et de Patan (mais aussi les districts où SEWA compte des membres)
Services	Éducation et formation ; examens et tests diagnostics (examens gynécologiques et frottis), traitement, orientation vers un spécialiste, suivi	Diagnostic, traitement, médicaments	Éducation : SEWA –orientation, premiers secours ; maladies générales et VIH/SIDA ; vaccination et soins infantiles ; maladies aérogènes et à transmission hydrique, et tuberculose ; santé sexuelle et génésique.
Taux d'utilisation annuel	12 500 femmes	575 patients en cours de traitement au centre DOTS ; 23 traités par thérapie DOTS par des médecins aux pieds nus	6 000 femmes
Coût pour l'utilisateur	Tarif de la consultation : 5 roupies ; médicaments vendus au prix de gros (un tiers environ du prix commercial)	Services gratuits ; coûts indirects seulement	Droits d'adhésion à SEWA : 5 roupies
Bailleur de fonds externe	FNUAP et gouvernement indien	OMS, gouvernement indien et corporation municipale d'Ahmedabad	Gouvernement indien, FNUAP et Fondation Ford
Ressources humaines	6 médecins à temps partiel 50 médecins et responsables aux pieds nus	6 centres fixes (dotés de 2 ou 3 employés chacun) et 11 prestataires locaux de DOTS	35 travailleurs locaux et employés à plein temps

DOTS : Traitement de brève durée sous surveillance directe ; FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population.

Source : Tableau 9.1, Gwatkin, Wagstaff, et Yazbeck (2005).

segments les plus pauvres de la population. Le pourcentage s'inscrivant au-dessous du 30e décile (qui correspond plus ou moins au seuil de pauvreté en Inde) était de 52 % (graphique 1).

Dans les zones rurales, les unités ont moins bien réussi à desservir les femmes défavorisées. En milieu rural, les femmes ne se distinguent pas sensiblement de la population générale sur l'indice socio-économique. Le graphique 1b) indique que la majorité des usagers ruraux des unités sont issus de déciles moins pauvres de la population. Seuls 5,7 % des usagers étaient classés en deçà du 30e décile, ce qui laisse entendre que les unités mobiles de santé génésique de SEWA Health en milieu rural ne ciblent pas efficacement les plus défavorisés.

Ce qui a fonctionné, et pourquoi

Les services en milieu urbain semblent, pour la plupart, avoir réussi à cibler les pauvres, vraisemblablement pour les raisons suivantes :

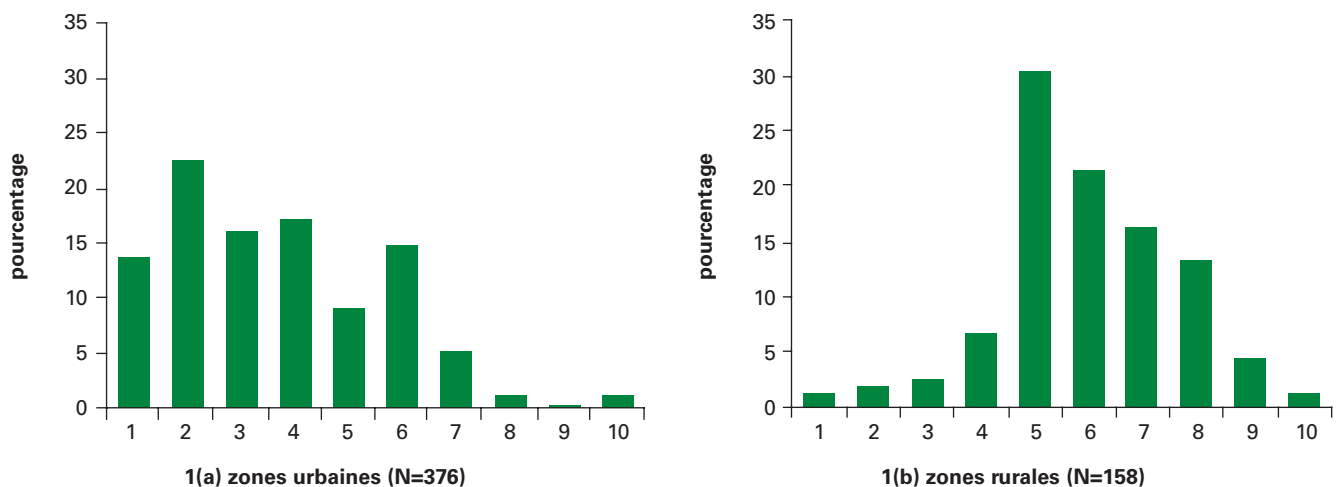
- Le personnel de SEWA traite les gens avec respect, les accueille chaleureusement et leur fournit des renseignements détaillés ;
- Les services (surtout les unités mobiles de santé génésique et les séances d'éducation des femmes) sont délivrés

« devant la porte » ; autrement dit, SEWA Health apporte les services aux pauvres au lieu d'essayer de les faire venir là où ils sont délivrés ;

- Les services sont délivrés par des femmes et (en partie tout du moins) par les pauvres eux-mêmes ;
- Les services sont généralement associés à des opérations visant à éduquer et à mobiliser la collectivité ; par exemple, l'arrivée des unités mobiles est précédée d'une opération de porte-à-porte des travailleurs de SEWA Health pour informer la population et lui expliquer comment utiliser le service ;
- Les services sont gratuits ou peu coûteux, et les médicaments nettement moins chers dans les établissements de SEWA que dans les magasins privés ;
- SEWA est un organisme que la population connaît et auquel elle fait confiance.

Des entretiens approfondis avec les travailleurs locaux de SEWA Health laissent entendre que deux obstacles essentiels empêchent les femmes démunies de recourir aux unités mobiles de santé génésique en milieu rural. D'une part, le droit d'inscription de 5 roupies en exclut certaines. D'autre part, il leur est parfois difficile d'y participer dans la mesure

Figure 1. Distribution statistique des usagers, citadins et ruraux, des unités mobiles de santé génésique de SEWA, par déciles de l'indice socio-économique.



Source : M. Kent Ranson, Palak Joshi, Mittal Shah, et Yasmin Shaikh: « India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services among the Poor », in *Reaching the Poor*, dir. pub. Gwatkin, Wagstaff, et Yazbeck, à paraître, Banque mondiale, Washington, 2005

où les horaires des activités coïncident souvent avec les heures de travail.

D'autres raisons plus générales expliquent probablement les difficultés à délivrer des services aux populations rurales pauvres. Des études conduites dans d'autres domaines d'activités de SEWA ont révélé des écarts similaires en termes d'équité d'utilisation des services urbains et ruraux. Ainsi, le taux de réclamation des adhérents les plus pauvres au régime d'assurance de SEWA (Vimo SEWA) en milieu rural est inférieur à celui des moins pauvres. Cette inégalité tient à différentes raisons :

- des problèmes d'accès géographique, tant aux établissements hospitaliers qu'aux conseillers locaux de Vimo SEWA ;
- des « relations » plus fragiles entre les adhérents et les représentants locaux de Vimo SEWA en milieu rural (les contacts y sont moins fréquents et moins intensifs)
- des capacités inférieures chez les conseillers locaux de Vimo SEWA dans les régions rurales.

SEWA Health a pris des dispositions pour améliorer l'accessibilité aux unités mobiles de santé génésique en milieu rural. L'organisme dispense les personnes particulièrement démunies – généralement quelques femmes dans chaque camp – du droit d'inscription et des frais de médicaments. Ces exemptions pourraient peut-être être accordées plus largement, et de manière plus objective, par exemple en dispen-

sant de ces droits tous les détenteurs d'une carte attestant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté.

Il convient par ailleurs de garder à l'esprit qu'un service qui ne parvient pas à aider les plus démunis parmi les populations rurales pauvres n'a pas forcément échoué à « atteindre les pauvres ». En effet, même les ménages classés dans les déciles supérieurs de l'indice socioéconomique en milieu rural doivent être considérés comme étant « moins pauvres » et non « nantis ». En comparaison à leurs homologues citadins, ils possèdent moins de réserves en liquidités et de richesses matérielles, et leur sécurité économique est donc moindre.

En conclusion, les résultats de l'étude montrent que la prestation de services au travers d'un grand syndicat polarisé sur le développement peut favoriser la prestation équitable de services de santé. Les autorités et les bailleurs de fonds peuvent intervenir pour vérifier que les ONG bien établies désireuses de fournir des services de santé ont les moyens et les compétences pour le faire.

La présente fiche a pour objectif de résumer les bonnes pratiques en matière de santé, de nutrition et de démographie. Elle est inspirée de « *India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services among the Poor* » de M. Kent Ranson, Palak Joshi, Mittal Shah, et Yasmin Shaikh, chapitre 9 de « *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why* », Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff, et Abdo S. Yazbeck, dir.pub (Washington, DC : Banque mondiale, 2005). Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement celles de la Banque mondiale.

Ces fiches peuvent également être consultées sur le site www.worldbank.org/wbi/healthandaids



