



HAL
open science

L'accès aux soins dans les pays du Nord et du Sud, le cas des médicaments : amorce de réflexion concernant l'accès aux antirétroviraux au Bénin et l'accès aux antituberculeux en Nouvelle-Calédonie

Maud Risterucci, Chloé Bouty

► **To cite this version:**

Maud Risterucci, Chloé Bouty. L'accès aux soins dans les pays du Nord et du Sud, le cas des médicaments : amorce de réflexion concernant l'accès aux antirétroviraux au Bénin et l'accès aux antituberculeux en Nouvelle-Calédonie. Sciences pharmaceutiques. 2010. dumas-00593248

HAL Id: dumas-00593248

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593248v1>

Submitted on 13 May 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**L'accès aux soins dans les pays du Nord et du Sud, le cas des médicaments :
amorce de réflexion concernant l'accès aux antirétroviraux au Bénin et l'accès aux
antituberculeux en Nouvelle-Calédonie**

**THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT**

Maud RISTERUCCI
Née le 30 septembre 1982
A Echirolles (Isère)

Chloé BOUTY
Née le 11 juin 1983
A Tchibanga (RDC)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Le 10 mai 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury

Madame le Professeur Renée GRILLOT, Directeur UFR

Membres

Madame Claudine PINEL, Maître de conférences universitaire à l'UFR de pharmacie de
Grenoble

Monsieur Gilles VAN DER POORTEN, Docteur en pharmacie

Monsieur Patrice TROUILLER, Professeur associé, Praticien hospitalier et Directeur de thèse

*La faculté de médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux
opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs*



UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE

UNIVERSITE
JOSEPH FOURIER
SCIENCES. TECHNOLOGIE. SANTÉ.



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur Renée GRILLOT
Vice -Doyen et Directeur des Etudes : Mme Edwige NICOLLE

Année 2009-2010

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE (N=17)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (LR)
BOUMENDJEL	Abcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wilhelm	Physique (U.V.H.C.I)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (GREPI – TIMC)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2 / PU-PH)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GRILLOT	Renée	Parasitologie - Mycologie Médicale (Directeur UFR / LAPM, PU-PH)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (Therex, TIMC)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
SEVE	Michel	Biochimie - Biotechnologie (IAB, PU-PH)
RIBUOT	Christophe	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie Nutrition (L.B.F.A)
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

Mise à jour le 03/09/2009

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE - TELEPHONE +33 (0)4 76 63 71 00 - FAX +33 (0)4 76 63 71 70



UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE

UNIVERSITE
JOSEPH FOURIER
SCIENCES. TECHNOLOGIE. SANTÉ.



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur Renée GRILLOT
Vice -Doyen et Directeur des Etudes : Mme Edwige NICOLLE

Année 2009-2010

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE (n = 32)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie - Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (ThEMAS TIMC-IMAG / MCU-PH)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B - LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (U.V.H.C.I)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A.)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S.)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M.)
GERMI	Raphaële	Microbiologie (U.V.H.C.I. / MCU-PH)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M.)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie -Pharmacologie (HP2)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
MELO DE LIMA	Christelle	Probabilités Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique (D.P.M.)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M)
PINEL	Claudine	Parasitologie - Mycologie Médicale (CIB / MCU-PH)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M.)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M.)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie organique (D.P.M.)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (VP Form Adjoint UJF, D.P.M.)

Mise à jour du 03/09/2009

1

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE - TELEPHONE +33 (0)4 76 63 71 00 - FAX +33 (0)4 76 63 71 70



UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE

UNIVERSITE
JOSEPH FOURIER
SCIENCES. TECHNOLOGIE. SANTÉ.



PROFESSEUR EMERITE (N=1)

FAVIER

Alain

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (N=2)

RIEU
TROUILLER

Isabelle
Patrice

Qualitologie (Praticien Attaché - CHU)
Santé Publique (Praticien Hospitalier - CHU)

PROFESSEUR AGREGE (PRAG) (N=1)

GAUCHARD

Pierre Alexis

Chimie (D.P.M.)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot
LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 03/09/2009

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE - TELEPHONE +33 (0)4 76 63 71 00 - FAX +33 (0)4 76 63 71 70



UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE

UNIVERSITE
JOSEPH FOURIER
SCIENCES. TECHNOLOGIE. SANTÉ.



ENSEIGNANTS ANGLAIS (N = 3)

COLLE Pierre Emmanuel	Maître de Conférence
FITE Andrée	Professeur Certifié
GOUBIER Laurence	Professeur Certifié

ATER (N = 5)

ATER	ELAZZOZI Samira	Pharmacie Galénique
ATER	SHEIKH HASSAN Amhed	Pharmacie Galénique
ATER	MAS Marie	Anglais Master ISM
ATER	ROSSI Caroline	Anglais Master ISM
ATER	SAPIN Emilie	Physiologie Pharmacologie

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements communs

A notre Président de thèse,

Madame le Professeur Renée Guillot.

Nous la remercions très respectueusement de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Aux membres du jury,

Monsieur Gilles VAN DER POORTEN, Docteur en pharmacie.

Nous le remercions pour son soutien constant et pour avoir accepté d'examiner notre thèse et de faire partie de notre jury.

Madame Claudine PINEL, Maître de conférences universitaire.

Nous la remercions pour son enseignement et sa présence au sein de ce jury.

Notre directeur de thèse Monsieur Patrice TROUILLER, Praticien hospitalier au CHU de Grenoble et Professeur associé à l'UFR de pharmacie.

Nous le remercions pour avoir accepté de diriger cette thèse. Son aide précieuse nous a encouragées dans notre démarche. Nous tenons également à le remercier pour nous avoir permis d'approfondir ce sujet.

Remerciements de Chloé

A toute ma famille, que j'aime tant : merci pour votre bienveillance, votre soutien. J'espère que vous êtes fiers de moi.....

A Romain, pour son soutien.

A Mireille, qui a eu la gentillesse de lire et corriger ce travail.

A tous mes amis qui, de près comme de loin, m'ont aidé et encouragé aux moments opportuns.

Ce travail est dédié à tous ceux qui subissent des inégalités d'accès au soin.....

Remerciements de Maud

A Baptiste, pour sa patience, sa compréhension et son soutien inébranlable.

A tou(te)s mes ami(e)s, et en particulier :

A Caroline, Myriam, Carine et Pierre qui ont toujours été présent(e)s tout au long de ces années malgré mes longs moments d'absence et dont l'ouverture d'esprit m'a nourrie.

A Michel et Nelly pour les belles années passées au « Taillées ».

A Ophélie, Sabine, Charlotte et Vivian pour leurs aides précieuses.

A Chloé, Sophie, Prisca et Alexandra qui ont partagé avec moi ces années de faculté.

A ma famille :

A ma mère, Martine, dont la tendresse et le dévouement ne m'ont jamais manqué,

A ma mère et à mon beau-père, Jean-Michel qui m'ont accueillie à mon retour de Nouvelle Calédonie et épaulée dans mes études et surtout dans la phase finale de cette thèse.

A mon père, Ange-Marie, dont l'esprit critique, la soif de connaissances, la curiosité et l'idéalisme qui l'animent ont été un moteur pour moi. Pour avoir toujours cru en moi et m'avoir encouragée dans cette voie.

A mon frère, Pierre, pour sa complicité,

A ma grand-mère, pour sa gentillesse et son accueil.

A tous ceux qui m'ont aidée dans mes recherches sur le Bénin :

En particulier le Dr Lise POURTEAU et Mercy DOUALA, pharmacien à ReMed.

Ce travail est dédié à Caroline et à ma mère Martine ...

TABLES DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	14
LISTE DES FIGURES	16
LISTE DES ABREVIATIONS	18
INTRODUCTION	22
 PARTIE I : PROBLEMATIQUE DE L'ACCES AUX SOINS DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT	
1. Problématique de l'accès aux soins	25
1.1. Que sont les Soins de Santé Primaires (SSP)?	25
1.1.1. Contexte de la déclaration d'Alma Ata en 1978	25
1.1.2. Déclaration d'Alma Ata, définition de la santé, des SSP et éléments de stratégie des SSP	26
1.2. Notion d'accès aux soins	28
1.2.1. La non-discrimination	29
1.2.1.1. La discrimination des femmes et des enfants	30
1.2.1.2. La discrimination fondée sur l'état de santé	32
1.2.2. L'accessibilité physique	33
1.2.3. L'accessibilité économique ou abordabilité	34
1.2.4. L'accessibilité de l'information	35
1.2.5. Fonctionnalité, disponibilité et culturellement accessible	37
1.3. Pratiques traditionnelles et SSP	38
2. L'Initiative de Bamako	39
2.1. D'Alma-Ata à Bamako : pourquoi a-t-on renoncé à la gratuité des soins ?	39
2.1.1. La crise économique	39
2.1.2. La dette et le PAS (Programmes d'Ajustement Structurel)	40
2.1.3. Dysfonctionnement des systèmes de santé	42
2.2. Fondement de l'Initiative de Bamako	43
2.2.1. Objectifs de l'Initiative de Bamako	43
2.2.2. Principes directeurs de l'Initiative de Bamako	44
2.3. Financement de l'Initiative de Bamako.....	47
2.3.1. Les bailleurs de fonds	47
2.3.2. Recouvrement des coûts	47
2.3.2.1. Le paiement forfaitaire à prix unique	48
2.3.2.2. Le paiement par médicament et par acte	49
2.3.2.3. Le paiement par cotisation et développement de mécanismes assuranciers	50
3. Bilan de l'Initiative de Bamako	56

3.1.	Quelques indicateurs d'efficacité	56
3.1.1.	Les Consultations Périnatales (CPN)	56
3.1.2.	Programme Elargi de Vaccination (PEV)	57
3.1.3.	Taux d'utilisation des services curatifs	58
3.1.4.	Le taux de recouvrement des services	59
3.2.	Indicateurs d'équité	59
3.2.1.	Les indigents	60
3.2.2.	Qualité des services.....	62
3.2.3.	Utilisation des services	63
3.2.4.	Prix des médicaments	64
4.	Controverses autour de l'Initiative de Bamako et bilan	64

PARTIE II : ACCES AUX MEDICAMENTS ESSENTIELS DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

1.	Le concept de médicaments essentiels et de liste de médicaments essentiels (LME) 69	
1.1.	Le concept de médicaments essentiels	69
1.2.	Liste modèle OMS ou LME	70
1.3.	Objectifs et avantages de la LME	71
2.	Circuit du médicament dans les pays d'Afrique subsaharienne	72
2.1.	Acquisition des médicaments	73
2.2.	Distribution	75
2.2.1.	Distribution de l'acquéreur vers les pharmacies	76
2.2.2.	Secteur privé ou public dans la distribution pharmaceutique	76
2.2.3.	Distribution des médicaments aux patients	78
2.2.3.1.	Accessibilité géographique	78
2.2.3.2.	Accessibilité physique	79
2.2.3.3.	Accessibilité qualitative	80
2.2.3.4.	Accessibilité économique	82
3.	Prix du médicament et influence du commerce international	86
3.1.	Prix du médicament	86
3.2.	Accords internationaux régissant le commerce du médicament	88
3.3.	Notion sur les brevets, définition du générique et intérêt du médicament générique	90
3.4.	Déclaration sur les ADPIV et déclaration sur les Doha	92
3.5.	Règles concernant les brevets depuis l'accord sur les ADPIC et flexibilité prévue dans l'accord	93
3.5.1.	La Licence volontaire (LV)	93
3.5.2.	La Licence obligatoire (LO)	93
3.5.3.	Importations parallèles	94

3.5.4.	Les « Bolars»	95
3.6.	L'après 2005, l'exemple de l'Inde	95

PARTIE III : EXEMPLE DE L'ACCESSIBILITE AUX MEDICAMENT ESSENTIELS GENERIQUES AU BENIN

1.	Présentation du Bénin	97
1.1.	Caractéristiques géographiques, socio-économiques et politiques	97
1.2.	La santé au Bénin dans son contexte épidémiologique mondial	100
1.2.1.	Profil épidémiologique des maladies infectieuses et chroniques au Bénin dans le contexte mondial actuel	100
1.2.2.	Evolution de la situation épidémiologique du VIH/SIDA dans le monde et comparaison avec l'évolution au Bénin	105
2.	Le système de santé Béninois	106
2.1.	Bref historique et évolution du système de santé	106
2.2.	L'organisation administrative du système de santé	107
2.3.	La démographie sanitaire	109
2.4.	Politiques Nationales de santé	111
2.5.	Politiques Pharmaceutiques Nationales	112
2.6.	Circuit du médicament	114
2.7.	Bilan de l'accès aux médicaments	119
3.	Financement de la santé	121
3.1.	Base du financement de la santé	121
3.2.	Financement de la santé par la sécurité sociale (CNSS/OBSS)	123
3.3.	Paieement de la santé à la charge du patient	124
3.4.	Financement de la santé à travers les tentatives de mutualisation	126
3.5.	Dépenses de santé	130
4.	Bilan de l'accès aux soins de santé au Bénin	132
5.	La lutte contre le VIH/SIDA et de l'accès aux antirétroviraux au Bénin	133
5.1.	Contexte épidémiologique au Bénin	133
5.2.	Prévalence de l'épidémie en fonction des régions	135
5.3.	Les actions pour la lutte contre le VIH/SIDA	136
5.3.1.	Financement	137
5.3.2.	Volet prévention de la lutte contre le VIH/SIDA	140
5.3.2.1.	Les Centres de Dépistages Volontaires ou CDV	140
5.3.2.2.	Les Consultations Périnatales et les Préventions de la Transmission Mère-Enfants	141
5.3.2.3.	Sécurité transfusionnelle	142
5.3.2.4.	Campagnes nationales	142
5.3.3.	Accès aux antirétroviraux (ARV)	143

5.3.3.1.	Protocoles antirétroviraux	144
5.3.3.2.	Législation des antirétroviraux et cycle d'approvisionnement et de distribution	145
5.3.3.3.	Accès économiques et géographiques aux antirétroviraux	151
5.4.	Bilan chiffré de l'accès aux antirétroviraux	153
5.5.	Conclusion sur l'accès aux soins au Bénin	155

PARTIE IV : EXEMPLE D'INEGALITE D'ACCES AUX SOINS EN FRANCE : LA NOUVELLE – CALEDONIE

1.	Généralités sur la Nouvelle-Calédonie	158
1.1.	Géographie et climat	158
1.2.	Histoire politique de la Nouvelle-Calédonie	159
1.3.	Persistance des traditions kanak	160
1.4.	Population et démographie	161
1.4.1.	Données démographiques	161
1.4.2.	Une inégale répartition de la population	163
2.	Economie de la Nouvelle-Calédonie	168
3.	Données sanitaires	169
3.1.	Organisation administrative du système de santé	169
3.2.	Les circonscriptions médicales	171
3.3.	Les hôpitaux : structures hospitalières publiques	172
3.4.	Les cliniques : structures hospitalières privées	174
3.5.	L'organisation du système pharmaceutique	175
3.6.	Les démographies médicales	176
4.	Perception de la maladie par les Kanaks	179
5.	Organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie	182
5.1.	La CAFAT et le RUAMM	182
5.2.	L'Aide Médicale Gratuite (AMG)	183
5.3.	Organigrammes des modalités de prises en charges des soins	184
6.	Le financement de la santé et dépenses en matière de santé	188
6.1.	Le financement de la santé	188
6.2.	Les dépenses de santé	188
7.	La lutte contre la tuberculose	192
7.1.	La tuberculose dans le monde	193
7.2.	La situation en France métropolitaine.....	195
7.3.	Epidémiologie de la tuberculose en Nouvelle-Calédonie	195

7.4.	Les actions de lutte et la surveillance de la tuberculose	197
7.5.	Itinéraire thérapeutique d'un patient atteint de tuberculose pulmonaire.....	199
CONCLUSION		201
ANNEXES		205
BIBLIOGRAPHIE		213
SERMENT DES APOTHICAIRES		241

PARTIE I

Tableau I : Avantages et inconvénients du paiement forfaitaire

Tableau II : Avantages et inconvénients du paiement par acte et par médicament

Tableau III : Distribution de la couverture des assurances maladies par régions

Tableau IV et IV bis : Résumé des principales études qui ont étudié les faibles taux d'adhésions aux mutuelles

Tableau V : Les préoccupations actuelles des SSP

PARTIE II

Tableau I : Rôle des secteurs public et privé dans la distribution pharmaceutique

Tableau II : Maillage pharmaceutique de la France et de quelques pays d'Afrique subsaharienne

Tableau III : Disponibilité (en valeurs moyennes) de deux groupes de médicaments dans les centres de santé au Rwanda

Tableau IV : Disparités d'accès à des médicaments abordables

PARTIE III

Tableau I : Chiffres concernant l'économie et l'Indice de Développement Humain du Bénin

Tableau II : Les dix principales causes de mortalité dans le monde

Tableau III : Statistiques de la prévalence des maladies chroniques, du VIH/SIDA et de la Tuberculose

Tableau IV : Les indicateurs de la santé maternelle et infantile (2005)

Tableau V : Repères historiques des dates clefs de l'évolution du système de santé (OMS)

Tableau VI : Nombre d'habitants / professionnels de santé dans les départements (2003)

Tableau VII : Répartition du secteur public et privé dans le domaine pharmaceutique

Tableau VIII : Répartition de la fréquence des différents modes d'approvisionnement (2006)

Tableau IX: Sources de financement du secteur de la santé au Bénin (2003)

Tableau X : Ressources en matière de santé au Bénin: 2004-2005

Tableau XI : Evolution du financement communautaire en FCFA : 1997-2001

Tableau XII : Dépenses du Bénin en matière de Santé

Tableau XIII : Répartition des financements liés au VIH/SIDA par sources

Tableau XIV : Répartition des principales dépenses de santé liées au VIH/SIDA toutes sources confondues en 2007

Tableau XV : Nombre de personnes dépistées par an : 2002-2007

Tableau XVI : Nombre de femmes reçues en CPN sur les sites PTME

Tableau XVII : Protocoles thérapeutiques au Bénin

Tableau XVIII : Prix d'achat de quelques médicaments ARV en fonction des pays

Tableau XIX : Génériques des antirétroviraux disponibles en Afrique et ayant la pré-qualification OMS

Tableau XX : Femmes enceintes mises sous protocoles PTME entre 2000 et 2006

Tableau XXI : Comparaison entre le nombre de personne recevant une TAR et le nombre de personne estimée en avoir besoin entre 2004 et 2007

Tableau XXII : Evolution du nombre d'enfants sous protocoles ARV

PARTIE IV

Tableau I : Données démographiques comparatives entre la Nouvelle-Calédonie et la France métropolitaine (2008)

Tableau II : Répartition de la population par groupes d'âge (% de la population en Nouvelle-Calédonie)

Tableau III : Mouvement migratoire interne

Tableau IV : Recensement ethnique de la population calédonienne

Tableau V : Répartition ethnique de la population par Province.

Tableau VI : Répartition de la population kanak par Province

Tableau VII : Localisation des centres médico-sociaux de Nouvelle-Calédonie

Tableau VIII : Structures hospitalières de la Province Sud

Tableau IV : Structures hospitalières de la Province Nord

Tableau X : Capacité d'hospitalisation en court séjour des cliniques de Nouvelle-Calédonie

Tableau XI : Répartition des officines en Nouvelle-Calédonie

Tableau VI : Données concernant la densité des médecins et pharmaciens en 2002 et 2008

Tableau XIII : Historique de la création de la CAFAT et du RUAMM

Tableau VII : Modalité de prise en charge des soins pour les détenteurs de l'AMG

Tableau XV : Evolution de la consommation médicale

Tableau VIII : Evolution de la consommation médicale et de la dépense de santé par habitant

Tableau IX : Evolution de la dépense courante de santé par le PIB

PARTIE I

Figure 1 : Taux brut de scolarisation en Afrique subsaharienne

Figure 2 : Dépense en matière d'éducation publique en Afrique subsaharienne (% du PNB)

Figure 3 : Durée moyenne de scolarisation dans plusieurs régions du monde.

Figure 4 : Les différentes étapes qui ont amené au surendettement et à la crise de la dette.

Figure 5 : Les grandes étapes de réformes amenant à l'IB

Figure 6 : Modèle schématique de la pyramide de soin idéale

Figure 7 : Corrélation entre le taux d'utilisation des services et le taux de mortalités infantiles dans plusieurs pays d'Afrique en 2007

Figure 8 : Corrélation entre le taux d'utilisation des services et le taux de mortalités infantiles dans plusieurs pays d'Afrique en 2007

Figure 9 : Les implications politiques nécessaires à une plus grande équité d'accès au soin

PARTIE II

Figure 1 : Pays disposant d'une liste de médicaments essentiels

Figure 2 : Accessibilité économique dans les différents secteurs pharmaceutiques

Figure 3 : Accessibilité économique en secteur privé

PARTIE III

Figure 1 : Carte administrative du Bénin

Figure 2 : Taux de mortalité des adultes par causes et par régions

Figure 3 : Evolution des PVVIH dans le monde et en Afrique subsaharienne

Figure 4 : Pyramide de santé

Figure 5 : Les acteurs du système pharmaceutique au Bénin

Figure 6 : Financement et prestation de santé au Bénin

Figure 7 : Les organisations mutualistes du Sud Borgou et du Zou

Figure 8 : Evolution du Ratio Budget secteur santé/budget général entre 1997 et 2007

Figure 9 : Prévalence médiane du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans : 1997-2004

Figure 10 : Classification des départements en fonction de la prévalence VIH/SIDA selon les normes de l'OMS

Figure 11: Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans en fonction du milieu de résidence

Figure 12 : Organigramme du PNL

Figure 13 et 14 : Sources de financement du PNL 2006 et 2007

Figure 15 : Prix des ARV de première, seconde et troisième ligne

Figure 16 : Cycle simplifié d'achat, distribution et gestion des ARV

Figure 17 : Répartition des 58 sites de prise en charge ARV (2008)

PARTIE IV

Figure 1 : Carte générale de la Nouvelle-Calédonie

Figure 2 : Répartition de la population en Nouvelle-Calédonie

Figure 3 : Evolution de la population calédonienne entre 1996 et 2009

Figure 4 : Répartition du PIB par secteur

Figure 5 : Organisation administrative du système de santé calédonien

Figure 6 : Les différents niveaux d'accès au soin en Nouvelle-Calédonie

Figure 7 : Densité des médecins généralistes en Nouvelle-Calédonie en 2008

Figure 8 : Densité des médecins généralistes dans la zone de Nouméa en 2008

Figure 9 : Densité des médecins spécialistes en 2008

Figure 10 : Modalités de prise en charge par la CAFAT et le RUAMM

Figure 11 : Descriptions des différentes cartes de l'aide médicale gratuite

Figure 12 : Répartition des dépenses de santé en Nouvelle-Calédonie

Figure 13 : Comparaison de la densité médicale et de la dépense courante de santé par habitant de la Nouvelle-Calédonie et de la France métropolitaine

Figure 14 : Les principales causes de décès en Nouvelle-Calédonie (2008)

Figure 15 : Répartition de la tuberculose dans le monde (2007)

Figure 16 : Evolution de l'incidence de la tuberculose par province

Figure 17 : Incidence de la tuberculose par ethnies entre 1989 et 1995

Figure 18 : Circuit de surveillance de la tuberculose en Nouvelle-Calédonie

LISTE DES ABREVIATIONS

ACAME : Association africaines des Centrales d'Achats de Médicaments Essentiels

ADPIC : Accord sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent le Commerce

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BHAPP : Benin HIV/AIDS Prevention Program

BM : Banque Mondiale

BPF : Bonnes Pratiques de Fabrication

CAFAT : Caisse de compensation des prestations Familiales et des Accidents de Travail

CAME : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (Bénin)

CDV : Centre de Dépistage Volontaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHT : Centre hospitalier Territorial

CHD : Centre hospitalier Départemental

CLEISS : Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

CM : Centre Médical

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

CNLS : Conseil National de Lutte contre le SIDA

CNUCED : Conférence des Nations Unies sur le Commerce Et le Développement

COGES : Comité de Gestion

CS : Centre de Santé

CSC : Centre de Santé Communaux

DASSNC : Direction des Affaire Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie

DCI : Dénomination Communale Internationale

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament

EDS : Etude Démographique et Sanitaire

EDSB : Etude Démographique et Sanitaire Bénin

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau

EVASAN : Evacuation Sanitaire

FM : Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme

FMI : Fonds Monétaire International

GT : Guérisseur Traditionnel

HD : Hôpital de District

HZ : Hôpital de Zone

IMPACT : International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISEE: Institut de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

Km : Kilomètre

LEEM : Les Entreprises du Médicament

LME : Liste des Médicaments Essentiels

LNCQ : Laboratoires Nationaux de Contrôle Qualité

LNME : Liste Nationale des Médicaments Essentiels

LV : Licence Volontaire

LO : Licence Obligatoire

MCM : Magasin Central de Fourniture

MDM : Médecins Du Monde

ME : Médicament Essentiel

MEG : Médicament Essentiel Générique

MS : Ministère de la Santé

MSH : Management Sciences for Health

NU : Nations Unies

OBSS : Office Béninois de Sécurité Sociale

OIC : Organisation Internationale du Commerce

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMC/WTO : Organisation Mondiale du Commerce/ World Trade Organisation

OMS/WHO : Organisation Mondiale de la Santé/World Health Organisation

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le SIDA/VIH

PA : Principe Actif

PALS/PADS : Projet d'Appui à la Lutte contre le VIH/SIDA /Projet d'Appui au Développement du système de Santé

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PED : Pays En Développement

PD : Pays Développés

PMA : Pays les Moins Avancés
PNLS : Programmes Nationaux de Lutte contre le SIDA
PNUD/UNPD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA : Parité Pouvoir d'Achat
PPN : Politiques Pharmaceutiques Nationales
PNS : Politique Nationale de Santé
PTME : Prise en charge de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH
REDES : Ressources et Dépenses de SIDA
REMED : Réseau Médicaments et Développement
RUAMM : Régime Unifié d'Assurance Maladie Maternité
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIG : Système d'Information Géographique
SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SSP : Soins de Santé Primaire
TI: Travailleur Indépendant
UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund
USD : Dollars US
UVS : Unité Villageoise de Santé
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS : Zone Sanitaire

Abréviation des traitements

3TC : lamivudine (Epivir®)
ABC : abacavir (Ziagen®)
APV : amprénavir (Agenerase®)
ARV : Antirétroviraux
ATV : atazanavir (Reyataz®)
AZT : azidothymidine (Retrovir®)
COM : AZT & 3TC (Combivir®)
D4T : stavudine (Zerit®)
DDI : didanosine (Videx®)

EMB: ethambutol (Myambutol®)

EFV : éfavirenz (Sustiva®)

FTC : emtricitabine (Emtriva®)

IDV : indinavir (Crixivan®)

INH : isoniazide (Rimifon®)

INNRT : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INRT : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IP : Inhibiteur de Protéase

LPV/r : lopinavir et RTV (Kaletra®)

PZD : pyrazinamide (Pirilène®)

RFP: rifampicine Rifadine

RTV : ritonavir (Norvir®)

SQV : saquinavir (Invirase®, Fortovase®)

T20 : enfuvirtide (Fuzeon®)

TDF : ténofovir (Viread®)

TZV: AZT, 3TC & ABC (Trivizir®)

NVP : névirapine (Viramune®)

NFV : nelfinavir (Viracept®)

ZDV : zidovudine (Retrovir®)

INTRODUCTION

De tout temps les maladies infectieuses, maladies provoquées par la transmission d'un micro-organisme, d'un parasite ou d'un champignon, ont ravagé le monde. Elles provoquent 14 millions de décès chaque année. Plus de 90% de ces maladies surviennent dans les PED (Pays en Développement) ; elles sont responsables de 43% des décès dans ces pays. Dans les pays actuellement industrialisés, la transition épidémiologique* est étroitement liée à l'amélioration des conditions de vies, de l'alimentation et des systèmes sanitaires. Deux des maladies infectieuses les plus meurtrières actuellement sont le VIH/SIDA, avec 2 millions de décès en 2007 et la tuberculose, avec 1,7 millions de décès par an en 2006 [1].

Au sein des PED, les facteurs socio-économiques[†], l'accès limité aux services de santé, le manque d'infrastructures sanitaires, la faible démographie médicale et les problèmes d'accès aux médicaments contribuent à expliquer les problèmes majeurs de santé publique.

Ces constats d'inégalités sanitaires ont abouti à la déclaration d'Alma-Ata signée par 134 pays en 1978, afin d'atteindre un niveau de santé acceptable dans le monde entier. Des réformes de politiques sanitaires sont alors proposées, sous formes de Soins de Santé Primaires (SSP) gratuits, avec pour ambitieux objectif la « *santé pour tous en l'an 2000* ». A travers l'idéologie et les principes promus par cette déclaration, la solution semblait facile : « *la santé n'a pas de prix !* » a-t-on coutume de dire. En réalité, il s'est avéré qu'elle avait un coût [2] car certains Etats membres n'ont pas pu faire face aux budgets importants, nécessaires aux SSP, et se retrouvèrent devant l'incapacité de mener à bien la politique de gratuité des soins.

En 1987, l'UNICEF (United Nations Children's Emergency Fund) et l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) lancent un programme de réhabilitation des SSP : l'initiative de Bamako. Le financement de cette réhabilitation repose essentiellement sur le paiement, par les usagers, des médicaments essentiels[‡] et des services de soin. Les médicaments essentiels ne représentent qu'une partie de la prise en charge sanitaire mais ils sont indispensables. Leurs

* Période de baisse de mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation, de l'organisation des services de santé, et d'une transformation des causes infectieuses. Les maladies infectieuses disparaissent progressivement au profit des maladies chroniques.

† Facteur de risque émanant de l'organisation sociale qui affecte négativement la position socio-économique d'une personne (manque d'emploi) et qui peut causer une maladie ou un traumatisme.

‡ « Les médicaments essentiels sont des médicaments qui satisfont aux besoins de santé de la majorité de la population, devant être disponibles à tout moment, dans des quantités adéquates et dans des formulations appropriées, et à un prix abordable » (OMS)

prix et leurs financements sont les facteurs qui influencent et qui restreignent leur accès. L'épidémie du VIH/SIDA a été révélatrice d'inégalités d'accès aux médicaments entre les pays du Nord et les pays du Sud. En effet, à partir des années 90, les premiers antirétroviraux (ARV) sont arrivés sur le marché. Au même moment l'avènement de la mondialisation et la création de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), s'est traduit par l'adoption d'un accord imposant et généralisant les bases de la propriété intellectuelle et du commerce en 1994. Cet accord, appelé ADPIC (Accords sur les aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce) a permis de mettre en place, à l'échelle mondiale, la protection des médicaments par des brevets et entraîna alors des répercussions sur leurs productions, leurs prix et leur accès, en particulier dans les PED [3]. En effet les produits pharmaceutiques sont alors considérés comme une marchandise : leurs prix s'envolent [4]. On a ainsi pu constater que le coût des traitements s'élevait parfois à plus de 10 000 dollars (US) par an. De ce fait, les coûts élevés des traitements, les faibles revenus des patients, et l'absence de prise en charge rendaient impossible l'accès aux ARV pour les patients des PED. A cette époque, d'ailleurs, trente-neuf firmes pharmaceutiques ont intenté un procès au gouvernement sud-africain pour le contraindre à annuler la loi sud africaine de 1997 sur le médicament. Celle-ci donnait, au Ministre de la Santé, de larges prérogatives pour recourir à des importations parallèles, des licences obligatoires et une substitution par les génériques. Or, cette loi, selon les firmes pharmaceutiques, portait atteinte aux droits d'exclusivité conférés à leurs médicaments grâce aux brevets [5]. Ainsi, en avril 2001, la mobilisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique du Sud et les ONG (Organisations Non Gouvernementales) ont attiré l'attention sur le coût humain du non-accès des malades aux médicaments vitaux : 400 000 décès ont été imputables au VIH/SIDA depuis cette loi de 1997. Ces batailles engagées par les défenseurs de la santé publique aboutirent à la déclaration de Doha (2003), portant sur les droits des pays à prendre des mesures nécessaires à la protection de la santé publique. Depuis, l'effet combiné des prix différenciés des grands laboratoires et la concurrence accrue des firmes génériques, permettent l'accès à des médicaments à prix abordables. Ainsi la combinaison d'ARV à dose fixe de première ligne (3TC/d4T/NVP), qui coûtait 10 000 dollars (US) en 2001, coûte désormais 87 dollars par patient et par an ; cela représente donc une baisse de plus de 99%. Pourtant le vrai problème actuel demeure le prix élevé des nouveaux ARV, qui sont nécessaires lorsqu'un patient développe des résistances aux traitements. On constate ainsi que leurs prix sont multipliés par 9, voire même par 17, dans les pays où ils sont brevetés [6]. Actuellement, plus de 33 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH/SIDA et 22 millions d'entre elles

habitent en Afrique subsaharienne. Malgré les progrès d'équité, seuls 10% sont sous traitements en 2007.

Cependant la problématique de l'accès au soin ne concerne pas seulement les PED. Il faut aussi porter un regard attentif sur les disparités d'accès qui touchent aussi les pays industrialisés, comme le nôtre. Il existe en France, comme dans la plupart des PD, de fortes inégalités face à la santé. Si ces différences ont été constatées depuis très longtemps, elles restent aujourd'hui encore mal expliquées. En effet, le système de soin français est parmi les « meilleurs au monde » [7] mais il est loin d'être totalement accessible à tous. On constate ainsi que 19 % des ménages les plus modestes ne sont pas couverts par une complémentaire santé, contre 4 % des plus aisés [8].

Les inégalités d'accès aux soins et aux médicaments nous ont toujours interpellées et nous avons pu les constater lors de séjours à l'étranger. Cette réalité fut bouleversante au Bénin et c'est pourquoi nous avons tenté de comprendre les causes de ces disparités à travers l'exemple de l'accès aux ARV. En Nouvelle-Calédonie, territoire français, nous avons pu évaluer les difficultés d'accès aux soins du peuple kanak*. La prévalence de l'épidémie du VIH/SIDA étant faible (336 cas déclarés depuis 1986) [9] nous avons ainsi choisi une autre maladie comme indicateur d'équité : la tuberculose.

* Le mot « kanak » est un terme d'origine polynésienne qui signifie homme. Il était utilisé par les premiers colons européens. Considéré comme péjoratif, il a été remplacé par « mélanésien » par les scientifiques européens au XIX^{ème} siècle. Dans les années 1970, les Calédoniens noirs se sont réapproprié le mot « kanak » pour exprimer l'identité nationale et culturelle de leur peuple. Quand il est utilisé comme adjectif, les calédoniens noirs souhaitent qu'il soit grammaticalement invariable et nous avons respecté ce choix pour la rédaction de notre thèse.

1. Problématique de l'accès aux soins

« La conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata le 12 septembre 1978, soulignait la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de santé et du développement, ainsi que la communauté mondiale, pour protéger et promouvoir la santé des peuples du monde entier [10] [11]»

1.1. Que sont les Soins de Santé Primaires (SSP) ?

1.1.1. Contexte de la déclaration d'Alma Ata en 1978

Après leur indépendance, les PED ont, pour la plupart, instauré la gratuité des soins et l'ont inscrit dans leur Constitution.

Le 12 septembre 1978 la conférence internationale tenue à Alma Ata (Kazakhstan) incite les gouvernements à tout mettre en œuvre pour assurer l'accès aux SSP dans le monde entier, avec pour objectif « *la santé pour tous* ». Cette déclaration indique que la santé constitue un devoir des Etats, afin de permettre l'accès à un niveau social satisfaisant et de contribuer à un meilleur développement économique.

La conception de la « *Santé pour tous en l'an 2000* » [12] était basée sur la croissance économique qui devait permettre aux différents Etats de financer le secteur public, afin que chacun ait un libre accès aux soins de santé.

Collins, cité par Valery Ridde dans ce texte, explique que l'émergence des SSP s'est déroulée dans un contexte favorable, à savoir : l'accumulation des doutes à propos de l'approche du modèle purement médical, le changement de la perception du développement en général, et enfin les mouvements d'indépendance de nombreux pays [13].

En réalité, depuis 1960 un certain nombre d'États africains avait déjà engagé des politiques de SSP bien avant la Déclaration d'Alma-Ata ; c'est le cas du Niger (dès 1963 avec les " *secouristes hygiénistes* ") ou de la Tanzanie (à partir de 1972). Les textes juridiques nationaux ont abouti à la généralisation de cette politique en Afrique (comme au Nigeria avec le décret n° 61 du 24 novembre 1992 relatif aux praticiens de soins de santé communautaires). Cette construction juridique, qui est adaptée aux réalités africaines, se traduit notamment par l'établissement de structures de proximité (postes de santé primaires, cases de santé...), et oriente l'action administrative vers la mise en place de districts sanitaires [14]. En effet, en 1975

une étude internationale critiquait fortement l'utilisation, par les pays du Sud, du modèle occidental centralisé de l'organisation des services. Le modèle du système de santé communautaire chinois des années 60 a donc inspiré fortement cette réforme de santé qu'est la conférence d'Alma Ata [15].

Au début des années 80, des projets de ce type de fonctionnement, voient déjà le jour en Asie (à Narangwal, Lampang, Bohol), et en Afrique (à Pikine, Kasongo, Kinshasa, Pahou, Danfa, Kintampo, Kisantu, Machakos) [13]. D'après Valery Ridde [13], la nouveauté de 1987 résidait dans la volonté de généraliser ces micro-expériences à l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest. Mais Collins, cité par Valery Ridde dans ce texte, évoque aussi que cette nouvelle politique n'est pas sans aller à l'encontre de certains politiciens satisfaits par un système d'inégalité sociale et de domination politique [13].

1.1.2. Déclaration d'Alma Ata, définition de la santé, des SSP et éléments de la stratégie des SSP

La Constitution de l'OMS définit la santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » [16].

Les SSP sont des soins essentiels, efficaces et accessibles, qui doivent donc répondre à certaines conditions :

- Etre financièrement accessibles : leurs coûts doivent être à la portée de tous (les individus et toutes les familles de la communauté).
- Etre géographiquement accessibles : les soins doivent être dispensés le plus près possible du lieu de résidence et du lieu de travail des usagés.
- Etre acceptables : qu'ils soient bel et bien utilisés par la population.
- Etre réalisés avec la participation de tous les membres de la communauté. Autrement dit, tous les habitants de la localité doivent être impliqués dans les prises de décisions concernant leur santé ainsi que dans la mise en œuvre d'actions nécessaires à l'amélioration des soins. Ces SSP exigent et favorisent au maximum « *l'auto responsabilité de la collectivité, des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant*

le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisant à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer » [11].

- Etre réalisés avec la participation d'autres services de développement comme l'agriculture, l'enseignement, l'administration (Préfet, Sous-Préfet, Chef de Canton, Chef de Groupement, Chef de village...)
- Etre basés sur l'équité et la justice sociale. En effet, tout le monde doit avoir accès aux soins, et surtout les plus pauvres et les plus exposés aux maladies, tels que les femmes et les enfants [17].

Huit éléments sont nécessaires à la stratégie des SSP :

- Une éducation concernant les problèmes de santé rencontrés ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables.
- La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles : actions visant à la rectification des habitudes alimentaires en général, mais surtout, celle concerna l'alimentation des enfants et des nouveau-nés.
- Un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base; c'est-à-dire aider la population à s'organiser pour avoir suffisamment d'eau potable et promouvoir l'hygiène individuelle et collective ainsi que la salubrité du milieu.
- La protection maternelle et infantile (PMI) et la planification familiale : consultations des soins prénataux, accouchement médicalement assisté, surveillance de la croissance des enfants, planification familiale (espacement des naissances, lutte contre la stérilité et les IST).
- La vaccination contre les six maladies infectieuses les plus meurtrières : la TB, poliomyélite, tétanos, diphtérie, coqueluche, rougeole. Le Niger a choisi d'y ajouter la vaccination contre la méningite à méningocoque.
- Le dépistage, la prévention et le contrôle de certaines grandes maladies endémiques tels que le paludisme, la schistosomiase, le ver de Guinée (ou dracunculose), la lèpre.
- Le traitement curatif des maladies et lésions courantes tels que les plaies, les traumatismes ou les brûlures.
- La fourniture de médicaments essentiels (ME) et l'exploitation des pharmacopées traditionnelles. Et aussi la collecte de données statistiques : le recueil se fait régulièrement par l'infirmier au niveau du centre de santé.

En fait les SSP ont vu le jour après le constat d'un réel problème concernant l'accès aux soins, il serait donc intéressant de savoir quelles étaient les difficultés rencontrées par les pays du Sud concernant cet accès au soin.

1.2. Notion d'accès aux soins

A l'heure actuelle de nombreuses mesures pour augmenter l'accès aux soins ont déjà été menées. Pourtant d'après l'OIT [18] (Organisation Internationale du Travail), en 2005, près de 80 % de la population Africaine n'a pas accès aux soins de santé de base. Il est alors important de pouvoir définir cet accès et de mesurer l'efficacité des interventions mises en place.

En 2000, un tour d'horizon sur la littérature réalisé par l'OMS, en partenariat avec MSH, permet de définir l'accès et les principaux paramètres entrant en jeu :

- Selon la dixième édition du dictionnaire Merriam-Webster's Collegiate l'accès peut se définir comme étant « la liberté et la possibilité d'obtenir ou de faire usage de » quelque chose. En termes de santé cela correspond au droit individuel d'obtenir des soins lorsque l'on en a besoin [19].

- En 1981, Penchansky et Thomas définissent ses obstacles : la disponibilité, l'accessibilité, l'accueil, l'abordabilité et l'acceptabilité [20].

En d'autres termes, l'accès correspond à l'adéquation entre les besoins des personnes et les services dispensés, incluant également la disponibilité des ressources, l'acceptabilité (acceptation du principe de soin de santé moderne par exemple) et l'adaptabilité des services.

- Accessibilité (aux soins), selon Picheral « *c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Elle est surtout fonction du couple distance / temps, donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectifs (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa*

dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque » [21]. Picheral cite ainsi deux dimensions principales : géographique et économique. Il précise aussi que ce sont des indicateurs d'inégalités, en effet l'isolement contribue fortement à la pauvreté : les populations sans accès aux services de santé, sociaux, et économiques sont plus pauvres que celles pouvant y accéder.

En 2000, l'OMS propose, elle-même, quatre dimensions de l'accessibilité et précise qu'elle prend en compte les installations, les biens et les services en matière de santé [22]:

- La non-discrimination.
- L'accessibilité physique.
- L'accessibilité économique (ou abordabilité ou financement des soins).
- L'accessibilité à l'information.

1.2.1. La non-discrimination :

La discrimination et la stigmatisation dévalorisent les personnes touchées et portent atteinte à la dignité de l'homme. Ces personnes sont souvent déjà vulnérables et marginalisées et tout cela pourrait entraîner la négation de la personne.

La discrimination peut donc rendre les interventions, pour améliorer le système sanitaire, inefficace. Et c'est pourquoi cette notion est déterminante pour la problématique de l'accès aux soins.

D'après le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels entrant en vigueur dès 1976 et ratifié par 146 Etats, « *proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'affection par le VIH/SIDA), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé » [23] (voir Article 2 et 12 du pacte).*

Nous allons surtout évoquer trois types de discriminations : celle de la femme et de l'enfant, celle liée à la pathologie et celle des minorités ethniques.

1.2.1.1. La discrimination des femmes et des enfants

Plusieurs composantes sont souvent abordées : la discrimination sanitaire, socioculturelle, lors de pratiques coutumières et la discrimination économique.

- La discrimination sanitaire des femmes, des nouveau-nés et des enfants : les résultats 2008 :

La couverture sanitaire* est insuffisante pour les mères, les nouveau-nés et les enfants. Sur 40 pays faisant l'objet d'enquêtes, cette insuffisance baisse en moyenne de 0,9% par an, grâce à la vaccination en premier lieu, suivi des soins maternels et néonatal, la planification et le traitement des enfants malades [24].

- La discrimination socioculturelle et les violences sexo-spécifiques des femmes :

Des millions de femmes à travers le monde sont battues, mutilées, violées. Cette violation des droits humains est aussi un problème de santé publique auquel tente de faire face les Etats et les ONG.

Ainsi la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, entrée en vigueur le 3 Septembre 1981, stipule à l'article 5, que *« les États Parties doivent prendre toutes les mesures appropriées pour : modifier les schémas et modèles de comportement socioculturels de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes »* [25].

Les problèmes les plus fréquemment cités concernant la santé des femmes restent les problèmes liés aux grossesses, à l'accouchement et aux violences sexuelles.

D'après le rapport annuel [26] de l'OMS sur les statistiques de santé dans le monde (2008) : pour 100 000 naissances vivantes, il y a eu 400 décès maternels : c'est le « ratio de mortalité maternelle », principal indicateur de la sécurité de la grossesse et de l'accouchement. D'autres chiffres sont cités :

Ratio dans les pays développés : 9

Ratio dans les pays en développement : 450

Ratio en Afrique subsaharienne : 900

- La discrimination lors de pratiques coutumières :

Selon l'UNICEF il y aurait aujourd'hui 100 à 130 millions de femmes qui auraient subi une mutilation génitale dans le monde pour des raisons culturelles ou religieuses [27]. Cela

* La couverture sanitaire est le pourcentage de personnes bénéficiant des interventions spécifiques parmi l'ensemble de celles qui en ont besoin.

serait peut être dû au manque d'éducation prioritaire des filles. En effet de nombreuses filles, (150/100 garçons) privées d'éducation primaire, ne peuvent se renseigner sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et les risques liés aux mutilations sexuelles.

Face à ces pratiques de nombreux Etats ont décidé d'agir; la création du « *Comité Inter-Africain (CI/AF) contre les mutilations* » en est un exemple. Son objectif étant de trouver les moyens d'enrayer ces pratiques ; à savoir :

- sensibiliser l'opinion publique sur les conséquences médicales, sociales et économiques de certaines pratiques traditionnelles auprès des femmes et des enfants ;
- rechercher des voies et moyens pour promouvoir la santé des femmes et des enfants ;
- promouvoir les pratiques traditionnelles positives

En 2008, la Déclaration de Ouagadougou [28] a, elle aussi, insisté sur le problème de la santé maternelle et de la femme en règle générale.

- discrimination économique :

Dans bien des pays, l'égalité d'accès, aussi bien aux ressources financières qu'aux moyens de générer un revenu, n'existe pas entre les hommes et les femmes. Cette enclavement économique a bien entendu des répercussions sur la santé. Par exemple les femmes vivant en milieu rural sont encore plus touchées par le chômage et la pauvreté que les hommes : elles se trouvent alors dans l'incapacité de payer le transport jusqu'aux centres de santé. Si l'on ajoute à cela la faiblesse du système sanitaire, on peut aboutir à un taux de mortalité maternelle* de 18% (au Niger) contre 8 pour 100 000 en France [29].

On peut aussi prendre pour exemple l'étude épidémiologique du recours aux soins des enfants de moins de 5 ans dans les PED d'Afrique en 1999. Cette étude partait d'une constatation : on a observé en Asie du Sud-Est une surmortalité des filles âgée de moins de 4 ans ; l'explication la plus probable étant la différenciation par le sexe lors des soins. Une équipe de l'INSERM a supposé les mêmes phénomènes en Afrique et une étude, sur 1 560 consultations d'enfants de moins de 5 ans, a été menée dans 6 CHU et CHR de 3 pays africains (Togo, Congo et Algérie).

Cette dernière a bel et bien confirmé l'existence d'une discrimination envers les filles : pourcentage de consultation inférieur à celui des hommes, une durée plus longue d'évolution des symptômes avant la première consultation (conduisant à une gravité plus grande); de

* Le taux de mortalité maternelle est le rapport des décès maternels observés durant une année, au nombre des naissances vivantes de la même année, généralement exprimé pour 100 000.

moindres investissements financiers pour les soins et enfin des pratiques alimentaires préjudiciables.

Cette recherche a ouvert la voie, pour qu'en Afrique, on ne mène plus de recherches sur le recours aux soins et l'utilisation des services de santé, sans examiner séparément la situation chez les garçons et chez les filles, et analyser les causes de différences [30].

1.2.1.2. La discrimination fondée sur l'état de santé

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la discrimination fondée sur l'état de santé est une conséquence de la stigmatisation. Cette dernière a été décrite par le sociologue E. Goffman comme étant un processus dynamique de dévaluation qui « *discrédite significativement* » un individu aux yeux des autres [31]. Il va même plus loin, puisque dans sa définition de la stigmatisation, il emploie le terme « attribut ». Or l'attribut est quelque chose qui caractérise un être, qui lui est propre ; ainsi la pathologie, à travers la stigmatisation, définit une personne en tant que « être » [32].

En fait, le terme de « stigmatisation » est couramment associé aux maladies sévères, incurables, transmissibles et indirectement, c'est le comportement individuel qui est jugé en particulier, celui en marge des normes sociales établies.

La pandémie du VIH/SIDA est particulièrement représentative de celle-ci [33]. La TB est elle aussi une pathologie souvent citée comme étant cause de discrimination.

Le problème est que la stigmatisation est à l'origine d'actes discriminatoires et entraîne un rejet de la personne envers elle-même et, de la société vis-à-vis d'elle. Cette dépréciation morale du patient provoque une marginalisation et un isolement social.

La stigmatisation et la discrimination liées à l'état de santé sont classées en 4 catégories : physique, verbale, morale ou institutionnelle (logement, médias...) [34]; elles peuvent être ressenties et/ou communiquées verbalement ou non verbalement au patient ; et aussi par des actions ou des comportements discriminatoires. Elle est souvent inversement proportionnelle à la connaissance de la pathologie, notamment son mode de transmission et son traitement. A ce propos, l'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le SIDA/VIH) a rédigé un rapport sur une étude menée en 2002 au Nigéria, parmi près de 1000 médecins, infirmières et sages-femmes et qui a établi des résultats très préoccupants en termes de discrimination des professionnels de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA. En effet, 10% des répondants admettaient avoir refusé de soigner un patient vivant avec le VIH/SIDA et 20% déclaraient que les personnes vivant avec le VIH/SIDA s'étaient

comportées de manière immorale et «*méritaient*» leur sort [35]. C'est pourquoi certaines mesures ont été prises afin de réduire cette stigmatisation : à New Delhi (Inde), par exemple, pour faire face à ce problème de discrimination, des chercheurs ont d'abord établi des groupes de discussion et des entretiens rassemblant les personnes malades du VIH/SIDA et les personnes qui leur prodiguent des soins. Sur la base des conclusions tirées de ces dialogues, ils ont établi une liste de contrôle pour un environnement à l'écoute des patients vivant avec le VIH et le SIDA. Grâce à cette liste, les dirigeants hospitaliers peuvent savoir si les personnes séropositives sont bien prises en charge, et leur permettre de se fixer des objectifs pour l'amélioration des services destinés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les résultats ainsi obtenus ont été très prometteurs. En effet, on constate ainsi que les connaissances au sujet de la transmission et de la prévention du VIH/SIDA se sont considérablement accrues : davantage de personnel travaillant dans les salles savent que le VIH/SIDA ne peut pas se transmettre en partageant des ustensiles avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA (67% au début de l'enquête contre 83% à la fin), en touchant quelqu'un qui a le VIH/SIDA (81% contre 96%), et en utilisant les mêmes vêtements qu'une personne vivant avec le VIH/SIDA (63% contre 86.) Davantage d'agents de santé désapprouvaient le fait de déclarer que le VIH/SIDA se propage du fait d'une conduite immorale (29% contre 51%), davantage ont déclaré qu'ils partageraient volontiers un repas avec une personne vivant avec le VIH/SIDA (42% contre 72%), achèteraient de la nourriture chez un marchand vivant avec le VIH/SIDA (54% contre 88%) et emménageraient à côté d'un voisin affecté par le VIH/SIDA (73% contre 94%). Concernant les soins cliniques, on a observé un accroissement de la proportion de personnel médical qui désapprouvait les déclarations discriminatoires, telles que « *les patients séropositifs doivent être gardés à distance des autres patients* » (44% contre 57%) et « *les vêtements et le linge des patients séropositifs devraient être brûlés ou éliminés* » (32% contre 46%) [36].

1.2.2. L'accessibilité physique:

Elle comporte d'une part l'accessibilité géographique, c'est-à-dire la notion de distance-temps (trajet) entre l'utilisateur et la ressource sanitaire, la qualité des moyens de transport ; c'est-à-dire savoir s'ils sont acceptables. D'autre part, un aspect démographique et de localisation des peuples.

Elle implique donc une répartition cohérente des structures de soin et aboutit à une notion de carte sanitaire.

L'économiste Lambert D.C explique que « *les inégalités régionales et les régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées)* » entraînent un accès contrasté. « *Des enquêtes d'économie de la santé permettront d'identifier, sur l'espace sanitaire, les principaux déséquilibres entre offre et demande de soins. La progression du taux d'utilisation des services existants (consultation, hospitalisation) accompagne la diminution des barrières d'accès aux soins* » [37].

On peut prendre pour exemple le Gabon, où le faible niveau de disponibilité des services de soins fait que 46% de la population vit à plus d'une heure du centre de soins le plus proche. Cette proportion passe à 86% dans les zones rurales [38]. On constate aussi que dans certains pays africains, plus de la moitié de la population vit à plus de 10 km du premier centre de soins primaires [15].

En mai 2000, en Bolivie des chercheurs ont utilisé une technologie du Système d'Information Géographique (SIG), à l'aide d'imagerie satellite, afin d'évaluer l'accès physique aux soins de santé dans une région éloignée et pauvre des Andes Boliviennes. Grâce au SIG, (à partir de critères calculables par le logiciel) ils ont pu mesurer l'accessibilité physique dans un territoire donné et pour une catégorie de service. Ensuite l'identification de zones de faible ou de forte accessibilité servira à améliorer de la politique d'aménagement (fermeture de certains centres et de l'ouverture de nouveaux sur des sites candidats déterminés par l'analyse).

Le SIG serait donc un outil intéressant pour améliorer l'accessibilité physique dans les régions montagneuses des PED [39].

1.2.3. L'accessibilité économique ou abordabilité :

L'abordabilité sera fonction du choix de service, à savoir : libéral ou public. Elle dépend du fait que les services soient d'un prix abordable ou non ; l'information sur le coût doit être à la portée de tous. Ce dernier comprend en réalité : le prix de la consultation, le prix du déplacement et le prix de l'hébergement sur place ; il dissuade souvent les malades d'aller se soigner. Ceux qui le font, sont souvent ceux qui ont de la famille, ou des proches en ville. Quant aux autres, ils ne peuvent pas faire face à ce coût.

Pour autant, un autre paramètre existe : celui de la difficulté quant à réunir la somme nécessaire, au regard des revenus faibles et irréguliers. En 2006, Médecins Du Monde (MDM) a mené une enquête dont le but était de comprendre les mécanismes d'accès aux soins des populations de la Grande Anse à Haïti. Cette enquête a révélé les résultats suivants : 71 % des

personnes interrogées affirment qu'il leur fallait plus de quatre jours pour récolter l'argent nécessaire pour payer une consultation. Ainsi, lorsque qu'ils doivent faire face au paiement de la consultation urgente, 32,3 % utilisent leur économie, 45,2 % empruntent cet argent à des personnes de leur entourage, et 35 % se retrouvent dans l'obligation de vendre un bien (l'ensemble est supérieur à 100 % : on suppose donc que la plupart des personnes utilisant leurs économies doivent également utiliser un autre mode de financement) [40].

1.2.4. L'accessibilité de l'information:

Bien évidemment la prévention et la prise en charge des problèmes de santé sont directement liées au degré d'éducation ; la scolarisation et l'accès aux médias sont donc cruciaux.

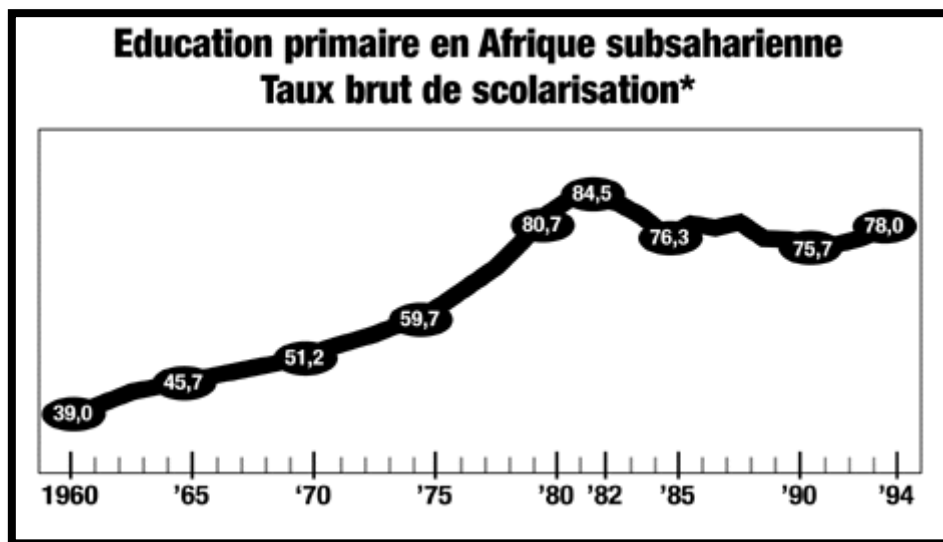


Figure 1. Taux brut de scolarisation en Afrique subsaharienne.

Source : ONU Afrique Relance, d'après les indicateurs du développement dans le monde 2000 de la Banque mondiale, version CD-ROM. Adresse URL :

<http://www.un.org/french/ecosocdev/geninfo/afrec/vol14no2/12primlg.gif>

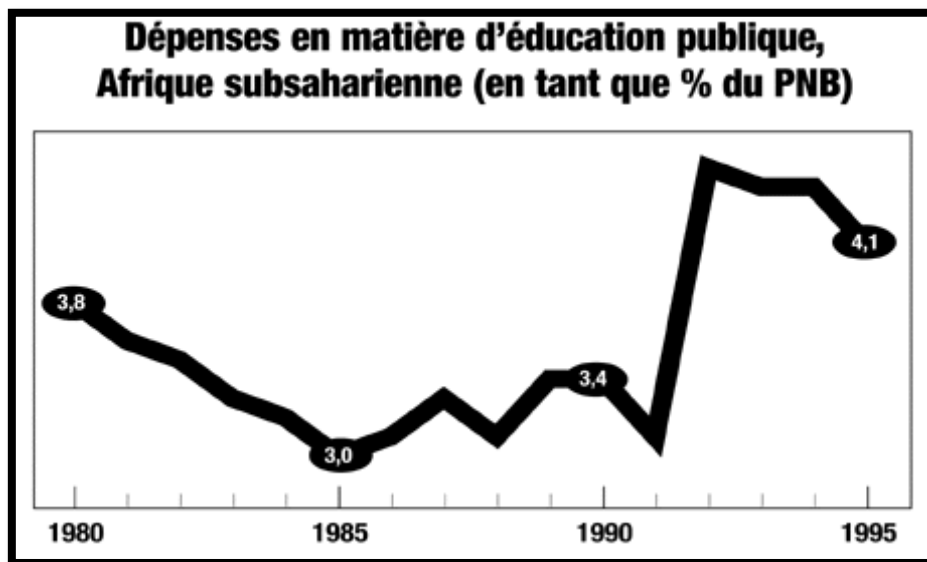


Figure 2. Dépense en matière d'éducation publique en Afrique subsaharienne (% du PNB)

Source : ONU Afrique Relance, d'après des données de l'UNESCO.

Adresse URL : <http://www.un.org/french/ecosocdev/geninfo/afrec/vol14no2/12primlg.gif>

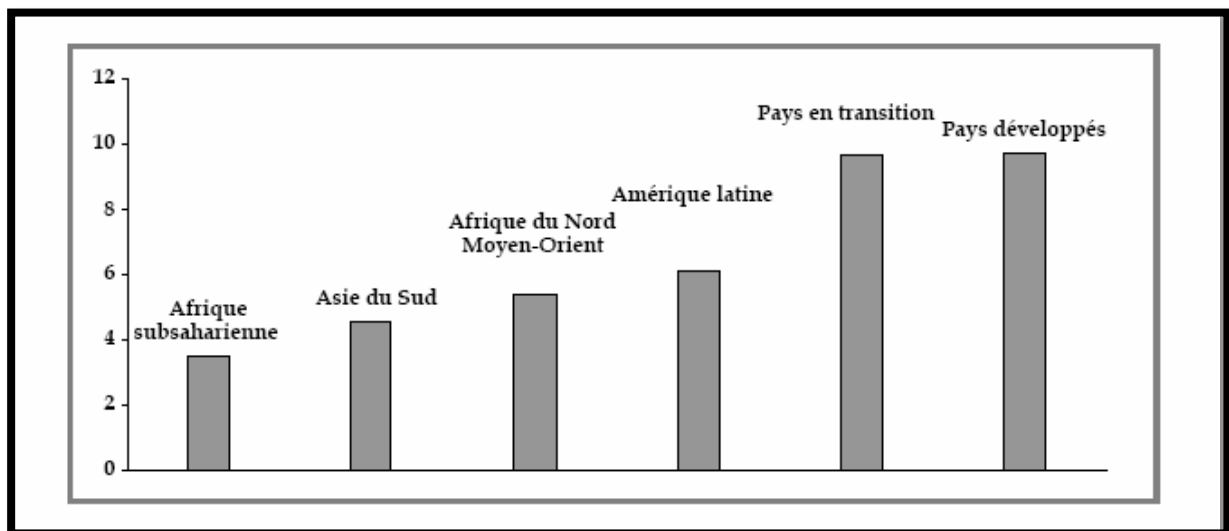


Figure 3. Durée moyenne de scolarisation dans plusieurs régions du monde.

Source : Banque mondiale 2000.

A l'aide des graphiques des figures 1, 2 et 3 on peut constater l'évolution du taux de scolarisation en Afrique subsaharienne dans les années 80 et 90. Le financement de l'éducation paraissait très fluctuant. De plus, l'on peut se demander si la durée moyenne de scolarisation (environ quatre ans) était suffisante pour permettre une éducation à la santé. Une question peut alors être posée : où en sommes-nous plus de dix ans après la conférence de Jomtien sur l'Education pour tous ? Selon l'UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization), le nombre d'enfants non scolarisés est passé de 45 millions en 1999 à 32 millions en 2007. Même si cela représente des progrès considérables, 25 % des enfants en âge de fréquenter l'école primaire ne sont toujours pas scolarisés. De plus, entre 1999 et 2007, la part

des dépenses d'éducation dans le PNB a augmenté dans la majorité des 23 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les données sont disponibles. Dans six de ces pays (Burundi, Cameroun, Éthiopie, Mali, Mozambique et Sénégal), la part des dépenses d'éducation dans le PNB a progressé de plus de 50 %. On constate ainsi que l'Éthiopie et le Mozambique affichent la plus forte progression et qu'au Congo et en Erythrée, en revanche, la part du PNB consacré à l'éducation a diminué de moitié [41]. En 2007, l'UNICEF a déclaré que « *plus de 115 millions d'enfants en âge d'aller à l'école primaire n'y vont pas. Pour 100 garçons non scolarisés, 115 filles sont dans la même situation. Des taux d'analphabétisme élevés empêchent les femmes de se renseigner sur les risques d'infection au VIH/SIDA et les moyens de se protéger. Une étude menée dans 24 pays d'Afrique subsaharienne montre que les deux tiers ou plus des jeunes femmes n'ont pas de connaissance générale sur la transmission du VIH/SIDA* » [42].

Une des sources d'information principale semble rester la radio ; selon le quotidien en ligne Afrik.com, à l'heure actuelle, les villages les plus reculés de brousse peuvent capter jusqu'à 40 radios. En 1999 Afristar (premier satellite Africain) est lancé et il dévolue entièrement ces ondes à la radio. Mais quel pourcentage de la population écoute réellement ces ondes ? Et quelle est la part consacrée à la santé sur ces ondes ? [43] Une fois encore, cette discrimination concerne plus le sexe féminin.

1.2.5. La notion de fonctionnalité et de disponibilité et la notion du culturellement accessible

Ces deux notions peuvent être définies de la manière suivante :

- La notion de fonctionnalité et de disponibilité : c'est-à-dire avoir un type de soin adapté et disponible en continu ainsi que des horaires d'ouvertures adaptés aux besoins des populations car ce n'est pas toujours le cas. En effet, les populations travaillant dans les plantations ne peuvent se rendre dans les structures sanitaires que le soir venu car sinon ils peuvent perdre une journée de salaire. Le problème est que les CS sont souvent fermés le soir.

- La notion du culturellement accessible : c'est-à-dire l'utilisation de techniques et méthodes de gestion en accord avec les modèles culturels de la communauté. Nous pouvons nous appuyer sur l'exemple de l'épilepsie, qui est une maladie qui peut être difficile à soigner en Afrique, compte tenu de la conception socioculturelle associée à la maladie. Pour certaines ethnies, cette maladie est « *contagieuse et sans solution thérapeutique* » [44].

1.3. Pratiques traditionnelles et SSP

Dans beaucoup de régions du monde les pratiques traditionnelles cohabitent avec les soins médicaux occidentaux. Selon les estimations de l'OMS, au moins 80% de la population des PED s'en remet aux systèmes traditionnels en tant que principale source de soins [45]. En effet la médecine traditionnelle en Afrique fait partie intégrante des systèmes de soin : elle ne peut être réduite qu'à une alternative des SSP. Ce fait avait déjà été clarifié lors de la déclaration d'Alma-Ata, qui préconisait l'incorporation de la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins de santé des PED [46].

En 2000 l'OMS a adopté une nouvelle résolution afin d'institutionnaliser la médecine traditionnelle [47]. Le but était double : renforcer le système de santé dans les communautés et atteindre une plus vaste population. En effet, il est connu que les GT (Guérisseurs Traditionnelles) sont respectés et écoutés par la population et les dirigeants politiques. Il apparaissait donc impératif que le discours proposé par les SSP et celui proposé par les GT aient un minimum de concordance afin de pouvoir coordonner ces deux médecines. A l'heure actuelle, cette collaboration est bien intégrée dans de nombreux pays d'Afrique comme peut en témoigner le Professeur Jean-Baptiste NIKIEMA qui explique la méthodologie et la législation utilisées pour la mise en place de cette collaboration au Burkina Faso [48].

Mais l'exemple de l'étude effectuée en 2003 en Tanzanie (à Arusha et à Dar es Salam), sur la collaboration entre les GT et la médecine occidentale dans la gestion du VIH/SIDA, montre que cette coopération n'est pas si évidente que cela [49]. Au total 292 GT ont accepté d'y participer. Parmi eux 40% affirmaient avoir traité le VIH/SIDA et 10 % affirmaient même avoir guéri leurs patients du VIH/SIDA. Les GT, via l'utilisation de plantes, peuvent traiter certains symptômes du VIH/SIDA, tels que la diarrhée, la fatigue et la dépression; la collaboration serait bénéfique aux deux parties. De plus, tous les GT ont exprimé leur désir de formation afin d'améliorer leurs connaissances de la maladie, qui sont souvent insuffisantes ou erronées. Mais le feront-ils vraiment malgré ce sentiment d'humiliation qui persiste dans leurs esprits ? En effet, beaucoup gardent en mémoire la manière dont les coloniaux les considéraient comme des « *sorciers, charlatans, arnaqueurs*. ». Il apparaît donc qu'il faudrait d'abord établir un climat de confiance, car cette collaboration nécessite beaucoup de patience et de tolérance. Ce processus qui devrait prendre plusieurs années est nécessaire, étant donné que les GT sont les piliers de leurs villages et, bien souvent, le premier niveau d'accès au soin pour les personnes à faibles revenus.

La même année, une autre étude, toujours menée en Tanzanie, fixe trois composantes indispensables à la collaboration GT – médecine occidentale [50] :

- Réunir les informations nécessaires et se focaliser sur les maladies prioritaires, telles que la TB, le diabète, l'HTA.
- Institutionnaliser des structures ou des plateformes nationales où les 2 partis pourront facilement se rencontrer et échanger leurs savoirs.
- Mettre en place une stratégie de communication afin de promouvoir cette collaboration auprès du public, des tous les GT, des politiciens, des chercheurs par le biais de tracts, lettre d'information et de propagandes audiovisuelles.

2. L'Initiative de Bamako (IB)

2.1. D'Alma Ata à Bamako : pourquoi a-t-on renoncé à la gratuité des soins ?

2.1.1. La crise économique

En 1971, les Etats-Unis connaissent leur premier déficit commercial du siècle : c'est la fin du système d' « étalon change-or » et le début de la spéculation car en août 1977, le président Nixon décide de suspendre la convertibilité en or du dollar. Pour lutter contre l'inflation, les gouvernements renchérissent les crédits et alourdissent la fiscalité : la croissance ralentit alors. A cela s'ajoute en 1973 la première crise pétrolière. Les «pétrodollars» deviennent excédentaires alors que les pays exportateurs de pétrole l'utilisaient pour rembourser leur dette; cela provoque la crise de la dette. Pour la première fois la crise combine le chômage et l'inflation dans les pays du Nord (>10% en 1975) : c'est la stagflation.* En 1979 un second choc pétrolier, lié à la révolution Iranienne, provoque la hausse du prix du pétrole. La révolution industrielle basée sur la modernisation et les licenciements massifs voit le jour. Et, à partir de 1982 c'est tout le système bancaire privé occidental qui est menacé d'une faillite en chaîne [51]. Ainsi, les pays industrialisés donnant des signes de fatigue vont octroyer des prêts faciles aux pays du tiers monde et inciter ces derniers à y avoir recours. Les taux d'intérêt réels sont très bas à cause d'une forte inflation.

* La stagflation est la coexistence d'une stagnation de la production, d'une hausse du chômage et d'une hausse cumulative des prix.

2.1.2. La dette et les PAS (Programmes d'Ajustement Structurel)

Après leur indépendance, les pays du Sud ont alors besoin de liquidité afin de pouvoir mettre en place des projets d'industrialisation et d'infrastructures, nécessaires à leurs développements économiques. Le FMI propose des prêts à courts termes, mais imposent des PAS en contrepartie de l'octroi de ces prêts ou de l'échelonnement d'anciens prêts. Ce type d'ajustement a pour objectif le recouvrement de la dette extérieure[§]. En clair, si les pays ne font pas les restructurations « *proposées* » par le FMI, celui-ci n'octroiera pas les prochains prêts. Ce n'est donc qu'à mesure que les restructurations sont faites que le FMI débloquera les financements.

A travers l'imposition des PAS, une politique sociale désastreuse pour les populations, mais en total accord avec les règles libérales du commerce international, voit le jour.

C'est ainsi que naissent les réductions budgétaires dans le domaine des investissements publics, de l'éducation, la santé, l'entretien des infrastructures.

Le FMI et la BM deviennent ainsi des institutions dont un des buts principaux est le recouvrement de la dette. C'est en quelque sorte une « nouvelle colonisation », réglée par l'adoption des PAS, qui se met alors en place [52].

Comme le souligne le député français Yves Tavernier, leurs « rôles étaient de fidéliser la clientèle du Tiers-Monde en faveur du monde occidental » [53]. Les institutions financières internationales, les États du Nord et les multinationales peuvent alors avoir le contrôle de l'économie des PED et mettre la main sur leurs ressources et leurs richesses au détriment des populations locales, une surexploitation des ressources naturelles est alors effectuée afin de rembourser cette dette.

Comme le soulignent encore Eric Toussaint et Damien Millet « *Les décisions concernant le Sud ne sont pas prises au Sud, mais à Washington (au département du Trésor américain, au siège de la Banque mondiale ou du FMI), à Paris (au siège du Club de Paris qui regroupe les États créanciers du Nord ou au sein du Club de Londres (qui regroupe les grandes banques du Nord) »*. [51]

A la fin de l'année 1979, pour sortir de la crise, une hausse brutale des taux d'intérêt est décidée à Washington. Ainsi, la dette des pays du Sud inférieure, à 70 milliards de dollars (US) à la fin des années 1960, dépasse la somme de 500 milliards de dollars (US) au début des années 1980. A cela s'ajoute la corruption politique : on peut prendre pour exemple Haïti, où en 1986,

[§] La dette extérieure est constituée des prêts et intérêts.

la dette extérieure s'élevait à 750 millions de dollars (US) alors que la famille au pouvoir durant trente ans (les Duvalier) a pris la fuite avec une fortune évaluée à plus de 900 millions de dollars (US) [54].

Enfin, les pays du Sud sont confrontés à un autre changement brutal : la baisse des cours des matières premières et des produits agricoles qu'ils exportent.

Tout ceci engendre un endettement colossal progressant à grande vitesse ; en Afrique la dette extérieure publique est donc passée de 89 milliards de dollars (US) en 1980 à 250 milliards en 2003 [55]. La figure 4, ci-après résume les différentes étapes qui ont mené au surendettement et à la crise de la dette.

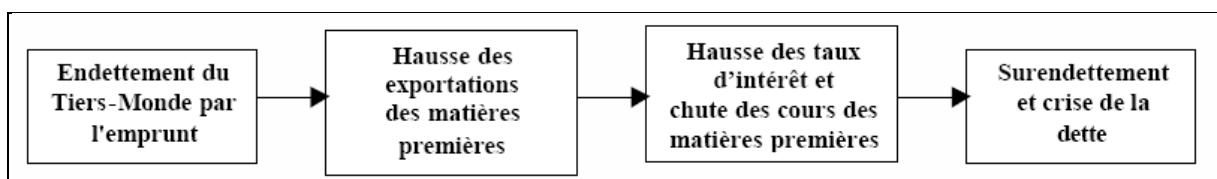


Figure 4. Les différentes étapes qui ont amené au surendettement et à la crise de la dette.

Source : CADTM, Adresse URL

http://www.cadtm.org/IMG/pdf/toussaintmillet_origine-2.pdf

La responsabilité écrasante des grandes puissances est reprise par la CNUCED (Conférence des Nations Unies sur le Commerce Et le Développement), qui dénonce « *l'idée couramment répandue que le surendettement de l'Afrique est tout simplement l'héritage de gouvernements africains irresponsables et corrompus. Si cette idée n'est pas entièrement dénuée de fondement, en particulier au regard de ce qu'a été la politique de la guerre froide, ce sont bien les chocs extérieurs, la dépendance à l'égard des produits de base, des programmes de réforme mal conçus et l'attitude des créanciers qui ont joué un rôle décisif dans la crise de la dette. Une analyse plus nuancée montre que le profil de la dette est passé de la "viabilité" dans les années 70 à la "crise" dans la première moitié des années 80, la majeure partie de la dette ayant été contractée entre 1985 et 1995 dans le cadre des programmes d'ajustement structurel et sous la surveillance étroite des institutions de Bretton Woods** » [51] [56].

* Les institutions de Bretton Woods sont un ensemble d'institutions intergouvernementales comprenant le FMI, l'OIC et le Fonds de stabilisation internationale des produits de bases, mis en place pour instaurer la sécurité et la coopération économique dans le monde de l'après guerre

2.1.3. Dysfonctionnement des systèmes de santé

Dans le contexte des années 70-80 marqué donc par la crise économique mondiale, puis par la crise de la dette, le très faible taux de croissance économique ne permet pas d'augmenter la part consacrée à la santé dans les budgets des Etats.

Les institutions de Bretton Woods transforment alors l'économie des PED pour les ajuster à l'économie mondiale [57].

Les gouvernements du Sud adoptent des restrictions budgétaires et des réformes aboutissant à un dysfonctionnement des systèmes de santé (manque de financement pour le fonctionnement des établissements de santé et difficulté à payer le personnel). Les services sont alors de plus en plus facturés alors que la qualité n'est pas satisfaisante. Les programmes de santé sont souvent coûteux, peu efficaces et peu rentables, le coût des médicaments est élevé (coût augmenté par un approvisionnement fait en petite quantité) et leur utilisation n'est pas toujours adaptée aux besoins locaux [17].

Ainsi, les coupes budgétaires ajoutés à une gestion médiocre (mauvaise allocation budgétaire) , au gaspillage et à la mauvaise utilisation des rares ressources, sont les causes d'une pénurie chronique de médicaments, d'une déficience de services, de la détérioration des infrastructures, d'un manque de personnel qualifié et d'une faible motivation des agents de santé qui entraînent, à leur tour, une mauvaise prise en charge des malades : il en résulte un faible attrait pour les services de santé publics qui conduit les patients à s'adresser plutôt aux GT, à des praticiens privés non répertoriés et à des vendeurs ambulants sur les marchés [16].

De plus, le système de soins est très centralisé et les prestations sont très inégales entre les villes et les campagnes.

Les crédits sont souvent alloués à des services coûteux ne touchant qu'une minorité de la population et une majeure partie des dépenses de santé est consacrée aux infrastructures et aux salaires des employés. C'est dans ce contexte de pénurie et de politique de santé inadapté que les gouvernements Africains, sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS, proposent de mettre à contribution les usagers. C'est ce qu'on a appelé l'Initiative de Bamako dont l'objectif était d'accroître l'accès à des soins de qualité, grâce à une participation communautaire au financement et à la gestion des soins [17].

Pour résumer, voici les grandes étapes des réformes de santé qui ont amené à l'initiative de Bamako et au recouvrement des coûts [58].

1962 => Le droit Constitutionnel à l'éducation et à la santé (gratuite)	
1978 => Déclaration d'Alma-Ata	- Soins de Santé Primaires - Santé pour tous en l'an 2000
1980 => Plans ajustement structurel	- Retour à l'équilibre budgétaire - Réduction des effectifs et coupes budgétaires (éducation - santé)
1985 => Conférence de Nairobi	- Médicament Essentiel Générique
1987 => Initiative de Bamako Déclaration de Harare	- Participation communautaire - décentralisation décision/gestion - District sanitaire – PMA / PCA
1990 => Recouvrement des coûts	- du médicament puis des actes - Prépaiement - forfaits - Mutuelles

Figure 5. Les grandes étapes de réformes amenant à l'IB

Source : REMED, Adresse URL

<http://www.remed.org/Microsoft PowerPoint Les limites des mecanismes de recouvrement des couts nes de l initiative de Bamako - G.Foulon C.pdf>

2.2. Fondement de l'Initiative de Bamako

2.2.1. Objectifs de l'IB

L'Initiative partait de la constatation suivante : en Afrique, le système de santé était inadéquate ou inexistant et encore plus spécifiquement pour les groupes les plus vulnérables⁵⁹. L'objectif principal de l'Initiative, adopté à Bamako en 1988, était : « *la distribution équitable* » pour ce faire, l'IB a mis en place une stratégie de participation communautaire et de recouvrement des coûts *des ressources* « *pour assurer l'accès de la grande majorité des gens à celles-ci* » [60] en vue de promouvoir les SSP dans un système en péril.

L'adhésion effective des différents pays d'Afrique subsaharienne a été très progressive au cours des années 90 : on comptait 33 pays adhérents en 1994.

L'initiative de Bamako est en fait un ensemble de réformes politiques articulées en huit points selon Valéry Ridde :

1. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de SSP.
2. Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des SSP.
3. Il faut aussi décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées.

4. Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé.
5. Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux SSP et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux.
6. Le concept de ME doit être intégré dans les politiques nationales de santé
7. Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir un accès au soin aux couches sociales les plus démunies.
8. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pouvant mesurer les progrès accomplis.

2.2.2. Principes directeurs de l'IB

Les objectifs spécifiques de cette initiative sont :

- La décentralisation ou le renforcement des mécanismes de gestion et de financement au niveau local.
- Promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locales.
- Renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des ME.
- Assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

La décentralisation est un système de gestion où des pouvoirs propres sont conférés à une entité distincte de l'administration centrale. En d'autres termes, on transfère les grandes fonctions publiques à des organismes locaux ayant des compétences sur un territoire défini.

La décentralisation doit permettre de diminuer le fossé qui existe entre les CS de ville et les centres de périphérie. Mais pour bien saisir ce concept il faut comprendre comment a été organisé le système de soin en Afrique et quelles zones géographiques étaient prises en charge. Dans la plupart des pays, le système de santé s'est organisé autour d'une structure pyramidale avec à la base les centres de santé, portes d'entrée théoriques dans le système de soins, au niveau intermédiaire les hôpitaux de district et au sommet de la pyramide les hôpitaux de référence préfectoraux (ou régionaux) et nationaux.

La figure 6 est un modèle schématique de la pyramide idéale des soins de santé reliant les trois niveaux : famille et communauté, centre de santé et hôpital de district [61].

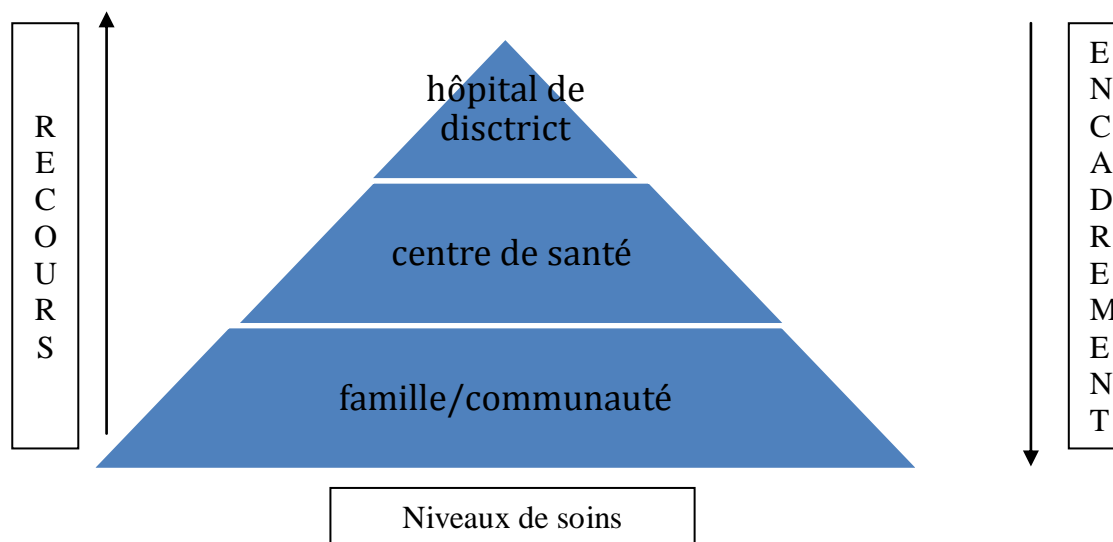


Figure 6. Modèle schématique de la pyramide de soin idéale

Source: LAWN J.E. et Al., Alma-Ata 30 years : revolutionary, relevant, and time to revitalise, Lancet, vol 372
Septembre 2008, p 917-946

Des districts sanitaires ont été créés ; ce sont des entités opérationnelles les plus décentralisées, englobant les structures sanitaires (situées dans ses limites géographiques) et une population bien définie : de 150 000 à 200 000 personnes. Les districts doivent être théoriquement autonomes, aussi bien financièrement que dans la prise de décisions et sont découpés en aire de santé. Chaque district est censé comporter un Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA), éventuellement relayé par un Centre Médical (CM) dans une ou plusieurs grosses villes du district. Chaque aire de santé du district est composée d'une formation sanitaire incluant un dispensaire, une maternité et un dépôt de MEG. Enfin dans chaque aire de santé, un Comité de Gestion (COGES) est chargé de superviser tout le système de santé local et de s'occuper des liens avec l'autorité du district et les éventuels partenaires (coopérations, ONG) [17]. Avec la décentralisation, le district a donc obtenu des pouvoirs de décision considérables, même si le niveau régional à encore un rôle majeur dans la Politique Nationale de Santé (PNS). Il est chargé de faire appliquer les décisions prises au niveau national, mais c'est lui qui met en place les actions pour y parvenir. La décentralisation nécessite ainsi de

définir ces objectifs communautaires et la mise en place de mesures tels que : l'approvisionnement des médicaments, la délégation des pouvoirs et la mise en place de formation de personnels. Le district, étant responsable des soins de santé de base, il est chargé d'organiser un minimum de services curatifs et préventifs, appelés PAM (Paquet d'Activité Minimum).

Au niveau administratif : le plus haut responsable du district est généralement nommé par le pouvoir politique. Les membres du conseil de district sont, quant à eux pour la plupart, les représentants élus de la collectivité.

Malgré cela l'Etat ne doit pas se désengager, il doit maintenir son effort pour augmenter les budgets de santé et doit définir les objectifs à atteindre, car il reste le garant de la politique de santé⁹. Ainsi, dans de nombreux pays des programmes verticaux* sont mis en place pour tenter d'intervenir sur « *un nombre circonscrit de maladies [...] sélectionnées en vue de leur prévention au sein d'une population clairement définie* » [62]. Ces programmes ont tendance à être organisés et gérés à l'échelle nationale et ont été mis en place pour lutter contre les maladies dites prioritaires**. Ce sont par exemple les programmes de vaccination, la planification familiale et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et la malaria.

(Voir Annexe 1 de la partie I : Système de santé de district.)

Autofinancement communautaire ou recouvrement de coût

C'est l'un des principes clef de l'IB. Il se fait à travers le recouvrement des coûts et donc la tarification des actes médicaux et des MEG. Les MEG seront développés plus amplement dans la partie II, intitulée « l'accès aux ME dans les pays d'Afrique subsaharienne ». Il ne s'agit, ici, que d'une simple introduction de ce qui sera explicité après.

Le premier stock de MEG était fourni gratuitement par les organisations internationales. Le but étant d'assurer la survie du système de santé après l'arrêt de toute subvention, l'IB préconisait donc le recouvrement des coûts, c'est-à-dire la tarification des MEG et/ou de la prestation médicale, incluant un petit bénéfice. Cette marge constituait théoriquement la

* Les programmes verticaux (également appelés programmes « stand-alone », programmes catégoriques ou indépendants ou encore approches verticales) renvoient à des cas de figure où « la solution d'un problème sanitaire donné [est abordée] par le biais de l'application de mesures spécifiques à la faveur d'un fonctionnement à but unique ». Source: Msuya J. Horizontal and vertical delivery of health services: what are the tradeoffs? Washington, DC, Banque mondiale, 2005.

** Les maladies prioritaires sont des maladies qui ont entraîné des pandémies.

principale source de revenu permettant d'assurer les formations sanitaires, les salaires des équipes de district, l'entretien du matériel et le réapprovisionnement du stock de MEG et le développement de nouveaux programmes de santé [17].

Bien que ceci soit controversé : des études ont permis de constater que même les populations les plus démunies acceptaient cet autofinancement en avouant tout de même devoir faire de gros sacrifices.

La participation communautaire, outre financière, prévoit un contrôle communautaire, via l'élection du conseil, qui participe à la gestion du système de santé en concertation avec les populations. La communauté est ainsi responsable de la prise en charge des services de santé au niveau local. Comme nous l'avons dit précédemment, un COGES est responsable de la trésorerie, élabore les budgets et contrôle son exécution, contrôle aussi les commandes et vérifie le stock, vérifie aussi le bon respect des tarifs et enfin identifie les indigents pour permettre leur prise en charge. La participation communautaire devrait ainsi permettre de créer une implication, une responsabilisation des populations.

2.3. Financement de l'IB :

2.3.1. Les bailleurs de fonds [63]

Il a été dit précédemment que lors de la mise place de l'IB, de nombreuses aides ont été versées par les bailleurs de fonds (tels que l'OMS, l'UNICEF, la BM). Ces aides, qui constituaient une mise de départ pour « lancer » la réforme, ont servi principalement à l'achat de médicaments, à la création de structures adéquates au niveau local et à la mise en place de la logistique. Le relais de ce financement devait être assuré, par la suite, par le recouvrement des coûts des usagers.

2.3.2. Recouvrement des coûts

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la population participe au financement de l'IB ; nous allons ainsi voir qu'il existe trois types de modalités de paiements individuels: le paiement par cotisation (via les mutuelles), le paiement forfaitaire à prix unique, le paiement par médicament et par acte. Ces deux derniers sont basés soit sur le paiement par acte, soit sur le paiement par épisode. On parle de paiement par acte lorsqu'à chaque consultation, le patient paie la consultation en elle-même, ainsi que le traitement médicamenteux. On parle de

paiement par épisode lorsque le patient ne repaie pas le prix de la consultation s'il revient consulter pour la même pathologie.

2.3.2.1. Le paiement forfaitaire à prix unique : avantages et inconvénients

Il en existe 2 : le paiement forfaitaire à l'acte et le paiement forfaitaire à l'épisode de la maladie. Le prix payé par le patient est unique, quelque soit la maladie, le coût, le diagnostic et le traitement. Le tableau I, ci-après, les définit et résume leurs avantages et leurs inconvénients.

Tableau I. Avantages et inconvénients du paiement forfaitaire à prix unique

Mode de paiement	Avantages	Inconvénients
<p><i>Paiement forfaitaire à l'acte</i></p> <p>Pour chaque consultation un prix forfaitaire est fixé qui comprend à la fois le coût des soins et celui des médicaments prescrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure équité • Meilleur suivi des traitements. • Permet aux patients de prévoir à l'avance les dépenses de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de faillite en cas de fluctuations des prix du marché pharmaceutique ou de crise épidémiologique • Difficulté de gestion rigoureuse de la filière pharmaceutique • Elaboration des tarifs difficile
<p><i>Paiement forfaitaire à l'épisode de maladie</i></p> <p>Le patient paie un forfait représentant le prix total de tous les soins, y compris les médicaments, pour un épisode de maladie. Ce prix peut être uniforme ou différencié selon les maladies</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de garantir la continuité des soins • Permet au patient de savoir à l'avance ce qu'il devra payer • Meilleure équité car solidarité possible entre malades • Permet l'intégration entre la prévention et les soins curatifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration des tarifs difficile • Risque de faillite en cas de fluctuations des prix du marché pharmaceutique ou de crise épidémiologique • Problème de faisabilité administrative (nécessité d'une compatibilité analytique permanente)

Source : FOIRRY J-P, MOUTON P., BRIERE M., YAVCHITZ E. « Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé, Bilan et perspectives », ministère des Affaires étrangères, décembre 1998 [64]

Ce système permet de ne pas inciter à la surconsommation et permet une certaine transparence.

2.3.2.2. Le paiement par médicament et par acte

Il faut distinguer le paiement au médicament et le paiement éclaté. Le tableau II ci après les définit et résume leurs avantages et leurs inconvénients.

Tableau II. Avantages et inconvénients des paiements par acte et par médicament

Mode de paiement	Avantages	Inconvénients
<p><i>Paiement au médicament</i></p> <p>Le patient paie uniquement les médicaments prescrits</p> <p>La marge bénéficiaire finance à la fois la filière médicament et les frais de fonctionnement du centre de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Facilité de compréhension par les patients •Gestion courante simplifiée 	<ul style="list-style-type: none"> •Risque de prescription abusive par les prestataires de soins •Problèmes d'accessibilité dans le cas de maladie coûteuse •Ne favorise pas la continuité des soins
<p><i>Paiement éclaté</i></p> <p>Double paiement par les usagers : les actes selon un tarif donné, et les médicaments.</p> <p>Caisse séparée préconisée pour autonomie de la filière médicaments</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion courante simplifiée •Contrôle plus facile des recettes • S'il y a une autonomie de la filière médicaments, évite les prescriptions abusives 	<ul style="list-style-type: none"> •S'il n'y a pas double caisse, risque de prescription abusive, surtout lorsque la part relative des recettes découlant des médicaments est élevée • Ne favorise pas la continuité des soins •Coûts élevés des maladies graves et de certains services préventifs

Source : FOIRRY J-P, MOUTON P., BRIERE M., YAVCHITZ E. « Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé, Bilan e perspectives », ministère des Affaires étrangères, décembre 1998

C'est un paiement proportionnel au coût réel. Il est le mode de paiement le plus répandu.

Conclusions relatives aux paiements forfaitaires, et aux paiements aux médicaments et à l'acte :

Un autre paramètre est à prendre en compte au vu de cette tarification individuelle : le phénomène de propension à payer lorsque les individus en ont la capacité. L'IB fait l'hypothèse implicite qu'ils coïncident.

En effet, à travers le recouvrement des coûts, l'IB espérait pouvoir investir l'argent récolté dans des actions visant à améliorer l'efficacité des SSP : c'est-à-dire la qualité des soins, leur taux de fréquentation et le problème d'équité. Pour pallier à la faiblesse de revenu, les individus mobilisaient des ressources par solidarité familiale ou communautaire (tontinage), contractaient des emprunts ou encore vendaient leurs biens personnels [65]. Mais il apparaît très clairement qu'à l'heure actuelle la solidarité connaît une régression historique [66] et que les mécanismes choisis pour financer la santé mettaient les familles dans de graves situations économiques. C'est pourquoi, dès 1993, la BM stipulait que la tarification devait être réservée aux soins les moins coûteux ; la création d'assurances maladies devait permettre de prendre en charge le reste des soins. En outre, l'IB prévoyait, aussi que les groupes les plus vulnérables, appelés indigents, soient exemptés du recouvrement des coûts.

L'indigence se définit comme étant la situation d'une personne dont les revenus ne suffisent pas à assurer le minimum, nécessaire au maintien de sa capacité physique. Pour ne pas exclure les indigents des SSP, l'IB envisageait une redistribution des biens afin que l'accès au soin des indigents soit prioritaire. Seulement, des problèmes se sont alors posés, tels que le coût administratif de l'exemption et les critères de sélection des bénéficiaires. En effet, cette sélection était très délicate compte tenu de la difficulté à évaluer le statut financier d'une personne dans les pays du Sud.

Nous verrons dans les chapitres à venir que pour certains pays l'indigence n'est pas une priorité, que la tarification individuelle est maintenant remise en cause et que, face à la constatation d'échec du paiement direct (qui a finalement appauvri les plus pauvres), l'intégration de la protection sociale est nécessaire pour pallier à l'inaccessibilité aux soins liés la pauvreté.

2.3.2.3. Le paiement par cotisation et développement de mécanismes assuranciers

Selon la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), toute personne a droit à un minimum de sécurité sociale qui doit être en adéquation avec l'organisation et les ressources du pays auquel appartient cette personne [67]. Comme nous l'avons évoqué précédemment, dans les pays à faibles revenus, le coût lié à la santé peut être très délétère pour un ménage (remboursement difficile de l'emprunt contracté, perte de salaire lorsqu'un membre de la famille s'absente pour se rendre au CSP...) ce qui expliqua en partie la faible

fréquentation des services. Ainsi, afin d'améliorer cette fréquentation, les Etats et les partenaires du développement ont tenté de développer différentes formes d'assurances. Le but étant d'abaisser la barrière du coût financier [63]. Afin de mieux comprendre ce chapitre, il apparaît important de définir ce qu'est une assurance.

Le principe de l'assurance est de couvrir une personne des préjudices et dommages qui proviendraient de la réalisation de certains risques (dans notre contexte, on parle du risque maladie) et pour lesquels la personne s'assure moyennant le versement d'une prime ou de cotisations auprès d'un assureur, pouvant être public ou privé. Avec l'assurance s'opère une mutualisation des risques, transformant les risques individuels en risques collectifs. Le versement se fait via des cotisations (système type « bismarckien ») ou via l'impôt (système de type « Beveridge »).

L'assurance dans le domaine de la santé (assurance maladie publique ou privée) est justifiée par l'existence d'une double incertitude liée à l'occurrence de la maladie et à sa gravité) : le coût imprévisible des soins et/ou des pertes de revenus (par inactivité forcée) et la concentration des dépenses (dans le temps).

Les premières esquisses de programme national d'assurance maladie ont été lancées au Nigeria dès 1962 et au Kenya en 1965. Le premier programme obligatoire africain a vu le jour au Kenya en 1966.

Dans son ouvrage intitulé « Réformes de la santé et financement des médicaments » l'OMS a estimé la fourchette de couverture des assurances maladies dans différentes régions du monde. Le tableau III ci-après, résume le bilan de cette étude.

Tableau III : Distribution de la couverture des assurances maladie par régions

Régions/pays	Couverture de la population dans les pays avec assurance			Distribution des pays selon le régime d'assurance	
	Moyenne	Médiane	Fourchette	Avec assurance	Pas d'information ou pas d'assurance**
Pays développé à économie de marché	98,7	100,0	86-100	13	12
Moyen-Orient	56,7	50,0	15-100	7	25
Amérique latine et Caraïbes	45,0	35,5	6-100	20	13
Afrique subsaharienne	10,3	8,0	1-26,5	14	33
Inde*	5,0			1	
Chine*	30,0			1	

** Couverture inférieure à 1%

* Chine et Inde exceptées

Source : OMS

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jwhozip34f/4.2.html>

On remarque ainsi que dans les pays développés cette fourchette varie de 86 à 100 % ; alors qu'en l'Afrique subsaharienne, elle oscille entre 1 et 26,5%. On note, par ailleurs, que seulement 14 pays d'Afrique subsaharienne ont une assurance maladie en 1998 [68].

En 2004, la BM a réalisé un inventaire des mutuelles en Afrique : les plus fréquemment rencontrées étaient les mutuelles communautaires (regroupant une région géographique), et les mutuelles corporatives (pour les travailleurs salariés). Pourtant il existe aussi : des systèmes initiés par le prestataire, des mutuelles basées sur une appartenance ethnique, ou encore des mutuelles pour le secteur informel (adhésion sur base professionnelle); et enfin des systèmes qui visent une adhésion pour des groupements existants plutôt que pour des ménages individuels. Pourtant le bilan de ce rapport est le suivant : la moitié de ces mutuelles n'est pas fonctionnelle [69].

De plus, d'autres études ont permis de constater que le taux d'adhésion à ces mutuelles est faible et que la fréquentation des CS est toujours en deçà de ce qui avait été espéré. Voici

les tableaux IV et IV bis résumant différentes études qui ont porté sur la problématique du manque d'adhésion aux mutuelles.

Tableau IV. Résumé des principales études qui a étudié les causes du faible taux d'utilisation aux mutuelles

Auteurs	Atim et Stock, 2000	Jütting et Tine, 2000	Schneider et Diop, 2001 et 2001
Systeme	Nkoranza, Ghana	Les mutuelles de santé de la région de Thiès, Sénégal	Les mutuelles de santé initiées par le ministère de Santé publique, Rwanda
Mutualiste étudié			
Objectifs de l'étude	Déterminer les causes de faible adhésion	- Détecter les facteurs qui influencent la participation - L'influence des mutuelles sur le parcours thérapeutique et les dépenses pour la santé	Détecter l'influence de l'adhésion sur l'accès aux soins
Méthodes	- Enquête de ménages : 3 476 ménages : - Discussions de groupes focalisées : 43 groupes et plus de 300 participants - Interviews avec personnes clé - Analyse de données administratives	- Enquête de ménage dans 4 villages : 346 ménages	- Enquêtes de ménage : 3 731 ménages - Interviews de 4 457 personnes qui ont connu un épisode de maladie les 2 semaines précédentes
Taux d'adhésion	30%	Entre 37% et 90%	7,9%
Principales causes de non-adhésion	- La période d'enregistrement d'était pas favorable - Une méfiance envers certaines pratiques de l'hôpital - Une sélection adverse massive (non-respect dès règles)	- La capacité financière limitée	Les facteurs qui déterminent l'adhésion sont : - le niveau d'éducation ; - la taille du ménage ; - le district de résidence ; La distance ; La sensibilisation La pauvreté était la cause principale de non-adhésion

Source : BM, Adresse URL

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Waelkens-LesMutuelles-whole.pdf> p57-58

Tableau IV bis. Résumé des principales études qui a étudié les causes du faible taux d'utilisation aux mutuelles

Auteurs	Chee <i>et al.</i>, 2002	Waelkens et Criel, 2002
Système Mutualiste étudié	CHF de Hanang District, Tanzanie	Maliando, Guinée
Objectifs de l'étude	Evaluation des aspects d'organisation et de gestion	Détecter les causes de faible adhésion
Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> - Interviews semi-structurées avec prestataires et gestionnaires : - Interviews après la consultation : 5 patients dans 6 établissements - Discussions de groupes focalisées : 4 groupes de membres, 5 de non membres 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussions de groupes focalisées : 16 groupes, 185 participants
Taux d'adhésion	2,8 %	8%
Principales causes de non-adhésion	<ul style="list-style-type: none"> - Le manque de capacité financière - Devoir payer la cotisation en une fois - Ce n'est pas avantageux pour les petites familles - Peu de personnes indiquent la qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - La qualité médiocre des soins - La capacité financière limitée : pour les familles nombreuses ; pour les familles pauvres

Source : BM

Adresse URL : <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Waelkens-LesMutuelles-whole.pdf> p57-58

On peut alors se demander pourquoi un tel « délaissement » existe. Selon la BM plusieurs paramètres peuvent l'expliquer : le manque d'information est un frein au développement des mutuelles. En effet, la qualité et la quantité des campagnes de sensibilisation, les relations entre les promoteurs et la population cible sont critiquables.

Elle souligne aussi un problème de confiance envers le système d'assurances et les prestataires, notamment sur l'intégrité des gestionnaires de soins ainsi que la relation entre les membres et les prestataires de soins et la qualité perçue.

Cependant, encore d'autres facteurs semblent jouer tels que : le degré de participation communautaire dans la prise de décision ; la volonté de solidarité entre les membres du groupe

cible ; la taille du ménage ; la perception et l'acceptation du système par les populations cibles. Bruno Meesen se pencha aussi sur la question et tira quelques conclusions qui pourraient aussi expliquer la faiblesse d'adhésion. En effet voici, selon lui, quelques exemples qui expliqueraient la faiblesse de leur développement :

- Le coût d'opportunité pour bénéficier d'une couverture est parfois inacceptable.
- Il peut y avoir des obstacles structurels à franchir : la population étant dispersée, le problème « géographique » de paiement des cotisations apparaît, la saisonnalité du revenu fait que si la cotisation tombe au mauvais moment de l'année la personne ne pourra pas la payer.
- Le statut économique souvent proche de la survie fait primer la satisfaction du besoin immédiat.
- Si les CSP sont perçus comme étant inefficaces, les ménages ne seront pas intéressés de cotiser pour un service qu'ils n'utiliseront pas.
- La perception culturelle de la maladie qui peut être perçue comme étant le résultat d'une force divine que l'on ne peut pas combattre mais que l'on subit.
- La confiance envers le système public est bien souvent mis à mal « *quand les gouvernants sont cupides et népotiques, quand la justice s'achète ou la corruption prévaut* [70].

Conclusion concernant les mécanismes assurantiels :

Selon le Rapport mondial de la santé de 2003, les ménages supportent la plus grande part du financement global de la santé (soit 60 à 80 % du financement total de la santé). Afin de réduire le paiement direct des soins, l'assurance maladie est au centre des réformes du financement de la santé dans les pays à faible revenu. Par exemple dans les pays africains, son développement s'est fait en trois étapes : à partir de l'assurance maladie pour le seul secteur formel, puis la micro assurance de santé a ciblé le secteur informel et enfin les États ont mis en chantier une politique de couverture universelle. L'impact de l'assurance maladie est encore difficile à apprécier. On observe un meilleur accès aux soins des bénéficiaires, mais pas une amélioration générale du financement du secteur, ni un changement des comportements des prestataires, en particulier dans les établissements publics. En dépit de ses faiblesses, son développement paraît inévitable, mais il doit trouver sa place dans des systèmes de financement et d'organisation [71].

Il apparaît donc clairement qu'une évolution est en cours dans les pays africains, qui cherchent à instaurer et/ou à développer des mécanismes de mutualisation et d'assurances

sociales, mais les Etats ne semblent pas avoir su trouver, à ce jour, des solutions concrètes d'inclusions des plus pauvres au sein des mutuelles [72].

3. Bilan de l'Initiative de Bamako

Maintenant que nous connaissons ses principes, sa mise en place et son financement, nous pouvons dresser un bilan de l'IB.

3.1. Quelques indicateurs d'efficacité :

L'efficacité est la relation qui existe entre un processus et le résultat obtenu. Nous allons voir, à travers plusieurs exemples, si l'IB a obtenu les résultats qu'elle espérait.

3.1.1. Les Consultations Prénatales (CPN)

La population a bien assimilé l'importance des CPN. En effet, en Guinée, le taux d'utilisation des CPN était de 3% en 1988, alors qu'il a atteint à 51% en 1993. Au Bénin, ce même taux est passé de 5 % en 1988 à 43 % en 1993 [73]. De même pour le Bangladesh, qui s'était fixé pour objectif de réduire de $\frac{3}{4}$ son taux de mortalité maternelle à la naissance. Pour cela le pays a misé sur la mise en place de CPN : entre 1991 et 2004, le taux de CPN est passé de 24% à 60%.

Concernant le Bangladesh, il s'agit, certes d'un énorme progrès, mais en y regardant de plus près, il est possible de constater de nombreuses disparités. En effet, même si l'on note une augmentation relativement plus importante dans les zones rurales que dans les zones urbaines, le taux de consultation reste beaucoup plus faible (18%) parmi les femmes rurales (les plus pauvres, et sans éducation formelle) par rapport aux femmes des villes (99%) : les plus riches et ayant eu accès à l'enseignement secondaire ou supérieur. Même si beaucoup de femmes au Bangladesh restent attachées aux valeurs traditionnelles et préfèrent l'aide d'accoucheuses traditionnelles, avec lesquelles elles ont plus de liens sociaux, le problème majeur reste l'accès aux soins. En effet, la qualité des transports en commun empêche la plupart des femmes d'accéder aux centres de consultations prénatales et peu de personnels qualifiés travaillent dans les centres proches de chez elles. Les obstacles à l'accès aux soins de santé sont bien connus, et une plus grande attention est maintenant nécessaire sur la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en faveur des pauvres, en particulier dans les zones rurales, car tant que les femmes « pauvres » n'auront

pas le même accès aux soins que les femmes riches, le Bangladesh ne pourra pas atteindre son objectif [74].

D'autre part, force est de constater que ces résultats sont d'autant plus marquants lorsque le pays a choisi de mettre en place l'exemption des frais médicaux. C'est le cas du Niger, où en 2006, MDM a décidé d'introduire l'exemption des CPN. Une moyenne de 1,07 CPN par grossesse était observée avant ce projet d'exonération; cette moyenne est passée à 2,18 deux ans après la mise en place de cette exonération. Le même phénomène a été observé à Haïti, où l'exemption a été introduite dans le dispensaire de Lopineau (département de la Grande Anse) en 2005 par MDM.

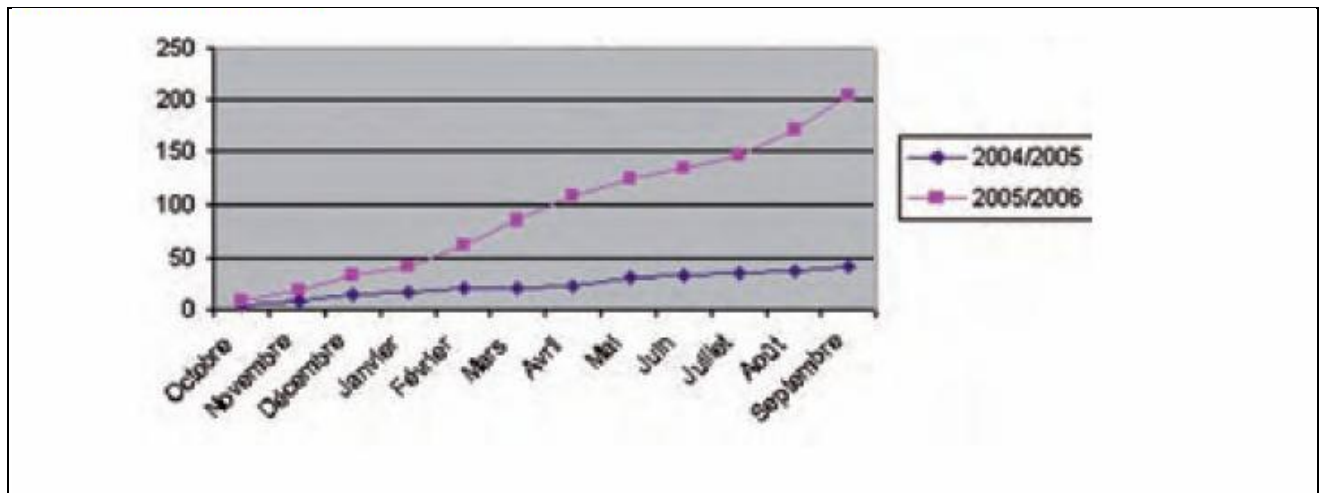


Figure 7. Evolution du nombre de CPN avant et après la mise en place de l'exonération à Haïti

Source : MDM

Adresse URL : http://www.medecinsdumonde.org/fr/content/.../gratuite_des_soins.pdf - France

Le nombre de CPN est passé de 57 (septembre 2005) à environ 200 (septembre 2006).

3.1.2. Programme Elargi de Vaccination (PEV)

La vaccination est une composante importante du paquet minimum de soins organisé dans le cadre de l'IB. En Mauritanie l'introduction du recouvrement des coûts dans le cadre de l'IB a été accompagnée d'une augmentation des activités de vaccinations de près de 30%. Bien que le lien de causalité ne soit pas formel, il semble que cet accroissement soit dû au fait que les activités préventives soient restées gratuites, que la fréquentation des CS ait augmenté et enfin que le « rendement » des activités préventives ait été utilisé comme un des critères pour l'allocation des primes au personnel de santé [75]. Où en somme-nous actuellement ? Selon les dernières estimations de l'OMS et de l'UNICEF de 2006, les tendances mondiales de la couverture vaccinale demeurent positives. La vaccination permet actuellement d'éviter, toutes

classes d'âge confondues, 2,5 millions de décès par an liés à la diphtérie, au tétanos, à la coqueluche et à la rougeole.

3.1.3. Taux d'utilisation des services curatifs

Le taux d'utilisation des services curatifs est l'un des indicateurs d'efficacité le plus utilisé pour illustrer l'efficacité de l'IB. En effet, l'accès aux CSP est souvent un élément déterminant de l'état de santé des populations. A l'aide du graphique de la figure 7 ci-après, on peut aisément constater qu'il existe un lien étroit entre le taux d'utilisations des services et le taux de mortalités infantiles.

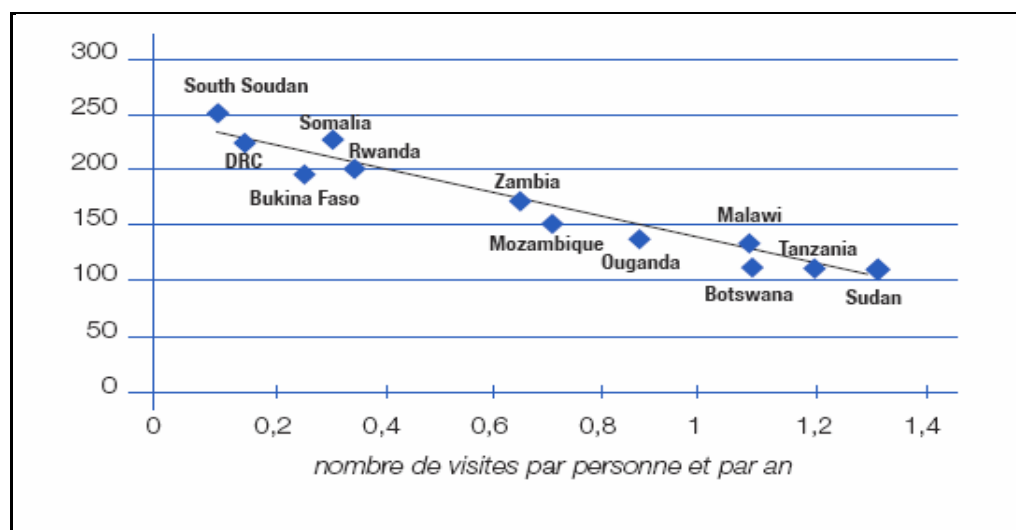


Figure 8. Corrélation entre le taux d'utilisations des services et le taux de mortalités infantiles dans plusieurs pays d'Afrique en 2007

Source : MDM

Adresse URL : http://www.medecinsdumonde.org/fr/content/.../gratuite_des_soins.pdf - France

Si l'on se base sur les études effectuées dans les années 90, l'évolution du taux d'utilisations des services semblait assez mitigée : prometteur pour certains, décourageant pour d'autres. Au Bénin, le taux de consultation/habitant/an est passé de 0,09 à 0,24 entre 1988 et 1993, tandis qu'en Guinée il a évolué de 0,05 à 0,34 durant la même période [70]. De la même manière, il avait été observé dans la province de Tuléar à Madagascar, que la mise en œuvre des préceptes de l'IB a favorisé l'élévation du taux d'utilisation de 0,17 en 1997 à 0,33 nouvelle consultation/habitant/an en 1999 [76].

Cependant, d'autres études menées parallèlement, mettent en avant une chute des taux de fréquentation des structures de santé ; au Kenya par exemple, la mise en place de mesures de tarification aux usagers en 1989 a entraîné, en moyenne, une diminution des consultations de 45 % dans les hôpitaux de district et de 33 % dans les centres de santé [77]. De

même que l'étude menée au Burkina Faso au district de Kongoussi a mis en évidence une baisse de 15 % de la fréquentation des centres suite à l'introduction de la tarification aux usagers [78]. Au Malawi, par ailleurs, la faible utilisation des services de santé pour les accouchements est flagrante : en 2004 la proportion d'accouchement à domicile était 4 fois plus importante chez les pauvres que chez les riches [79].

3.1.4. Le taux de recouvrement des services

Concernant l'efficacité financière et notamment le taux de recouvrement des coûts, l'étude réalisée par l'économiste Agnès Soucat et ses collègues nous permet de savoir qu'en 1993 au Bénin, le ratio moyen de recouvrement de la totalité des coûts (y compris salaires et coûts financés par les donateurs) était de 60%. Autrement dit, le financement de la communauté couvrait 60% des coûts totaux de fonctionnement des centres de santé [80]. Pourtant, selon la plupart des études réalisées sur ce point, il apparaît que le paiement direct par les usagers permet de couvrir à peine 5 à 10 % des dépenses totales nécessaires au fonctionnement du service public de santé. En 2004, l'Agence Britannique de Développement Internationale a relevé que sur 19 pays africains étudiés, le paiement direct avait permis de couvrir, en moyenne seulement, 6.9 % des coûts récurrents des systèmes sanitaires [81].

3.2. Indicateurs d'équité :

D'après une enquête [82], réalisée au Malawi, l'équité en termes de santé, implique une équité dans la prestation de services sanitaires, qui implique elle-même une équité dans le financement de la santé.

On rappelle que l'on parle d'équité lorsque les inégalités sont minimisées entre 2 individus de classes sociales différentes. Ces inégalités en matière de santé font références à des disparités liées à la position sociale, mesurée par des caractéristiques telles que le revenu et/ou richesse, la profession, l'éducation, de l'emplacement géographique, le sexe et la race et/ou l'origine ethnique. Ces disparités sont inéquitables et injustes.

L'équité dans la prestation de services prend deux formes: l'équité horizontale et l'équité verticale. Alors que l'équité horizontale implique l'égalité de traitement pour l'égalité de besoin, l'équité verticale implique que ceux qui en ont le plus besoin reçoivent plus de traitement. En résumé lorsque l'on veut mesurer l'équité en matière de santé et des soins de santé, trois étapes sont importantes:

1. Classifier les personnes en fonction de leur statut socio-économique.
2. Mesurer l'état de santé / soins de santé.
3. Quantifier le degré d'inégalité.

3.2.1. Les indigents

Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'exonération des indigents paraît nécessaire pour augmenter l'accès aux soins. Or, des études ont prouvé que malheureusement l'IB n'exemptait pas toujours les personnes les plus démunies. On constate ainsi, que selon V. Ridde, « *le problème de l'indigence n'est pas une priorité et que la philosophie de l'IB n'est pas correctement comprise, ni intégrée dans district de Kongoussi* » (Burkina Faso) [83].

Par ailleurs, il est estimé qu'en Afrique, que sur le montant total des subventions que les gouvernements consacrent aux dépenses publiques de santé, seulement 10 % reviennent au quintile le plus pauvre, contre 30 % pour le quintile le plus riche. De mêmes dispositions discriminatoires se retrouvent notamment en Europe de l'Est et en Asie, même si les proportions y sont beaucoup plus raisonnables [84].

Qu'en est t-il des mesures de l'IB concernant la prise en charge des personnes exclues ?

Une étude menée en 1994, portant sur les capacités de redistribution des frais aux indigents à travers les MEG, montre que personne ne sait réellement si cette redistribution est effective [85].

Selon deux études réalisées au Bénin (de 1994 à 1996 et de 1997 à 2000) : 52 % des démunis déclarent ne pas bénéficier d'aide pour la prise en charge de leurs frais médicaux et 27 % des personnes interrogées déclarent que leurs frais de santé sont financés par leur famille ou leurs amis [86].

D'autres problèmes sont soulevés par Félix Masiye lors d'une étude menée en 2000 en Zambie, sur l'efficacité des Health Care Cost Scheme (HCCS). Ces derniers, mis en place en 1995, avaient pour objectif principal d'exempter les populations pauvres et vulnérables du paiement des frais de santé et de les inscrire sur une liste; son objectif sous-jacent étant donc d'élargir la couverture sociale à un maximum d'indigents. Son but final se voulait d'être un exemple pour améliorer la politique d'exemption en Zambie.

Cinq ans après la création des HCCS, F. Masiye constate que seulement 41% des indigents sont exemptés, contre 19% des « non-pauvres » : la politique de couverture sociale

n'est donc pas satisfaisante et une partie non négligeable de la population cible n'est pas prise en charge. L'étude révèle que la moitié des personnes identifiées comme étant pauvre ne figure pas sur la liste d'exemption et que 1/5 des « non-pauvres » possèdent la carte permettant l'exemption des frais au détriment des pauvres. Par ailleurs, cette étude révèle aussi que le manque d'information est un frein à l'exemption : aucune campagne explicative n'étant proposée, la majorité des pauvres ne connaissent pas leurs droits à l'exemption [87].

Cette étude prouve aussi que l'exemption (même si les critères de prise en charge sont bien définis) n'est pas facile à mettre en place et que pour y parvenir il faudrait que les « non-pauvres » adhèrent à la philosophie de solidarité et acceptent l'idée de ne pas bénéficier du programme [75].

En 2003 le bilan est posé : le problème de l'indigence n'est pas réglé et il doit être replacé au centre des discussions. Les Etats doivent définir de réels objectifs et inciter les districts à en faire une préoccupation quotidienne. Douze ans après le lancement de l'IB, V. Ridde, résuma les implications politiques, nécessaires à une meilleure équité (voir la figure 9 ci-après) [83].

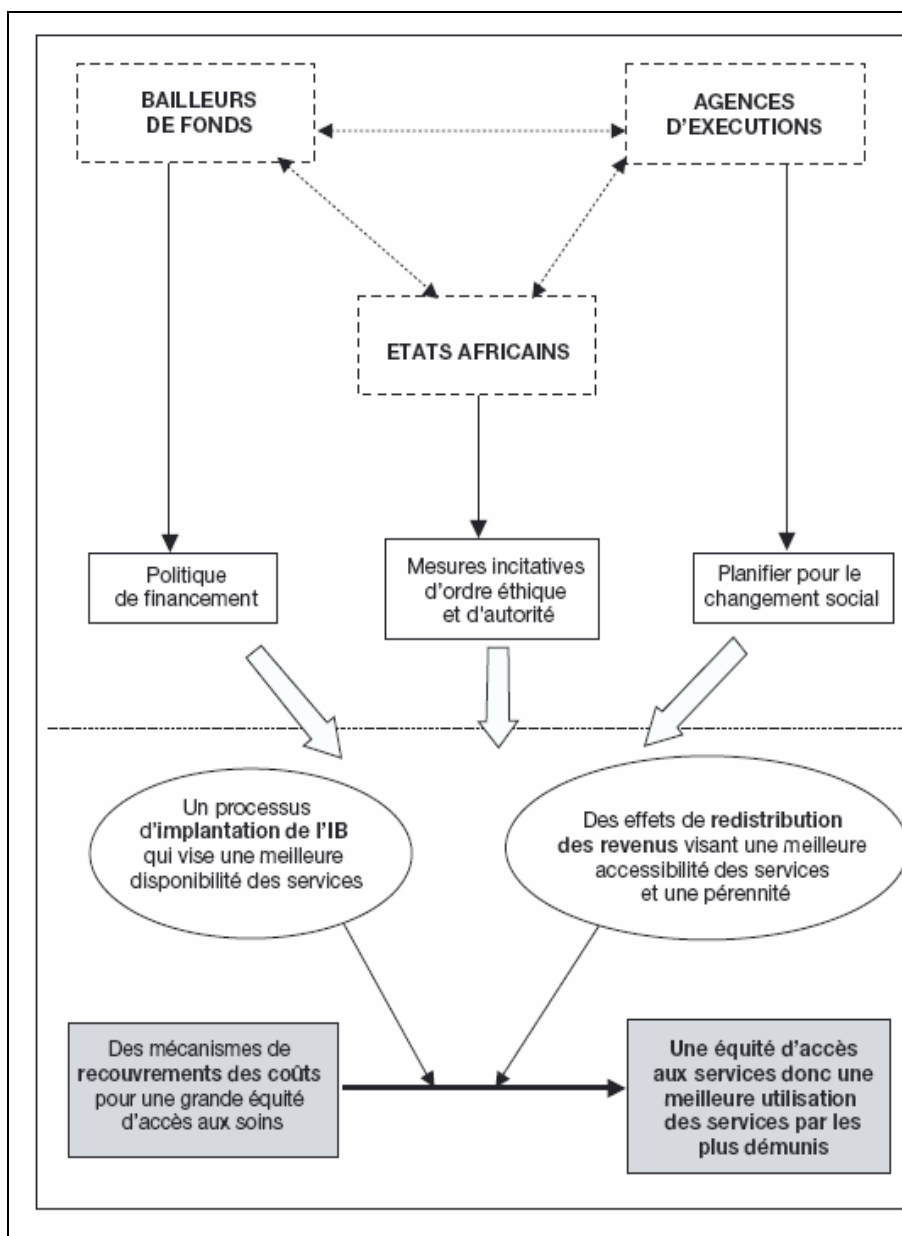


Figure 9 : Les implications politiques pour une plus grande équité d'accès aux soins

Source : RIDDE V. et GIRARD J.-E., Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains, Santé publique 2004, volume 15 n°1, p. 37-51

3.2.2. Qualité des services

La qualité des soins perçue par les usagers regroupe deux paramètres : la disponibilité des médicaments à moindre coût et la qualité de l'accueil. La composante disponibilité des MEG sera abordée dans la partie intitulée : « accès aux MEG dans les pays d'Afrique subsaharienne ». Nous allons étudier ici la qualité des services, dont l'importance a été démontrée dans plusieurs études.

En prenant pour référence une étude menée en Guinée en 2007, on peut constater, que dans ce pays, les hôpitaux sont rares ou tout du moins se situent à des dizaines de kilomètres (Km) des lieux d'habitations des populations. De plus, les populations rechignent à l'idée de

payer pour accéder à des services de soins de moins bonne qualité. Les usagers, qu'ils soient urbains ou ruraux, dénoncent à près de 50 % la mauvaise qualité des prestations des hôpitaux et centres de santé. Ceci expliquerait le fait, qu'en dépit de leur maladie, certaines personnes (56 % des urbains et 44 % des ruraux interrogés) choisissent de se soigner autrement. Ces comportements réduisent donc les fréquentations des hôpitaux et autres unités de soins et, intensifient les pratiques de santé « informelles (traditionnelles, automédication, etc.) et risquées ». Ainsi, les populations, aux pouvoirs économiques et financiers précaires, n'ont pas accès aux soins de qualité. Les mécanismes de protection sociale institutionnalisée restent très restrictifs en Guinée [88].

Aussi, d'autres enquêtes anthropologiques ont mis à jour plusieurs problèmes liés aux comportements des soignants, notamment concernant l'accueil, les violences verbales ou physiques ou tout simplement l'absence d'écoute des patients [89]. La qualité des services est perçue souvent de manière assez négative, amplifiée par le fait que le patient n'entretient aucune relation avec les professionnels de santé du centre vers lequel on l'a dirigé, ce qui est bien souvent le cas pour les indigents.

L'exemple de l'étude de Kenneth Leonard, réalisée sur 4000 patients ruraux en Tanzanie, montre aussi que les usagers sont prêts à délaissier les structures publiques au profit des structures privées qui offrent des garanties de qualité (écoute, diagnostic et soin) [90].

On peut donc en déduire que le véritable facteur d'exclusion réside dans une double cause : la relation soignant-soigné et le niveau de qualité perçu de l'offre de soins. En d'autres termes, le citoyen a bien compris que l'État providence était mort et qu'il lui fallait payer pour sa santé ; s'il accepte de payer, l'utilisateur veut un vrai service en contrepartie [91].

3.2.3. Utilisation des services

L'OMS déclare qu'il existe désormais une ample documentation mettant en évidence des inégalités considérables et souvent croissantes à l'intérieur des pays. En d'autres termes, ceux qui ont le plus de moyens (dont les besoins en soins de santé sont souvent inférieurs) consomment le plus de soins, alors que ceux qui ont le moins de moyens et les plus grands problèmes de santé, en consomment le moins. Les dépenses publiques, consacrées aux services

de santé, profitent donc davantage aux riches qu'aux pauvres, que ce soit dans les pays à revenu élevé ou dans ceux dont le revenu est faible [92].

Au Malawi, diarrhée, IRA, rougeole, paludisme et malnutrition représentent au moins 70% des maladies de l'enfant. Ce sont les enfants les plus pauvres qui en sont principalement atteints. Une étude effectuée entre 1994 et 2004 montre, par exemple, que le principe d'équité verticale n'a pas été respecté : 60% des enfants atteints d'IRA sont issus de familles pauvres alors que 70% des traitements contre l'IRA sont administrés à des enfants issus de familles riches. Dans ce pays, les principales causes directes de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans sont les maladies infectieuses qui se produisent parce qu'elles ne sont ni empêchées (par exemple, maladies évitables par la vaccination), ni traitées avec succès (par exemple, IRA, les maladies diarrhéiques). On remarque ainsi qu'en 2004 la couverture vaccinale a diminué de 17% (par rapport à 1994) chez les enfants issus de familles pauvres [82].

3.2.4. Prix des médicaments.

Comme l'explique V. Ridde [93], les prix des médicaments peuvent parfois être élevés et réduire les capacités des populations à accéder aux traitements nécessaires.

Par exemple à Madagascar, le taux d'ordonnances servies par rapport à celles effectivement prescrites est de l'ordre de 75%. Autrement dit, 25% des patients ne sont pas en mesure de payer leurs traitements. Nous verrons dans le chapitre, intitulé accès aux MEG, la différence des prix entre les princeps et le générique et pourquoi il est important de ce concentrer aussi sur l'accès aux MEG dans les pharmacies et de façon régulière.

4. Controverses autour de l'IB et bilan.

Dans le contexte des années 80, le recouvrement des coûts pouvait être présenté comme un moyen de compenser la baisse volontaire des financements publics, alloués à la santé, dans le cadre des PAS. La décentralisation entraîne une tendance au transfert de charge de l'Etat vers les collectivités locales plutôt que dans la recherche de l'effort concentré [94].

En effet, comme nous l'avons déjà vu, un élan de scepticisme s'était élevé dès la mise en place du recouvrement de coût. Avant la mise en place de l'IB, on savait déjà, que les individus payaient leurs soins de « *façon clandestine* » au sein des structures publiques réputées gratuites, que les expériences menées à petites échelles sur quelques pays ne permettaient pas une vision du projet à grande échelle, que les financiers extérieurs voulaient se désengager dans cette période de crise mondiale.

Au terme de dix ans d'application de l'IB, on savait aussi que la tarification, qui implique une solvabilité des individus (solvabilité trop complexe à identifier) pénalisait l'équité [63].

Il est établi que le recouvrement de coût qui devait permettre d'exonérer les plus démunis grâce à la solidarité, n'a jamais pu se mettre en place. Il représente un obstacle financier majeur à l'utilisation des services, allant jusqu'à entraîner l'endettement insurmontable de certains ménages. Il ne permet pas non plus une indépendance financière du système de soins qui était pourtant un de ses principaux objectifs et encore moins le financement de nouveau programme comme il devait le faire au long terme.

La politique de recouvrement des coûts n'a ainsi jamais pu répondre de manière satisfaisante aux préoccupations d'équité, comptant pourtant parmi les grands principes directeurs de l'IB [40].

C'est pourquoi depuis 2004, ceux-là même qui en prônaient tout le mérite, ont mis des distances concernant le recouvrement de coût. Forcés de constater les erreurs commises lors des PAS et de celles des paiements par l'utilisateur, les bailleurs reviennent sur leurs positions.

L'institution de Brettons Woods est venue confirmer ce changement dans le cadre de sa nouvelle stratégie « santé, nutrition et population », adoptée en avril 2007. Le paragraphe 105 de cette stratégie mentionne explicitement l'intention de la BM d'apporter son appui aux pays bénéficiaires désireux d'instaurer l'accès gratuit aux soins dans les centres publics de santé [95]. De plus en 2008, les huit pays les plus donateurs ont confirmé leur soutien aux initiatives nationales pour la gratuité aux soins.

Il apparaît alors clairement que le seul moyen d'assurer l'égalité aux soins reste la gratuité ou l'assurance sociale. Les efforts doivent se poursuivre, car il faut réussir à instaurer une couverture sociale afin de diminuer les coûts des services.

Mais l'OMS insiste aussi sur le fait, qu'à l'heure actuelle, les systèmes de santé se développent dans des directions qui ne contribuent guère à l'équité, car ils sont trop liés à la marchandisation de la santé et que le système est axé sur des résultats à court termes [96]. Le tableau V, ci-après, fait le point sur ce qu'il faudrait changer afin d'améliorer les SSP.

Tableau V : Les préoccupations actuelles des réformes des SSP

TENTATIVES INITIALES DE MISE EN OEUVRE DES SSP	PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES DES RÉFORMES DES SSP
Assurer aux ruraux de condition modeste un accès élargi à un ensemble d'interventions sanitaires et de médicaments essentiels	Transformation et réglementation des systèmes de santé existants, afin d'assurer l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale
Accent mis sur la santé de la mère et de l'enfant	Prise en charge de la santé de chacun au sein de la collectivité
Polarisation sur un petit nombre de maladies choisies, surtout infectieuses et aiguës	Réponse d'ensemble aux attentes et aux besoins de la population, couvrant toute la gamme des risques et des maladies
Amélioration de l'hygiène, de l'eau, de l'assainissement et de l'éducation sanitaire au niveau du village	Promotion de modes de vie plus sains et atténuation des effets sanitaires des risques sociaux et environnementaux
Technologie simple destinée à des agents de santé communautaire non professionnels volontaires	Equipes d'agents de santé facilitant l'accès à la technologie et aux médicaments ainsi que leur utilisation appropriée
Participation sous forme de mobilisation des ressources locales et gestion des centres de santé par des comités sanitaires locaux	Participation institutionnalisée de la société civile au dialogue politique et aux mécanismes de responsabilisation
Services financés et dispensés par les gouvernements avec une gestion verticale centralisée	Systèmes de santé pluralistes opérant dans un contexte mondialisé
Gestion de la pénurie croissante et de la diminution des effectifs	Orientation de la croissance des ressources pour la santé vers la couverture universelle
Aide et assistance technique bilatérales	Solidarité mondiale et apprentissage en commun
Soins de santé primaires par opposition à l'hôpital	Soins de santé primaires pour coordonner une action globale à tous les niveaux
Les SSP sont peu coûteux et n'exigent qu'un investissement modeste	Les SSP ne sont pas bon marché : ils exigent un investissement considérable mais ils sont plus rentables que les autres options

Source : OMS

Adresse URL: http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf

Il ne faut pas perdre de vue que l'IB devait être une amélioration de la Déclaration d'Alma-Ata, mais trente ans après : où en sommes-nous ?

Il semble nécessaire d'apprendre des trois dernières décennies passées, et d'en tirer des leçons. L'OMS dresse un bilan [96] assez alarmant, qui met l'accent sur 5 points :

- Les dépenses publiques consacrées à la santé profitent plus « aux riches, qu'aux pauvres » : ceux qui ont peu de moyens, et des problèmes de santé importants, sont moins consommateurs de soin.
- Plus de 100 millions de personnes tombent chaque année dans la pauvreté car elles doivent payer leurs soins de santé.
- Les soins de santé destinés aux populations pauvres sont souvent fragmentés et sous financés alors même que l'aide au développement accroît cette fragmentation.

- La prévention et la promotion de la santé sont trop souvent négligées des budgets de santé alors qu'ils pourraient baisser de 70% la morbidité.
- Un système mal conçu et incapable d'assurer les normes de sécurité et d'hygiène, provoque des taux élevés d'infection nosocomiale et d'erreur médicales.

Le vieux débat sur les programmes verticaux est clos. Les problèmes plus récents des affections chroniques et du challenge du VIH/SIDA dans un contexte de vieillissement de la population, corrélée à la persistance d'anciens challenges tel que la santé maternelle et celle des nouveau-nés rend nécessaire la ré-exploitation de la déclaration d'Alma-Ata.

La nécessité de se concentrer sur l'équité est soulignée : la justice sociale doit donc faire partie intégrante des programmes de santé.

Malgré cela, il ne faut pas oublier que de grands progrès ont été réalisés. Pour ne citer qu'un exemple, il y a 30 ans, le risque de décès pour un enfant de moins de 5 ans était de 145/1000 ; aujourd'hui, il est de 72/1000. Ce même risque pour une fille de moins de 5 ans était de 7,3 % ; aujourd'hui, il est de 2,9% [30].

En 2008, une étude a été réalisée dans 30 pays à revenu faibles, sélectionnés parce qu'ils avaient les « meilleurs progrès concernant les de taux de mortalité » chez les enfants de moins de 5 ans. Plusieurs indicateurs étaient pris en compte : couverture immunitaire contre le tétanos, le taux de contraception, le nombre de sages-femmes qualifiées, le taux d'alphabétisation, l'accès à l'eau potable, les dépenses du gouvernement en matière de santé et d'éducation* et les revenus brut/an [97].

Cette étude révèle que certains de ces pays ont accompli des progrès considérables en matière de santé chez les enfants de moins de 5 ans. La Thaïlande en est le chef de file avec une diminution de la mortalité infantile de 8,5 %, parce ce qu'elle avait fait de la santé maternelle, néonatale, et infantile, une de ses priorités avant même la Déclaration d'Alma Ata. Ce succès serait possible grâce aux politiques de gouvernement du pays, aux bonnes intendants des SSP, aux campagnes de prévention, aux formations du personnel soignant et à la bonne stabilité du pays.

* En tant qu'indicateur d'engagement en faveur de la protection sociale

Selon une autre étude réalisée par Walley et ses associés, cinq objectifs sont nécessaires à la « *revitalisation* » d'Alma Ata [98] :

1. Parvenir à faire de la santé et l'équité des priorités et maintenir cette priorité
2. Implanter des programmes horizontaux
3. Faciliter la participation de la communauté et son autonomie
4. Relier la santé et le développement
5. Investir dans l'innovation pour les médicaments et les technologies, et dans la mise en œuvre de recherche.

1. Le concept de médicaments essentiels et de liste de médicaments essentiels (LME)

1.1. Le concept de médicaments essentiels (ME) [99] [100] [101]

Les médicaments essentiels se définissent comme « *ceux qui répondent aux besoins prioritaires en matière de soins de santé. Leur efficacité et leur innocuité sont amplement avérées et ils sont d'un bon rapport qualité prix. Ils doivent être disponibles à tout moment, en quantité suffisante, sous la forme galénique appropriée, et fournis avec les informations indispensables pour le prescripteur et le patient. Leur qualité doit être garantie et leur prix doit être accessible pour les individus et la communauté* » [102]. (Définition OMS 1975)

C'est dans un contexte de grande difficulté des PED à s'approvisionner en médicaments de coût abordables et de qualité, que l'Assemblée mondiale de la santé prend la résolution de mettre en place les ME. En effet, à cette époque il était difficile d'obtenir des informations de source indépendante sur les médicaments, leurs prix et la formation à la prescription n'était pas systématique. Le concept de ME est apparu en 1975 et au même moment, les Politiques Pharmaceutiques Nationales (PPN) voyaient le jour. En réalité la sélection des ME est l'un des principes des PPN. En 1977, la première liste de ME est publiée par l'OMS, en 1978, les ME sont reconnus comme étant des éléments fondamentaux des SSP lors de la conférence d'Alma Ata et en 1988 l'OMS publie un guide pour aider les pays à mettre en place leur propre PPN et ainsi leur propre liste de ME.

Dans les pays à faibles revenus il est apparu que, face aux difficultés financières, il fallait prioriser les soins et notamment les médicaments, afin que ceux-ci soient accessibles au plus grand nombre. Le principe des ME réside ainsi dans un nombre limité de médicaments sélectionnés permettant de répondre aux besoins prioritaires d'une population donnée. Autrement dit, les médicaments considérés comme essentiels dans un pays ne le seront pas forcément dans d'autres ; ils seront fonction des maladies mais aussi des facteurs génétiques, démographiques et environnementaux.

Le concept de ME est un concept applicable à tous les pays et dans tous les secteurs de soins de santé.

1.2. Liste modèle OMS ou LME (source OMS) [98] [99] [103]

L'OMS a défini un Comité d'experts de la sélection et de l'utilisation des ME qui a identifié les critères permettant de choisir ces médicaments. Ces critères sont basés sur des résultats cliniques démontrés, c'est-à-dire sur l'existence de données sûres et suffisantes en matière d'efficacité, d'innocuité et de stabilité. De plus, ne seront sélectionnés que les ME, ayant un seul principe actif (PA) (sauf si le cas contraire est explicitement démontré) et ayant le meilleur rapport coût/efficacité.

Dans sa première version de 1977, la LME contenait déjà 208 médicaments. La version, mise à jour en mars 2007, contient 340 médicaments destinés à traiter les affections prioritaires au niveau mondial (dont le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose (TB), les problèmes de santé génésique* et les maladies chroniques comme le cancer et le diabète). Les ARV y figurent depuis 2002. Le Comité d'experts recommande aux pays de d'utiliser ces critères pour dresser leur propre liste, appelée Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME). À l'heure actuelle, 156 États Membres de l'OMS possèdent leurs LNME officielles, parmi eux, certains possèdent également des LME à des niveaux régionaux ou provinciaux. La sélection des médicaments de la LNME est fonction de directives cliniques.

On entend par directives cliniques, les directives sur lesquelles il y a eu un accord concernant les diagnostics et les traitements à mettre en place sur les pathologies prioritaires dans un pays donné. Les directives et la LNME sont réexaminées et actualisées régulièrement pour suivre les besoins et les résistances qui se créent.

* La santé génésique est un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement une absence de maladie ou d'infirmités dans tout ce qui concerne le système de la reproduction, ses fonctions et ses processus. La santé génésique implique que l'acte sexuel ne comporte pas de danger et apporte de la satisfaction, que la capacité de procréer est intacte et que le choix de procréer s'exerce en toute liberté (sous-entend droit des hommes et des femmes d'être informés et d'avoir accès à des méthodes de planification familiale sans risque, efficaces, acceptables et peu coûteuses et sous-entend également le droit d'accès aux services de santé appropriés). (Source : <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001386/138607f.pdf>)

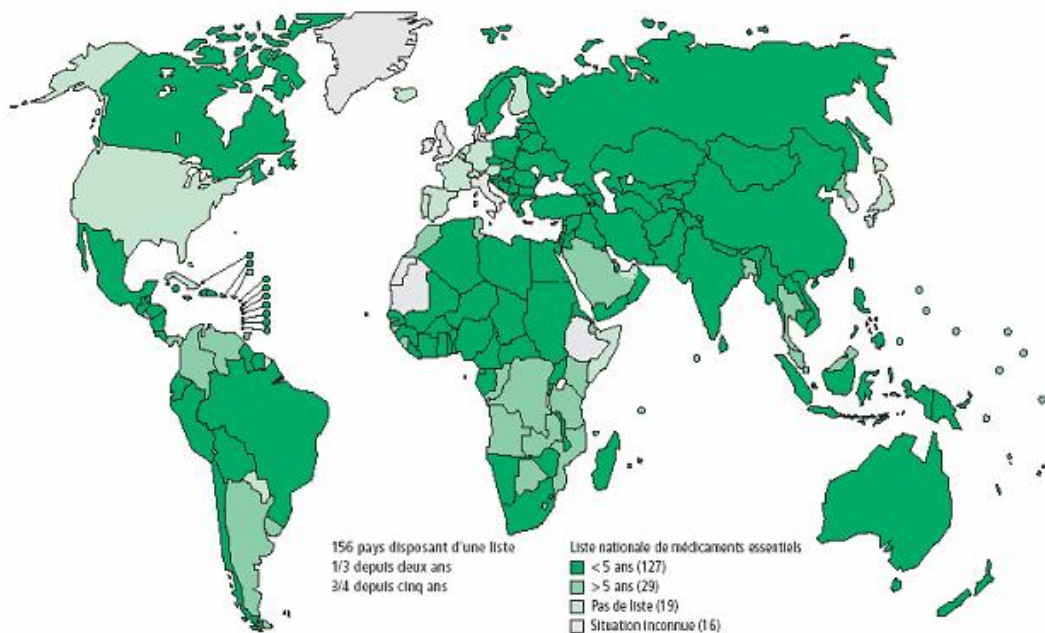


Figure 1 : Pays disposant d'une liste de médicaments essentiels

Source: OMS, World Drug Situation Survey, 1999

Adresse URL : www.remed.org/concept_medicamentsessentiels_OM.pdf

1.3. Objectif et avantage de la LME [102] [103] [104]

La liste modèle des ME, produite par l'OMS est adaptable à tous les pays; elle les aide à établir leurs propres LNME en fonction de leur ressources humaines et financières et en fonction de l'avis de spécialistes, tels que les dispensateurs de SSP. La LNME permet ainsi une prescription plus rationnelle.

La sélection des ME permet d'identifier les priorités du gouvernement en matière de PPN. Ainsi, la formation des agents de santé (les personnes les plus qualifiées doivent se charger d'instruire celles qui ont une formation moins poussée) et l'information pharmaceutique peuvent être mieux ciblées. Les prescripteurs peuvent alors acquérir une grande expérience d'un plus petit nombre de médicaments et donc mettre en place plus rapidement un traitement efficace et adapté. La rationalisation des prescriptions permet une amélioration de la qualité des soins tout en abaissant les dépenses pharmaceutiques [103]. Ce système de sélection permet aussi l'amélioration de la qualité des médicaments, car le contrôle sur un nombre de médicaments restreints, est plus facile. La sélection identifie les priorités pour l'engagement des gouvernements dans l'approvisionnement du secteur public en médicaments [102]. Ainsi, une liste restreinte de médicaments aide à déterminer ceux qui sont à distribuer

en priorité au secteur public. Le fait de réduire au maximum le nombre de produits à stocker, à distribuer et à surveiller permet de faire des économies d'échelle.

Une gamme restreinte, mais en plus grande quantité de chaque médicament, permet théoriquement une négociation de prix plus avantageux auprès des fournisseurs [102]. Au niveau du financement et de l'approvisionnement, les gouvernements peuvent déterminer les dépenses les plus judicieuses. Ils peuvent aussi identifier les priorités concernant l'approvisionnement en particulier dans le secteur public et de sélectionner les médicaments remboursables dans le cadre de l'assurance maladie. Ce petit nombre de médicaments permet en outre, l'amélioration du système de surveillance de la disponibilité et des prix. Cette liste permet aussi de faciliter d'éventuels dons de médicaments et d'aides internationales (les donateurs peuvent connaître les besoins du pays en matière de médicaments).

L'OMS constate que généralement, lorsque les traitements, considérés comme de premier choix par l'ensemble des prescripteurs, sont réunis sur une liste restreinte de ME, la qualité des soins s'améliore. Les traitements irrationnels* sont évités et l'éducation du public est améliorée. Des sources informatisées d'information sur les médicaments, facilement accessibles, sont maintenant disponibles dans de nombreux endroits, selon l'OMS, et peuvent constituer la base de systèmes fiables d'information sur les médicaments. Le dispensateur de soins de santé et le dispensateur des médicaments doivent informer les consommateurs, au moment de la délivrance du médicament, quant à l'usage de ces produits.

Ainsi, la sélection soigneuse d'une gamme limitée de médicaments essentiels améliore la qualité des soins, la gestion des médicaments (et aussi la qualité des médicaments prescrits), et le rapport coût/efficacité de l'utilisation des ressources sanitaires. De nombreuses études ont montré l'impact des directives cliniques et des LME sur la disponibilité et le bon usage des médicaments dans les systèmes de soins de santé [103].

2. Circuit du médicament dans les pays d'Afrique subsaharienne

Le circuit du médicament va du fabricant au patient et comporte les étapes suivantes : l'acquisition (c'est-à-dire achat au fabricant), la distribution (c'est-à-dire l'acheminement dans le système pharmaceutique), la délivrance au patient et enfin l'utilisation des médicaments.

* Un usage rationnel des médicaments signifie que les patients reçoivent des médicaments répondant à leurs besoins cliniques, à des doses correspondant à leur situation individuelle, pour une période adéquate et au meilleur prix pour eux et pour leur communauté [99]

2.1. Acquisition des médicaments

Les quatre objectifs stratégiques d'achat de produits pharmaceutiques sont les suivants [105] :

1. Acquérir les médicaments présentant le meilleur rapport de coût/efficacité en quantités voulues.
2. Choisir des fournisseurs fiables de produits de haute qualité et veiller à ce que les livraisons soient effectuées en temps voulu.
3. Définir des stratégies d'approvisionnement.
4. Assurer le coût total le plus faible possible.

L'acquisition correspond à l'achat au fabricant, de ME sélectionnés ; dans certains pays l'acquisition inclut aussi le don de médicaments. Les achats peuvent être faits par des grossistes, des centrales d'achats, ou des unités de distribution ; ils peuvent être centralisés ou non. L'avantage de la centralisation d'achat, c'est-à-dire de l'acquisition de ME par un nombre limité d'acheteurs, qui les redistribuent ensuite, est que les coûts des transactions sont indépendants des quantités. Il devient donc intéressant d'acheter plus pour que les gains, liés à la transaction d'achat, soient répartis sur les produits. Pourtant, il faut noter que la centralisation ne conduit pas forcément à un monopole, même si celui-ci permettrait d'engendrer de grandes économies. Si les coûts liés à la taille, et donc à la gestion de la structure, sont trop importants, il peut être préférable d'avoir, non plus un monopole, mais des organisations concurrentielles. Ainsi, le monopole n'est pas une obligation d'autant plus qu'il peut conduire à des abus. Nous verrons un exemple de centralisation des achats à travers la CAME (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels) au Bénin dans la partie intitulée « Accès aux ARV au Bénin ». Il faut cependant préciser que la CAME fait partie de l'ACAME (Association des Centrales d'Achats des Médicaments Essentiels regroupant 19 membres) [106]. Cette association a pour objectif principal d'assurer un approvisionnement régulier de ME de qualité à prix accessibles à toute la population [107]. Elle a pour second objectif d'établir un guide de présélection des fournisseurs et des ME et, pour troisième objectif de favoriser les formations et l'échange entre fournisseurs.

Les objectifs des acheteurs sont d'acquérir la quantité nécessaire de médicaments à moindre coût et de qualité.

Pour quantifier les besoins d'un ME, il existe deux méthodes : la première consiste à se baser sur la consommation passée et de réajuster les quantités en fonction des besoins actuels.

La seconde est fondée sur les besoins réels (morbidity) et les schémas thérapeutiques, c'est-à-dire sur la fréquence de la pathologie par rapport aux normes ou protocoles établis. Il est évident que la seconde démarche n'est possible que lorsqu'un service de santé est mis en place [108].

Le choix des fournisseurs consistera à présélectionner des fournisseurs fiables, proposant des produits de qualité. Ces fournisseurs seront soumis à des tests d'assurance qualité.

De nombreuses stratégies d'achat sont théoriquement possibles, nous ne retiendrons, ici, que trois schémas simplifiés : la confiance aveugle, la défiance systématique et la coopération [108].

- La confiance aveugle ou achat direct : (stratégie choisie par les centrales internationales, comme celle de l'UNICEF) consiste à la procédure d'achat sur catalogue, et sur pro forma. L'acquéreur fait confiance à un producteur, soit parce que le producteur a le monopole du produit, soit parce qu'il ne peut lui-même, contrôler la qualité et/ou le niveau des prix, soit parce que les tests antérieurs ont donné satisfaction, ou encore parce que le producteur a une bonne réputation.

L'avantage de cette stratégie est sa souplesse, sa rapidité et des coûts de transaction très faibles. L'inconvénient majeur est que certains fournisseurs peuvent abuser de cette situation où l'acheteur est passif, par rapport au marché qu'il ne cherche pas à connaître pour mieux l'utiliser.

- La défiance systématique utilisée lors des appels d'offre : l'acquéreur ne fait aucune confiance aux producteurs et ne restreint son choix à aucun fournisseur potentiel. Chaque achat est fait strictement en fonction de la meilleure offre du moment en termes de prix et de qualité.

La stratégie de défiance systématique comporte un inconvénient majeur : les coûts de transaction sont très élevés. En effet, ils proviennent de la recherche permanente du fournisseur au meilleur prix, de la vérification constante et approfondie de la qualité des médicaments, entraînant un coût financier car cela nécessite du matériel et des structures adaptés. En effet, à cause du changement continu de fournisseurs choisis seulement en fonction du prix, il y a un risque très important d'acquérir des médicaments non conformes aux normes de qualité mais dont le prix est plus faible.

Les limites de la stratégie de défiance systématique amènent souvent à rendre plus avantageuse une stratégie de coopération, et c'est ce qui se passe souvent lors des appels

d'offres. L'acquéreur accorde une confiance limitée aux producteurs et vérifie qu'ils n'en abusent pas. Cette confiance suppose une certaine stabilité dans les relations entre acheteurs et vendeurs : la liste des fournisseurs admis est donc restreinte à ceux favorablement connus. S'il y a un abus du fournisseur, la sanction financière pour le producteur doit être plus forte que le gain qu'il a réalisé grâce à l'abus. (Voir Annexe 1 de la partie II).

La recherche des fournisseurs dépend aussi des prix proposés. La méthode « ABC » est un outil d'aide à la prise de décision lors de l'achat ; elle permet de classer les médicaments et de les prioriser. La catégorie A comprend un petit nombre de médicaments qui représentent une grande part du budget consacré aux médicaments. On cherche donc à acquérir au moindre coût et en priorité ceux de la catégorie A. La catégorie C comprend un grand nombre de médicaments qui représentent une petite part de la valeur totale des médicaments achetés. Quant à la catégorie B, elle est la catégorie intermédiaire. Cependant il ne faudra pas perdre de vue que les avantages financiers doivent être pérennisés dans le temps.

En réalité, le coût de l'approvisionnement ne sera pas seulement le prix annoncé par le fournisseur. En effet, de nombreux autres coûts de transactions s'ajoutent, tels que les coûts de livraison, de délais de paiement, de péremption, d'assurance et ceux liés au conditionnement [108].

2.2. Distribution

La distribution consiste à acheminer les médicaments depuis les organismes d'acquisition jusqu'aux consommateurs. On appellera « pharmacie » l'unité économique qui assure la distribution et la dispensation des médicaments, qu'elle soit intégrée aux services de santé (pharmacie d'hôpital ou de CS) ou dans une collectivité (dépôts pharmaceutiques), qu'elle soit tenue par un pharmacien diplômé ou par d'autres personnels. Les objectifs de la distribution sont de permettre aux malades, qui en ont besoin, d'avoir accès aux médicaments. Cet accès est d'une part géographique, physique mais aussi économique [108].

L'accès aux CS est une barrière à l'accès aux soins, mais cette barrière une fois franchie, il restera encore celle de l'accès aux traitements. Il faut savoir qu'à ce jour les populations vivant dans les PED sont parfois obligées de faire plusieurs Km pour accéder à ces traitements, que la rupture de stock est chose fréquente et que le prix des médicaments compte pour 20 à 60 % des dépenses de santé [109]. Cela a pour conséquence que la moitié de la population mondiale ne dispose pas d'un accès régulier aux médicaments dont elle a besoin [108].

2.2.1. Distribution de l'acquéreur aux pharmacies

La livraison entre la centrale d'achat et les pharmacies sera fonction de la distance, de la configuration géographique du pays, des infrastructures et des moyens de transport existants et parallèles à cette livraison, c'est le coût des médicaments à l'arrivée qui en dépendra.

Différents types de livraison sont possibles : la livraison en circuit (un même véhicule approvisionne plusieurs destinataires); la livraison en linéaire (un même véhicule approvisionne un seul destinataire); et la livraison en étoile : les colis sont expédiés aux différents destinataires par des transporteurs. Le transport de la livraison peut être fait, soit par la centrale d'approvisionnement, soit par la pharmacie. Le service de santé destinataire peut aussi l'organiser. Enfin la livraison peut être faite par un transporteur indépendant. Ces différentes méthodes peuvent être évidemment combinées.

La fréquence de cette distribution est variable en fonction des besoins, des possibilités et des produits à livrer. Elle peut se faire une fois par an (livraison par kit), de façon bimensuelle (par lots variables), trimestrielle ou mensuelle (livraison en fonction des commandes) ou en continue (hebdomadaire ou quotidienne). La distribution doit s'adapter à des situations variées, comme par exemple les situations d'urgence où l'on utilisera la distribution par kit ou la distribution continue pour les pharmacies hospitalières [108].

2.2.2. Secteur privé ou secteur public dans la distribution pharmaceutique

Afin de définir ces rôles, il faut comprendre le mécanisme des secteurs privés et publics dans le domaine pharmaceutique global. Soit le gouvernement s'efforce d'accroître (ou de diminuer) la part du secteur privé et pour cela, a recours à une série de stratégies dites de «*privatisation*», soit il adopte des «*mécanismes de marché*» dans ses propres activités, tout en conservant un système de financement et de prestations publiques.

Les stratégies de privatisation sont le transfert de propriété du public au privé (c'est-à-dire la cession ou la vente d'avoirs spécifiques tels que les organismes d'assurance-maladie, les entrepôts de médicaments...), la sous-traitance des services tels que, le stockage, le transport ou les services informatiques à des organisations privées à but lucratif ou non lucratif et la création de conditions propices au développement du secteur privé (exemple : la révision de la réglementation).

Les mécanismes de marché sont des politiques conçues pour profiter de l'efficacité propre au secteur privé, tout en maintenant le contrôle de l'Etat. Elles consistent notamment à introduire des techniques de gestion privées dans les services publics (par exemple en indexant

les salaires sur les résultats) ou à créer des marchés internes dans les services publics (les prestataires doivent assurer des services de meilleure qualité et plus efficaces pour attirer la clientèle). Ainsi la répartition de ces secteurs sera définie dans la Politique Nationale de Santé des pays.

Tous les secteurs, qu'ils soient publics, privés à but lucratif ou non, peuvent collaborer et assurer les différents domaines pharmaceutiques tels que :

- La mise au point des médicaments par des instituts nationaux de recherche ou fondations privées non lucratives, ou bien encore par des firmes pharmaceutiques.
- L'homologation ou la réglementation pharmaceutique (nationale, association de consommateur ou par des services contractuels).
- La production par l'Etat ou par des usines locales.
- L'importation et la distribution par des centrales d'approvisionnement et de distribution nationales ou par des ONG.

Il en va de même pour l'information pharmaceutique qui peut être donnée par des organismes nationaux tels que les universités ou par des organismes privés : par des industries ou les médias. Pour ce qui est de la prescription et du conseil la règle « public/privé » s'impose toujours [110].

Le dernier domaine pharmaceutique est mis en relief car il concerne la délivrance au détail, domaine dont nous serons amenés à reparler par la suite.

Tableau I : Rôle des secteurs publics et privés dans la distribution pharmaceutique [110]

	Secteur public	Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif
Distribution en gros	-Centrales d'approvisionnement -Grossistes d'Etat -Distribution générale	-ONG / Missions	-Grossistes privés de grande échelle -Grossistes privés informels*
Délivrance au détail	-Pharmacie hospitalière Structures publiques -Formations sanitaires publiques	ONG	-Pharmacies -Cliniciens - Autres points de vente ex formations sanitaires privées

Source : OMS 1997 Série « Economie de la santé et du médicament ». Rôle du secteur public et privé dans le domaine pharmaceutique N°5 1997 /REMEDI, bien dispenser les médicaments, une contribution essentielle au bon usage des médicaments. Inventaire dans les pays africains.

* Le secteur informel est l'ensemble des activités économiques qui se réalisent en marge de législation pénale, sociale et fiscale ou qui échappent à la Comptabilité Nationale.

Ce chapitre nous a ainsi permis de définir ce qu'était le secteur pharmaceutique, et lorsque nous en reparlerons par la suite nous pourrions nous y référer.

Toutefois, il nous semble nécessaire d'apporter des précisions pour comprendre notre travail concernant les pays d'Afrique. La dispensation est relativement simple à appréhender lorsque la délivrance des médicaments est assurée par des officines privées, ou par des pharmacies hospitalières. Celles-ci sont placées sous la direction de pharmaciens inscrits par obligation à un Ordre professionnel, soumises à l'inspection régulière d'un organisme d'État. Mais des difficultés surviennent dans les pays où le secteur pharmaceutique est relativement récent, comme c'est le cas des pays africains, où les médicaments peuvent être délivrés légalement en l'absence de pharmacien, dans des structures publiques comme dans des structures privées. La législation et la réglementation de la dispensation devraient alors être d'autant plus précises ; l'existence d'un système d'inspection efficace est alors d'autant plus nécessaire [111].

2.2.3. Distribution des médicaments aux patients

2.2.3.1. Accessibilité géographique

L'accessibilité géographique correspond à la distance que doivent parcourir les patients pour se rendre à la pharmacie ou par le temps qu'il leur faut pour y parvenir. Cette accessibilité est fonction du nombre et de la localisation des pharmacies. En milieu rural, l'indicateur peut être la proportion de la population résidant à moins de cinq Km d'une pharmacie, mais cela est souvent difficile à mesurer [108]. Le maillage pharmaceutique, en plus de sa grande inégalité entre zone rurale et zone urbaine, est pauvre dans les PED.

Afin d'évaluer cette faiblesse d'accessibilité géographique nous pouvons comparer l'importance du secteur pharmaceutique en France et dans quelques pays d'Afrique francophone. En France il y avait, en 2006, 1 pharmacien pour 844 habitants ; comparativement on constatait, la même année, un ratio d'un pharmacien pour 48 780 habitants au Bénin, un pharmacien pour 22 222 habitants au Gabon et un pharmacien pour 83 333 habitants à Madagascar.

Tableau II : Maillage pharmaceutique de la France et de quelques pays d'Afrique subsaharienne

	Population sur le territoire	Nombre de pharmaciens par million d'habitants	Nombre d'officines dans le pays	Nombre de dépôts pharmaceutiques *
France	60 496 000	1 185,97	23 344	0
Bénin	8 439 000	20,5	146	260
Gabon	1 384 000	45,52	67	161
Mali	13 518 000	25,96	300	412
Niger	13 957 000	1,43	101	95
Togo	5 212 000	34,15	142	56
Sénégal	11 658 000	77,88	671	864
Madagascar	18 760 000	12,8	200	900
Côte d'Ivoire	18 154 000	55.91	657	520

Source : A partir de la Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones (publiées 2004-2006)

Adresse URL : www.ciopf.org

*structures de dispensation sous la responsabilité d'une officine ou du ministère de la santé mais sans la présence effective et constante d'un pharmacien.

2.2.3.2. Accessibilité physique

L'accessibilité physique correspond à l'absence de rupture de stock, c'est-à-dire à la disponibilité de médicaments normalement présents dans une pharmacie (donc autorisés pour la distribution dans cette pharmacie). Dans de nombreux PED, les problèmes de rupture de stock compromettent la continuité des soins et la crédibilité des services de santé. Prenons l'exemple de la disponibilité (en valeurs moyennes) de deux groupes de médicaments dans les CS au Rwanda :

Tableau III : Disponibilité (en valeurs moyennes) de deux groupes de médicaments dans les centres de santé au Rwanda.

Indicateur	Secteur privé n = 20	Secteur public	
		A n = 20	B* n = 20
Nombre de médicaments en stock	81	35	48
Nombre moyen de jours de rupture de stock sur un mois			
Pénicilline	0	8,7	5,0
Antipaludiques	0	4,0	3,8

Source: Habiya mbere (15)

* Les centres du secteur public B participent à un programme d'approvisionnement en médicaments auquel ne participent pas les deux autres secteurs

Source : Habiya mbere V, Wertheimer A. Il faut que les médicaments essentiels soient accessibles à tous. Forum mondial de la Santé, 1993, 14 : 154–158.

Selon cette étude, le secteur privé est plus efficace concernant le réapprovisionnement en ME que le secteur public. Il serait intéressant de savoir pourquoi le secteur public éprouve une telle difficulté. En effet, les ruptures de stock y semblent fréquentes. Le risque est que la population considère le secteur publique inefficace et qu'elle le délaisse. En effet, lorsqu'un patient a effectué plusieurs Km et qu'au final, il ne peut se procurer les traitements dont il a besoin, la confiance envers le système de santé n'en est que diminuée. Il risque alors de se tourner vers le secteur privé, où les médicaments sont plus disponibles.

Une autre étude réalisée dans une province d'Afrique du Sud montre qu'un nombre relativement important de médicaments sont souvent en rupture de stock. Entre mars et juin 1998, sur les 132 ME, la proportion de médicaments épuisés était passée de 23 à 35 %. Lors de cette étude, il a été estimé que les systèmes d'approvisionnement et de gestion des stocks sont inefficaces si plus de 15 % des articles sont en rupture de stock permanente. D'après ce barème, l'accès physique est médiocre dans cette Province [112].

Ce problème reste d'actualité, par exemple, au Malawi en 2009, des pénuries inquiétantes dans les approvisionnements en ARV sont constatés dans plusieurs structures de santé. Les conséquences sont alors catastrophiques pour les patients atteints du VIH/SIDA [113].

2.2.3.3. Accessibilité qualitative

Les médicaments proposés aux patients doivent être fiables sur le plan de l'efficacité et de l'innocuité. Mais avec la libre circulation des marchandises, l'essor de médicaments

contrefaits a vu le jour. Un médicament contrefait est un médicament qui a été délibérément et frauduleusement étiqueté de façon erronée quant à son identité et/ou sa source. Le terme «contrefaçon» peut s'appliquer à des médicaments princeps comme à des génériques. Des médicaments contrefaits peuvent être composés de produits contenant le bon PA, un mauvais PA, des produits ne contenant aucun PA ou des produits dans un conditionnement contrefait. Selon BARBEREAU S. de ReMed [114], dans les PED, « *l'insuffisance de la réglementation pharmaceutique et souvent aussi la corruption a ouvert les portes à ce marché préjudiciable et coûteux pour la santé publique* » Mais ce ne sont pas seulement les médicaments issus de la contrefaçon qui sont responsables d'une mauvaise qualité. En effet, la qualité des médicaments peut aussi être affectée par la malfaçon, c'est-à-dire, dû à des mauvais procédés de fabrication et notamment lorsque ceux-ci ne sont pas réglementés.

Entre 1995 et 1997 une étude visait à montrer la mauvaise qualité des médicaments en Afrique. En effet, sur 429 médicaments analysés, 77 étaient non conformes. Une enquête réalisée en 2001 en Asie du Sud-Est, a montré que 38 % des médicaments contre le paludisme vendus en pharmacie ne contenaient aucun PA. La Food and Drug Administration (FDA) des Etats-Unis estime que les contrefaçons représentent plus de 10% du marché mondial des médicaments et que ce phénomène touche aussi bien les pays industrialisés que les PED [114].

Pour faire face à cette problématique l'OMS a mis en place, dès 1975, un système de certificat de la qualité des produits pharmaceutiques exportés. Cela permettait aux pays importateurs de récolter, auprès des laboratoires exportateurs, des informations concernant l'autorisation d'ouverture de l'établissement fabricant, l'existence ou non d'inspections régulières des Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF) par les autorités de tutelle, et l'existence d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du produit. A défaut d'AMM, le fabricant devait expliquer les raisons de cette absence (conditionnement non adapté, pas de morbidité dans le pays d'origine, fabrication pour l'exportation...). Cependant ce certificat, uniquement fondé sur le volontariat et le sérieux des autorités sanitaires de contrôle, était parfois discrédité par des problèmes de corruption. Les références intrinsèques démontrant la sécurité et l'efficacité des médicaments étaient absentes. Le contrôle qualité restait à faire, et cela nécessitait alors, pour les pays importateurs, de posséder des laboratoires de contrôle qualité, ce qui n'était pas souvent le cas [115] [116]. En effet à titre d'exemple, seulement neufs des dix

neufs pays de la Zone franc et associés* possédaient des Laboratoires Nationaux de Contrôle de la qualité (LNCQ) [117] en 2004, bien que l'assurance qualité soit un élément des PPN** promue par l'OMS. De plus même lorsque ces laboratoires existent, le manque de ressource limite leur efficacité et leur niveau d'activité.

L'OMS a ainsi lancé en 2001, en partenariat avec l'ONUSIDA, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la Population avec le soutien de la Banque mondiale, un programme de pré qualification de ME. Ce programme a pour objectif de résoudre les problèmes de qualité habituellement rencontrés. Il évalue attentivement les dossiers de produits pharmaceutiques, inspecte les sites de fabrication et les organismes de recherche sous contrat et pré qualification, les LNCQ et œuvre en faveur de la mise à disposition de médicaments de qualité garantie [118]. En 2006, parallèlement l'OMS promut la mise en place d'une structure de lutte contre les contrefaçons : IMPACT (International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce) qui devrait aboutir à un renforcement de la lutte internationale contre les contrefaçons de médicaments.

Pour lutter efficacement contre les marchés illicites, les contrefaçons et les malfaçons, il est nécessaire de rendre les médicaments de qualité, économiquement et géographiquement accessibles à la plus grande partie de la population, sinon cette dernière aura tendance à avoir recours au marché parallèle qui offre des prix plus attractifs [119].

2.2.3.4. Accessibilité économique des patients

L'accessibilité économique d'un médicament dépend de son prix, de l'existence ou non d'une prise en charge sociale et du salaire moyen du ménage. Les patients des PED paient le plus souvent eux-mêmes leurs médicaments, faute de systèmes d'assurance maladie. Ainsi même avec de faibles revenus, la partie à payer reste la plupart du temps importante. Dans les PED, la barrière économique est ainsi l'un des principaux facteurs limitant l'accès aux ME.

* Liste des pays africains de la zone Franc et pays associés : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Centrafrique, Comores, Congo, Congo Démocratique, Cote d'Ivoire, Gabon, Guinée, Guinée Equatoriale, Madagascar, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo

** Les PPN sont un engagement à atteindre un objectif ainsi qu'un fil conducteur de l'action. Elles énoncent et priorisent les objectifs à moyen et long terme fixés par l'Etat pour le secteur pharmaceutique et énumèrent les principales stratégies afin de les atteindre

Le tableau IV, ci-dessous, illustre les disparités entre différents pays concernant la proportion de la population ayant accès aux médicaments à un prix abordable. Par exemple, au Bénin comme au Togo, 50 à 79% de la population a accès à des médicaments abordables, alors qu'au Malawi et au Kenya, moins d'un patient sur deux y a accès [120].

Tableau IV : Disparités d'accès à des médicaments abordables

	Dépenses de santé			Population ayant accès à tout moment et à un coût abordable aux ME % 1999
	Publiques en % du PIB 2001	Privées en % du PIB 2001	Par habitant En PPA 2001	
France	7,3	2,3	2 567	95-100
Bénin	2,1	2,4	39	50-79
Togo	1,4	1,5	45	50-79
Congo	1,4	0,8	22	50-79
Malawi	2,7	5,1	39	0-49
Madagascar	1,3	0,7	20	50-79
Kenya	1,7	6,2	114	0-49

Source : D'après le Rapport Mondial sur le développement humain 2004

Adresse URL : <http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rmdh2004/>

Afin de mieux comprendre la difficulté d'accès économique des populations nous nous appuyons sur deux études. L'évaluation de cette accessibilité sera fondée sur la comparaison entre le coût du traitement (d'une affection aiguë ou le coût mensuel d'une affection chronique) par rapport au salaire mensuel des patients. La première étude réalisée au Sénégal, [121] illustre l'effort financier important, auquel les ménages doivent faire face pour acquérir un mois de traitement; la seconde étude réalisée au Mali, [122] mettra l'accent sur cette difficulté ainsi que sur la disparité de coût des médicaments entre le secteur public et privé.

Au Sénégal, l'enquête porte sur l'évaluation de la disponibilité des ME dans les officines (dix ME à Dakar et dix ME à l'intérieur du pays). Si l'on compare la valeur moyenne d'une ordonnance aux revenus monétaires moyens estimés en 1992 : une ordonnance de 4532 FCFA à Dakar représente 6,8% du revenu monétaire mensuel moyen d'un ménage à l'échelle nationale, 13,8% de celui d'un ménage rural et 4% de celui d'un ménage urbain. Ramené per capita, ces ratios sont respectivement de 60%, 124% et de 33,8%. En dehors de Dakar, une ordonnance prescrite de 3418 FCFA représente 5,1% du revenu monétaire mensuel moyen d'un ménage à l'échelle nationale, 10,5% de celui d'un ménage rural et 3% de celui d'un ménage

urbain. Il apparaît lors de cette étude que l'accès économique aux ME pour la majorité de la population rurale n'est pas favorisé. Les principales conséquences du coût élevé des ordonnances sont l'automédication, les achats différés tardifs ou partiels des traitements prescrits, le renoncement pur et simple à l'achat des médicaments, le recours aux plantes médicinales [121].

L'étude effectuée au Mali en 2004 [122] permet de comparer les dépenses relatives aux médicaments d'une même classe thérapeutique par rapport au salaire moyen et en fonction du secteur pharmaceutique d'achat. Dans le secteur public, les prix sont attribués par décret présidentiel contrairement aux points de vente privés où la fixation des prix est libre.

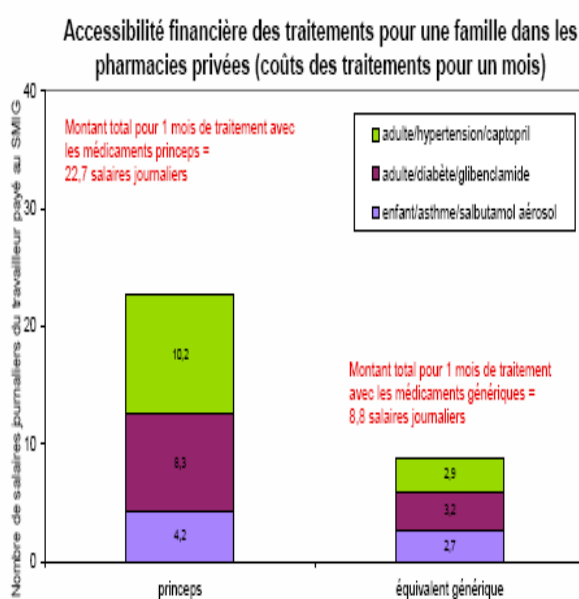


Figure 2 : Accessibilité économique dans les différents secteurs pharmaceutiques

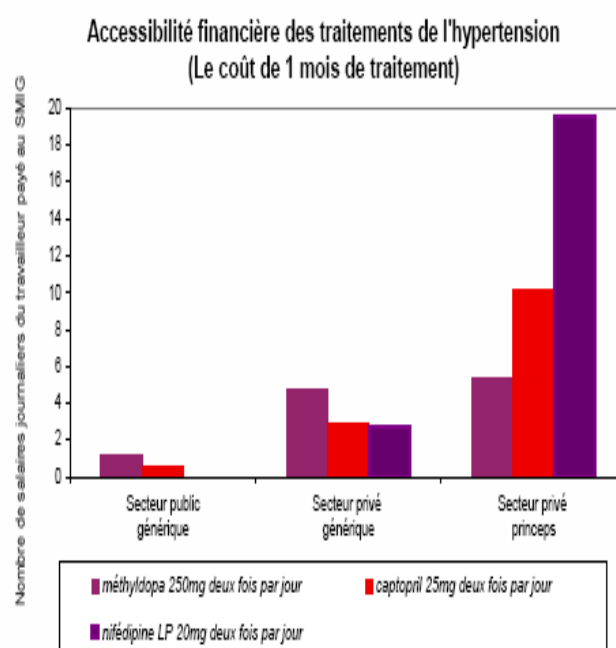


Figure 3 : Accessibilité économique des traitements de l'hypertension en secteur privé

Source : Série Médecine Accés and Rational Use, OMS, 2006
 Etudes des prix des médicaments et interventions proposées pour améliorer durablement l'accès aux médicaments dans 6 pays de l'Afrique subsaharienne

Adresse URL : http://www.who.int/medicines/areas/technical_cooperation/Medpricesall8files.pdf

Le but de cette étude était de montrer le coût particulièrement élevé, relatif à l'achat de trois traitements dans un même ménage. En s'adressant au secteur privé, le patient ayant un revenu au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG), devrait dépenser l'équivalent de

22,7 jours de travail pour acheter les principes des traitements suivants (exprimés en DCI) : un aérosol de salbutamol pour un enfant asthmatique, des comprimés de glibenclamide pour un mois de traitement d'un adulte diabétique et des comprimés de captopril pour un mois de traitement d'un adulte souffrant d'hypertension. L'ensemble des médicaments sous forme génériques lui auraient coûté 8,8 jours de salaire. Les prix payés par les patients pour un générique dans les centres sanitaires publics sont en moyenne 1,83 fois supérieurs aux prix de référence internationale et ceux du secteur privé dépassent cinq fois le prix de référence internationale*. Cependant, bien que les prix soient inférieurs dans le secteur public, aucune des formations sanitaires publiques étudiées lors de cette étude ne possédaient les trois médicaments à la fois, ce qui contraint le patient à s'adresser au secteur privé. Les difficultés d'approvisionnement du secteur public risquent donc d'inciter les patients à le délaissier.

Dans les pays du Sud, les prix des médicaments sont souvent élevés. Une étude effectuée dans trente six pays par *A Cameron et al.* [109] montrent que les prix médians dans les PED sont souvent supérieurs à la référence internationale (sauf Asie et Amérique). Par exemple dans les pays à faibles et moyens revenus de l'Afrique, de l'Europe ou du pacifique de l'Ouest, le prix peut être de 34% à 44% de plus que la référence internationale.

Les prix élevés et une faible prise en charge des patients, font de l'accessibilité économique une barrière qui reste d'actualité, freinant ainsi l'utilisation des médicaments. Mais, rendre financièrement accessible un médicament ne doit en aucun cas générer de risque au niveau de ses caractéristiques de qualité, d'efficacité et de sécurité. Ces trois critères restent la pierre angulaire pour tous les produits de santé, et ils doivent être démontrés et vérifiés [109]. Pour éviter que les patients se tournent vers des produits « bon marché » dont les conséquences peuvent être dramatiques, l'OMS souligne que la solution est d'étendre à la plus grande partie de la population mondiale les MEG de qualité et à bas prix.

Le prix final du médicament pour le patient va dépendre de nombreux paramètres qui sont : le prix d'achat et des autres transactions liées à l'acquisition, le coût lié à la stratégie de distribution adoptée, la marge des grossistes et des détaillants. Ce prix sera aussi fonction des politiques de fixation des prix des acquéreurs, qu'ils soient privés ou publics. Dans les PED, le prix final d'un médicament peut être de deux à cinq fois plus élevé que le prix de revient pour le

* MSH (Management Sciences for Health) publie un Guide Indicateur Internationaux (<http://erc.msh.org>) Ce guide recense les prix des fournisseurs à but non-lucratif proposés aux pays en développement pour les produits génériques de sources multiples et les prix d'appels d'offres obtenus par des centrales d'achats dans les pays en développement. Le nombre de fournisseurs recensés pour chaque produit peut varier. Un prix médian et un prix moyen sont calculés pour chaque produit. Dans ce manuel le prix médian est utilisé en tant que prix de référence international. La section sur les prix d'appel d'offres n'est utilisée que pour des produits qui n'ont pas de prix d'achat.

producteur ou l'importateur. Cela s'explique par les multiples intermédiaires, la taxation, des droits à l'importation, des coûts de distribution élevés ainsi que les marges prélevées par les pharmacies et les vendeurs de médicaments [123].

3. Prix du médicament et influence du commerce international

Parmi les éléments nécessaires pour assurer l'accès aux médicaments, le prix des médicaments brevetés est un facteur déterminant, voire limitant, de cet accès.

3.1. Prix du médicament

Il est possible d'obtenir des prix abordables grâce à différents mécanismes :

La fixation des prix différenciée (ou discrimination des prix), signifie que le même médicament sera vendu à un prix différent en fonction du pouvoir d'achat des populations de chaque pays. Il s'agit donc pour les firmes détentrices des brevets d'accorder des rabais sur les prix en fonction de leur pouvoir d'achats. Ce mécanisme de réduction des prix peut permettre l'accès à des médicaments plus abordables. Elle s'applique surtout dans les conditions de monopole (donc pour les médicaments brevetés) et, elle est soumise à des négociations. Même si elle est appliquée par certains laboratoires (permettant parfois une diminution de prix allant jusqu'à 99% du prix initial), en pratique elle reste limitée car [124] les pays nécessitant le plus la fixation différenciée des prix, représente une infime partie du marché pharmaceutique mondial. La fixation différenciée est surtout valable lors de l'achat en gros par les grands organismes d'approvisionnement des PED, tels que l'UNICEF ou le FMI. Plusieurs fabricants offrent déjà, indépendamment les uns des autres, des produits à des prix fortement réduits et font également des dons de médicaments à certains pays pauvres. En fait, il est aussi possible d'obtenir des prix différenciés, grâce aux offres compétitives et aux négociations bilatérales* ainsi que par la production locale sous Licence Volontaire (LV) ou par le biais des Licences Obligatoires (LO).

La concurrence est un outil remarquable pour négocier les prix ; elle peut être permise par :

* Négociation bilatérales : Il s'agit de négocier les réductions entre société industrielle et pays. Dans ce type de négociation, c'est le fournisseur qui décide des réductions maximales qui peuvent être accordées, en se basant sur des informations confidentielles sur ses gammes de produits, ses marges bénéficiaires et ses coûts. Ces négociations vont donc exiger une habileté et des arguments de poids de la part des négociateurs des PED.

- L'information sur les prix : grâce à elle des réductions de prix de 75 à 95 % ont été obtenues par rapport aux prix de princeps initiaux.
- L'achat en gros (suppose que l'on regroupe les commandes de médicaments, que l'on se concentre sur une liste de médicaments prioritaires et que l'on évite autant que possible les doubles emplois) se traduira par de plus grands volumes d'achats et un ainsi accroissement du pouvoir d'achat.
- Les politiques de médicaments génériques permettent de réduire les prix. Aux Etats-Unis, par exemple, la moyenne des prix de gros tombe à 60 % du prix du princeps lorsqu'un concurrent générique arrive sur le marché, et à 29 % lorsque dix concurrents sont en présence.
- La production locale de médicaments de qualité, lorsqu'elle est économiquement réalisable, et lorsqu'elle est conforme à de BPF, peut entraîner une baisse des prix des médicaments. Un exemple important est le succès remporté par la politique brésilienne dans sa lutte contre le VIH/SIDA. Ce succès a été fortement dépendant de la capacité de l'Etat à fabriquer des produits pharmaceutiques. Le Brésil produit la plupart des ARV requis par le marché local, à des prix considérablement inférieurs à ceux des grands laboratoires. Son importante capacité locale de fabrication de médicaments a accru la capacité de négociation sur les réductions de prix. On constate ainsi qu'une capacité de fabrication de produits pharmaceutiques par l'Etat peut donc jouer un rôle important en ce qui concerne les prix sur le marché international. Si les états agissent en concurrents sur le marché mondial, les prix baisseront dans le monde entier [125].

La réduction ou l'élimination des droits et taxes douanières tant, pour les médicaments génériques que pour les médicaments brevetés, peut contribuer à la baisse des prix. Au Burundi, par exemple, l'exonération des taxes de douanes des ARV et des médicaments utilisés au traitement des infections opportunistes du VIH/SIDA, est effective depuis 1999. Elle a permis de faire chuter leurs prix de près de 40% [126].

Il apparait donc que la réduction des taxes d'importation permettrait la réduction du prix des médicaments*. Des études, réalisées sur les obstacles au commerce des répulsifs antipaludiques, ont montré qu'en Afrique subsaharienne, les droits d'importation sur les moustiquaires et les insecticides ont entraîné une augmentation de leurs prix de l'ordre de 20 à

* A l'importation, les droits et taxes peuvent se répertorier en trois catégories : le droit de douane proprement dit (lié à l'origine des produits), les taxes s'appliquant à toutes les marchandises importées, les taxes touchant certaines catégories de marchandises seulement telles que le tabac et l'alcool. (<http://www.douane.gouv.nc>)

40%. La décision prise par l'Ouganda de supprimer les droits d'importation sur les moustiquaires antipaludiques et celle prise par la Tanzanie d'abaisser les taxes, constituent des efforts importants pour rendre plus abordables ces mesures de prévention.[127]

Les mécanismes de LV, LO et d'importations parallèles permettent aussi une diminution du prix des médicaments. Nous les expliquerons dans la partie consacrée aux règles du commerce international.

3.2. Accords internationaux régissant le commerce du médicament [128]

Après la Seconde Guerre mondiale, fut créé, parallèlement au FMI et à la BM, [129] le GATT (General Agreement on Tariff and Trade, ou Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce), signé en octobre 1947 par 23 pays [130]. L'objectif principal de cet accord était la liberté des échanges par l'abaissement des tarifs douaniers et la réduction des restrictions quantitatives ou qualitatives aux échanges.*

Le système GATT de 1947 restait un système politique et non une véritable organisation internationale : pas d'Etats membres, mais des Etats contractants, pas de personnalité juridique internationale, trop de demandes de dérogations. Au final, chaque Etat adhéra à un « GATT à la carte » en fonction de ses intérêts du moment et s'abstenait parfois, de respecter les principes directeurs du GATT, comme la clause de la « *nation la plus favorisée* »***. En réalité le GATT représentait donc un ensemble d'Etats qui avaient des obligations et des droits différents selon leur degré d'adhésion à l'Accord général. Ces défauts ont été en partie corrigés par les négociations du Cycle d'Uruguay, qui se sont achevées avec la signature en 1994 d'un accord instituant l'OMC.

L'OMC [131] est entrée en fonction le 1er janvier 1995 et comptait 132 membres en octobre 1997. En décidant de devenir membres de l'OMC, les Etats s'engagent aussi à en accepter les règles. Un certain nombre de traités portant sur le commerce des biens et des

* Pour aboutir à des accords, des négociations plurilatérales, au moyen de " rounds" ou cycles, sont organisés. Lors des négociations tous les participants sont volontaires. De 1947 à 1994 il y eut huit cycles, dont le plus important est celui de l'Uruguay.

*** On rappelle que, l'article 1^{er} du GATT de 1947 impose de respecter une obligation générale de traitement de la nation la plus favorisée. Ainsi, «*tous avantages, faveurs, privilèges ou immunités accordés par une partie contractante à un produit originaire ou à destination de tout autre pays seront, immédiatement et sans condition, étendus à tout produit similaire originaire ou à destination du territoire de toutes les autres parties contractante*». En d'autres termes, il est interdit de traiter différemment les produits en fonction de leur pays d'origine ou de destination; afin d'éviter toute discrimination, tout avantage accordé à un pays contractant doit l'être également à tous les autres contractants du GATT. [130]

services sont annexés à l'Accord sur l'OMC et sont dès lors obligatoires pour tous ses membres. Parmi ces accords, dits "multilatéraux", l'Accord sur les ADPIC [132] [128] (Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce) est sans doute celui qui aura les conséquences les plus importantes dans le domaine pharmaceutique, en particulier dans les PED. Les différents points de cet accord influençant l'accès aux médicaments sont :

- la notion de brevet et de brevetabilité (art 27/ art 28-1 et 28-2/ art 33)
- la notion de licence obligatoire (art 31)
- la notion d'épuisement des droits et d'importations parallèles (art 6). Sans cette notion, l'importation d'un produit breveté (ou importation parallèle) sans l'autorisation de son titulaire est illicite.
- les exceptions et l'autorisation de mesures appropriées pour limiter les droits du titulaire du brevet, afin d'éviter les usages abusifs et protéger la santé publique, appelées flexibilités (art 30, art 8-1 et 8-2).

L'Accord sur les ADPIC établit des normes minimales dans le domaine de la propriété intellectuelle que tous les Etats Membres doivent respecter, en modifiant lorsque c'est nécessaire, leurs réglementations nationales pour les rendre conformes aux règles de l'Accord. Il couvre les deux domaines de la propriété intellectuelle : la propriété littéraire et artistique (droits d'auteur et droits voisins) et la propriété industrielle* (marques, brevets, dénominations géographiques, dessins et modèles industriels, savoir-faire non breveté). L'accord sur les ADPIC et la santé publique avait pour objectif la protection des innovations thérapeutiques ainsi que leur promotion mais aussi de lutter contre la contrefaçon, véritable fléau des PED.

La nouveauté principale dans le domaine pharmaceutique, par rapport aux conventions multilatérales préexistantes, consiste dans l'obligation d'accorder une protection par brevet aux inventions et aux procédés de fabrication de produits pharmaceutiques [133]. Auparavant l'absence de norme internationale en matière de protection permettait une différence de réglementation entre les pays. Certains pays octroyaient des brevets sur les procédés et les produits, d'autres protégeaient uniquement les procédés (exemple de l'Inde, Brésil, Argentine) et enfin un certain nombre de pays ne protégeaient leur innovation par aucun brevets [134]. En effet les conventions internationales qui existaient avant l'Accord sur les ADPIC ne précisaient généralement pas les normes minimales concernant les brevets. Avant le lancement des négociations de l'Accord sur les ADPIC, plus de 40 pays n'offraient pas de protection au moyen

* Propriété intellectuelle : droits exclusifs souvent temporaires accordés par l'Etat pour l'exploitation de créations intellectuelles

de brevets pour les produits pharmaceutiques et, à la fin de ces négociations, une vingtaine de Membres de l'OMC n'en offraient toujours pas. Quelques-uns n'offraient pas non plus de protection des procédés dans ce domaine. Dans bon nombre de pays, la durée des brevets était inférieure à 20 ans [127]. L'OMC accorde une période de transition pour que tous les pays membres puissent harmoniser leur législation. A la fin de cette période, si la réglementation nationale sur les brevets n'est pas en accord avec les ADPIC, l'Etat membre en cause pourrait faire l'objet d'un recours auprès de l'OMC. Pour rappel, à la date d'entrée en vigueur de l'accord de l'OMC sur les ADPIC, les PD avaient un an pour mettre leur législation à jour. Pour les PMA (Pays Moins Avancés) la période de transition se termine en 2016. Voici le résumé des dates limites de transition pour l'application de l'Accord ADPIC des

- PD : 1996

- PED qui accordaient déjà des brevets sur les produits pharmaceutiques : 1^{er} janvier 2000.

- PED qui n'accordaient pas de brevet sur les produits pharmaceutiques : 1^{er} janvier 2005.

- PMA : 2016

3.3. Notion sur les brevets, définition du générique et intérêt du médicament générique

Un médicament n'est brevetable que lorsqu'il répond aux critères fondamentaux de brevetabilité : la nouveauté, l'activité inventive et l'applicabilité industrielle (OMC). La notion de nouveauté et d'activité inventive n'étant pas clairement définie par l'Accord sur les ADPIC, cela a entraîné différentes interprétations en fonction des pays, comme par exemple le dépôt de brevets pour de simples améliorations.

Lorsqu'un laboratoire brevète un nouveau médicament, il garde l'exclusivité de sa commercialisation (monopole) jusqu'à l'expiration du brevet et jusqu'à l'expiration de la durée de protection des données de l'AMM. Ensuite il tombe dans le domaine public. Le brevet confère donc à son titulaire une exclusivité commerciale et offre les moyens légaux d'empêcher une tierce personne de fabriquer, d'utiliser ou de vendre l'invention nouvelle durant une période limitée et sous réserve d'un certain nombre d'exceptions. En contrepartie, lorsque le brevet arrive à expiration, le titulaire doit rendre disponible les données de l'innovation.

D'après les Entreprises du Médicaments (LEEM), le brevet permet de protéger les innovations afin de rentabiliser le coût lié au développement des médicaments et de protéger les informations (qui ont nécessité de nombreuses recherches coûteuses) durant une période donnée. Ces arguments sont souvent utilisés par les laboratoires pour justifier le prix élevé des

médicaments. La durée de la protection offerte par le brevet est d'une période de 20 ans à compter de la date de dépôt de la demande de brevet, voire 25 ans dans certains cas.

Le brevet n'est déposé que sur un territoire déterminé : un pays ou une zone géographique. Mais plus la zone est large plus le dépôt de brevet coûte cher. Le prix des médicaments brevetés est donc élevé, d'autant plus que le monopole empêche toute concurrence. Une fois arrivé à échéance, le brevet « tombe » dans le domaine public, il devient alors généricable.

Voici la définition d'un médicament générique :

« Sans préjudice des dispositions des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, est spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent » [135].

Les médicaments génériques *« sont des produits dont l'exploitation ne fait l'objet d'aucun brevet, soit qu'ils soient tombés dans le domaine public, soit qu'aucun brevet n'ait jamais été déposé »* OMS116]. En réalité, sont considérés comme génériques les copies de médicament n'ayant pas fait l'objet de brevet (car avant 1995 la notion de propriété intellectuelle n'existait pas), les copies de médicament dont le brevet est tombé dans le domaine public mais aussi les médicaments produits sous LO.

Avant 1995, chaque pays pouvait définir sa politique en matière de santé et ainsi produire des médicaments génériques. L'ADPIC n'est pas rétroactif ainsi, tous les médicaments découverts avant 1995 ne sont pas soumis à ces règles*. Les médicaments découverts dans les PD à partir de 1995 sont par contre protégés par brevets. Cependant, un certain nombre de pays, tel que l'Inde, ne reconnaissent pas des brevets et continuaient de produire des « copies » de médicaments encore sous brevets.

L'intérêt des médicaments génériques réside en une baisse des prix par rapport à son princeps. Cette diminution est liée d'une part, au fait qu'il soit dispensé d'études pharmaco-

* Le Brésil, où l'accord sur les ADPIC est entré en application en 1996, a décidé que seuls pourront bénéficier d'un brevet sur son territoire, les médicaments commercialisés à partir de 1996. Toujours pour la question de la rétroactivité, un pays n'est pas tenu de protéger un produit tombé dans le domaine public à la date d'application de l'accord dans ce pays.

toxico- cliniques par rapport à la spécialité, ce qui permet de diminuer son coût. D'autre part, la concurrence entre les génériques permet aussi de diminuer le prix. Ces prix plus bas pourraient donc être une solution pour améliorer l'accès aux traitements des populations démunies. En effet, des essais sur le terrain, réalisés par l'OMS et HAI (Health Action International), ont montré que 30 jours de traitement sous Ranitidine coûtaient l'équivalent de 50 jours de salaire au Cameroun et 20 jours au Kenya, tandis que les traitements effectués avec le produit générique équivalaient à 24 et 8 jours respectivement [136].

En 2008, une étude a permis de constater la différence de prix entre le princeps et le médicament générique : dans les pays à faibles revenus le prix du princeps est en moyenne de 300 fois plus élevé que le générique. Cette étude portant sur 36 pays à moyens et bas revenus nous permet aussi de constater les variations de disponibilité des génériques entre les grandes régions du monde : cette disponibilité peut varier de 9,7 % (Yemen) à 79,2% (Mongolie). La disponibilité régionale varie de 29,4% en Afrique à 54.4% en Amérique [109].

L'ADPIC, ayant pour conséquence une hausse incontestable des prix des médicaments et une restriction de la production de génériques, fut vivement contestée.

L'accord de Doha a donc permis de clarifier et de renforcer l'interprétation de certaines dispositions de l'accord ADPIC et ce, afin de donner à tous les PED la sécurité juridique nécessaire pour tirer profit de ses flexibilités.

3.4. Déclaration sur les ADPIC et la santé publique, déclaration de Doha [137]

L'ADPIC, oblige tous les membres de l'OMC à instituer des mécanismes nationaux de protection juridique des brevets. L'apparition d'une contradiction entre la protection conférée par le brevet d'une part, et la nécessité d'assurer aux PED un accès à bas coût aux médicaments d'autre part, a abouti à la Déclaration Ministérielle de Doha sur les droits de propriété intellectuelle liés au commerce (ADPIC) et la santé publique. Ce texte confirme notamment le droit des pays touchés par des crises sanitaires (le VIH/SIDA, le paludisme et la TB en particulier) à invoquer l'urgence pour autoriser la fabrication de médicaments sans l'autorisation du détenteur des brevets.

Cela n'est cependant applicable que par les pays capables de fabriquer eux-mêmes les médicaments et pour leur propre compte. Les autres, c'est-à-dire la grande majorité des pays touchés par la crise sanitaire, n'ont d'autre solution que de se tourner vers des producteurs étrangers. Pour les pays se trouvant dans cette situation, les négociations ont finalement

abouti, le 30 août 2003, à la modification du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha. Elle porte sur les mécanismes de dérogation permettant une flexibilité des accords afin de permettre « *aux pays pauvres d'importer plus facilement des produits génériques moins chers fabriqués dans le cadre de LO, s'ils ne sont pas en mesure de fabriquer eux-mêmes les médicaments* » [138]. Elle modifie les règles concernant les LO. Avec cette déclaration, les PED remplissant un certain nombre de critères seront autorisés à émettre des LO en vue d'importation.

3.5. Règles concernant les brevets dans le domaine pharmaceutique depuis l'accord sur les ADPIC et Flexibilité prévu dans l'accord.

3.5.1. La licence volontaire (LV) [139]

La LV est un contrat par lequel le titulaire d'un brevet concède à un tiers, en tout ou partie, l'exploitation d'un médicament, gratuitement ou à titre onéreux, moyennant le paiement de redevances ou royalties. La LV peut être un moyen de diminuer les coûts de façon importante et de rendre le médicament accessible mais ? Le détenteur du brevet est libre d'accorder ou non une LV et il peut en établir les conditions d'exploitation tel que la distribution et le prix de vente. C'est pourquoi, pour pallier à des abus, l'accord sur les ADPIC, a prévu des exceptions à ce droit : la Licence Obligatoire (LO), les importations parallèles et l'exception « Bolar ».

3.5.2. La Licence obligatoire (LO) [140] [141]

Une LO peut être définie comme une autorisation délivrée par un Etat (via une autorité judiciaire ou administrative) à un tiers, à exploiter (fabrication et/ou importation) un produit breveté ou à utiliser un procédé breveté sans l'accord du détenteur du brevet. La LO est non exclusive (pas de discrimination entre les produits importés et les produits de fabrication locale).

Sa durée peut être limitée ou non : elle pourra être valable aussi longtemps que la persistance des circonstances ayant justifié son octroi. Une rémunération adéquate devra être versée au détenteur du brevet car celui-ci conserve les droits de propriété intellectuelle. D'autre part, une LO ne peut être délivrée que dans certaines conditions :

- Lorsque qu'une demande préalable de LV a été refusée par le détenteur du brevet.
- Uniquement si elle fera l'objet d'une utilisation publique, à des fins non commerciales pour l'intérêt général.

A cela s'ajoute aussi [142] :

- Les situations d'urgence nationale et autres circonstances d'extrême urgence. Ce peut être une situation d'urgence de court terme (fièvre typhoïde) ou une situation durable (VIH/SIDA). Cette situation d'urgence peut être attribuée à une maladie infectieuse ou chronique, à une catastrophe naturelle ou encore à une guerre. Chaque pays est libre d'apprécier sa situation, selon ses critères.
- Les pratiques anticoncurrentielles : quand le détenteur du brevet utilise de façon abusive ses droits.
- La non-disponibilité du produit [143].

Les médicaments fabriqués sous LO sont moins chers que les médicaments brevetés et entrent donc en concurrence avec ces derniers. Ils sont considérés comme des médicaments génériques. De plus, ils sont prioritairement destinés au marché intérieur du pays émetteur de la licence. Cette condition rend le recours à la LO inutile, dans les PED ne possédant pas les infrastructures nécessaires à la production pharmaceutique. Pour répondre aux besoins des pays n'ayant pas la capacité ou ayant une capacité insuffisante pour produire des produits pharmaceutiques, une solution est proposée, dans la décision du conseil général du 30 août 2003 : la LO en vue d'importation. Cette décision permet aux pays ne pouvant pas fabriquer eux-mêmes, d'importer plus facilement des « médicaments génériques » à un meilleur prix, fabriqués dans le cadre de LO.

3.5.3. Importations parallèles [144]

L'importation parallèle est l'importation d'un produit commercialisé par le détenteur du brevet d'un pays vers un autre, sans son accord. Ce type d'importation crée une situation de concurrence des prix, pour les produits brevetés. L'objectif de l'importation parallèle est de permettre l'importation de produits brevetés, commercialisés à un prix inférieur dans un autre pays, et donc d'élargir l'offre car l'accessibilité est améliorée par le biais de l'importation [109]. Le pays importateur devra mentionner que les droits du titulaire du brevet sont « épuisés » à partir du moment où le médicament a été mis sur le marché d'un autre pays par le titulaire du brevet. Un pays ne reconnaissant pas le droit d'épuisement ne pourra pas faire d'importation parallèle.

Les importations parallèles sont rendues possibles par le fait que les firmes multinationales proposent des prix différents, dans plusieurs pays, en fonction des situations locales du marché (exemple : pouvoir d'achat, concurrence). C'est un moyen de maximiser leur

profit global. Les importations parallèles sont alors un moyen efficace de faire baisser le prix d'un médicament quand la concurrence est faible ou inexistante, comme dans les PED, au profit des malades. Cependant leur introduction dans les législations nationales et leur application sont mal perçues par les firmes multinationales qui sentent leur politique menacée. Les importations parallèles subissent donc de nombreux débats quant à leur utilisation [134].

3.5.4. Les « Bolars » ou exploitation précoce [145]

L'exception « Bolar » autorise les fabricants de médicaments génériques à effectuer les tests cliniques pour démontrer la bio-équivalence avec le médicament original avant l'expiration du brevet de ce dernier. Tout cela doit permettre la production des génériques immédiatement après l'expiration du brevet. Cette exception aux droits exclusifs du titulaire de brevet, a été introduite aux Etats-Unis par le Hatch-Waxman Act en 1984 [146] pour tenter d'établir un équilibre entre les intérêts de l'industrie des médicaments génériques et des fabricants de nouveaux médicaments.

Cette loi a pour objectif d'accroître la production de médicaments génériques en facilitant leur entrée sur le marché. De ce fait, en accélérant les procédures d'enregistrement, on accélère l'arrivée de concurrents génériques sur le marché. Cette stimulation de la concurrence fait chuter les prix.

3.6. L'après 2005, l'exemple de l'Inde

En 2005, l'Inde a subi une forte pression pour se mettre en conformité avec les règles de l'OMC qui oblige ses membres à honorer les demandes de brevets formulées par les firmes pharmaceutiques. C'est pourquoi, en 2005, le pays a accepté de revoir sa législation sur les brevets. Toutefois, s'appuyant sur la déclaration de Doha, qui indique que les accords qui lient les membres de l'OMC « peuvent et doivent être interprétés et appliqués de manière à respecter le droit de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous », l'Inde restreint, dans sa législation le champ de la brevetabilité en précisant que des brevets ne seraient acceptés que pour les seules substances nouvelles et non pour de nouvelles formes ou de nouveaux usages de substance déjà connues. Par ce biais, seule reste possible, la fabrication de génériques à des coûts considérablement réduits [147].

Conclusion :

L'OMS [148] encourage les pays à recourir, si nécessaire, aux clauses de sauvegarde prévues dans l'Accord de l'OMC sur les ADPIC, pour rendre les médicaments existants plus abordables et plus accessibles (sans pour autant décourager la mise au point des nouveaux médicaments). Mais des lacunes importantes du point de vue de leur intégration et de leur utilisation doivent encore être comblées pour que tous les PED puissent les utiliser efficacement [149].

Les points-clés de flexibilités prévues par l'ADPIC sont soumis à des pressions politiques exercées par l'industrie pharmaceutique [150] notamment concernant les LO car elle redoute les LO d'importation dans des pays autre que ceux n'ayant pas la capacité de produire. De plus Velasquez G (OMS) dénonce l'utilisations des brevets de manière irresponsable et les changements mineurs effectués sur les brevets pour les brevetés de nouveau.

Ainsi les pays la propriété intellectuel est difficile à contourner même lors d'urgence sanitaire et parallèlement le recours aux brevets et parfois sur utilisé.

Suite à l'application de l'Accord ADPIC en 2005 en Inde, et dans les autres pays en développement qui n'accordaient pas de brevet sur les produits pharmaceutiques, l'accès aux nouveaux médicaments risque de devenir plus difficile. Les nouveaux médicaments pourront être protégés par des brevets dans ces pays et les traitements déjà génériques mais encore sous brevets pourront être de nouveau protégés lors de l'ouverture des « boîtes aux lettres ». En effet, en attendant 2005, les laboratoires pharmaceutiques ont tout de même déposés leurs demandes de brevets dans des « boîtes aux lettres » en Inde par exemple et celle-ci est tenue de les expertiser depuis 2005.

1 Présentation du Bénin

CARTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE DU BÉNIN

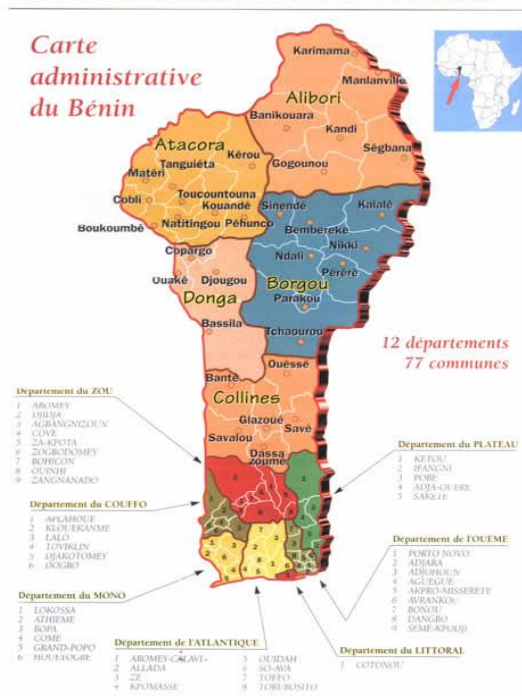


Figure 1 : Carte administrative du Bénin

Source : Réduire les inégalités de santé au niveau des zones sanitaires : cas du Bénin (Afrique de l'Ouest) Dr Hounsa Assomption Médecin de Santé Publique, 01 BP 2706 Cotonou Ministère de la santé, Bénin

La situation sanitaire d'un pays est reflétée par ses indicateurs sanitaires, son développement social, politique et économique. Cette situation est également liée aux conditions géographiques et climatiques, ainsi qu'à l'organisation administrative du pays. Les paramètres socio-économiques et politiques ont un rôle dans l'accès aux soins, c'est pourquoi nous les étudions en première partie de ce travail.

1. 1. Caractéristiques géographiques, socio-économiques et politiques

Le Bénin est une République située en Afrique de l'Ouest, dans la zone intertropicale. Il est limité au Nord par le Niger et le Burkina Faso, à l'Est par le Nigeria, à l'Ouest par le Togo, et au Sud par l'Océan Atlantique. Sa superficie couvre 112 622 km². Il est constitué d'un ensemble de plaines côtières, de plateaux sédimentaires, de sols ferrallitiques et de sols à minéraux [151].

Sur le plan administratif le Bénin compte 12 départements, 77 communes et 546 arrondissements [152]. Chaque arrondissement est subdivisé en quartiers de villes et en villages. Les départements sont administrés par un Préfet nommé par l'administration centrale et les communes sont dirigées par des maires élus. Les arrondissements, les quartiers de ville et

les villages sont dirigés par des Chefs. Au niveau démographique, en 2005, le Bénin comptait 8,4 millions d'habitants [152] dont 40,1% vivait en milieu urbain.

Le pays est devenu indépendant en 1960 sous le nom de République du Dahomey avant de prendre son nom actuel en 1975. Le Bénin, actuellement stable, a connu une histoire politique mouvementée durant l'époque postcoloniale. Quatre régimes politiques se sont en effet succédé avant un coup d'Etat en 1972. Puis dans les années 80 la situation économique s'est dégradée. Les problèmes sociaux et politiques ont alors incités le régime en place à abandonner les idéologies marxistes et léninistes. Après la crise de 1989 le pays fut soumis à trois Programmes d'Ajustement Structurels et un gouvernement de transition fut mis en place. Ce nouveau gouvernement ouvre la voie à une démocratisation [151] [152]. Depuis lors la situation économique du Bénin a connu une évolution plutôt favorable. Sa stabilité sociopolitique, le respect des règles démocratiques et des droits de l'homme font aussi partie, selon l'OMS, des atouts du Bénin.

Le pays dispose d'une position géographique privilégiée avec une façade maritime équipée d'un port en eau profonde (pouvant permettre un commerce florissant), ainsi qu'un large potentiel agricole, minier et touristique. Ces trois paramètres rendent le pays attractif pour des investissements internationaux. Mais il possède aussi de nombreuses faiblesses telles que la rigidité de l'appareil d'Etat ainsi que sa structure de production. La faiblesse des investissements, la faible diversification des exportations (le coton constitue encore 81 % de celles-ci) et la précarité de la sécurité alimentaire dans plusieurs zones du pays [153] sont aussi un frein à son développement. Le Bénin malgré ses atouts, reste donc classé parmi les pays les moins avancés du monde. L'Indice de Développement Humain (IDH), indice composite regroupant à part égale les dimensions* économiques, sanitaire et éducatives d'un pays, le classait en 2007 au 163^{ème} rang/177 pays classés (en 2009 il reste au 161^{ème} rang sur 182 pays classés). L'indice de pauvreté monétaire** du Bénin était de 37,4% en 2006 (OMS). En d'autres termes, deux personnes sur cinq environ vivent en dessous du minimum vital. Près de la moitié de la population (47,3%) vit avec moins de 1,25 Dollars par jour.

* La dimension économique de l'IDH est reflétée par le PIB par habitant, la dimension sanitaire prend en compte l'espérance de vie à la naissance. La dimension éducative prend en compte le taux d'alphabétisation de la population adulte et durée moyenne de scolarisation.

** Cet indice (appelé IPH1 pour les pays en développement) est constitué de 3 indicateurs : le premier est l'indicateur de longévité (P1): pourcentage de décès avant 40 ans. Le second est l'indicateur d'instruction (P2) (pourcentage d'analphabétisme des adultes) et le dernier est indicateur de conditions de vie (P3), lui-même composé de 3 sous-indicateurs : accès à l'eau potable, accès aux services de santé et enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale.

Le PIB par habitant est passé de 248 en 2000 à 314 USD en 2006. L'indicateur du PIB est actuellement de 0,406 ce qui est inférieur à l'ensemble des pays les moins développés dont l'indicateur est de 0,519.

Le PIB parité pouvoir d'achat ou PIB PPA donne une indication du niveau de vie à travers le pouvoir d'achat. En 2005 le PIB PPA était de 1 141 USD au Bénin alors que celui de l'ensemble des pays les moins développés était de 1 499 USD. Pour donner une autre idée concernant cet indicateur : il se situe à 5282 USD pour l'ensemble des pays en voie de développement et il n'est que de 1998 USD pour l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne [154]. Les Béninois ont donc un niveau de vie plus faible que la moyenne de la population vivant en Afrique sub-saharienne.

Tableau I : Chiffres sur l'économie et sur l'IDH du pays [156] [154] [155]

Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant en 2006	314 US
Parité du pouvoir d'Achat (PPA) par habitant en 2005	1 141 USD
Revenu national brut par habitant (USD internationaux PPA):	1,250 USD
Taux de croissance du PIB en 2003	6,7%
Indice de la pauvreté monétaire en 2006	37,4% *
Espérance de vie à la naissance en 2005	55,4 ans
Taux d'alphabétisation	37,4%*
Taux de scolarisation combiné	50,7%*
Personnes sous alimentées (de 2004 à 2006)	12%*
Accès eau potable (source d'eau améliorée) (de 2004 à 2006)	66,3%*

Source : A partir de l'HDR 2006 à 2008 et l'Etude Démographique et Sanitaire (EDS) Bénin 2006

* Exprimés en % de la population

En matière d'alimentation et d'accès à l'eau potable, le Bénin se situe au dessus de la moyenne en Afrique subsaharienne où seuls 55% des ménages ont accès à l'eau potable et où 32% des personnes sont sous alimentées. Grâce aux efforts réalisés par le Gouvernement (fabrication de puits, de pompes, de latrines, réalisation de forages), la couverture en eau potable et en assainissement s'est étendue. Aujourd'hui 66 % des ménages disposent de l'accès à l'eau courante (que se soit à l'intérieur du logement ou à l'extérieur ou encore à un robinet public). Cependant cet accès est réparti de façon inégale : la proportion de personnes ayant accès à l'eau potable est deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, 80 % contre 57 % [156] (EDS 2006).

Dans la population générale le taux de scolarisation combiné pour le primaire, le secondaire et le supérieur était de 50,7% en 2005 et le taux d'alphabétisation des adultes

n'atteignait que 34,7% [154]. Cependant cette valeur ne prend pas en compte la disparité homme/femme. Le taux d'alphabétisme et de scolarisation des femmes sont au plus faible avec un taux d'analphabétisme de 80,8%. Dans le primaire, il y avait, en 2006 deux filles pour trois garçon et dans la population générale 64% des femmes contre 36% des hommes n'avaient aucune instruction [156]. L'éducation et la santé étant étroitement liées, les problèmes cités ci-dessus ont une influence directe sur le niveau des soins du pays. De plus, sur le plan socioculturel, la polygamie encore très répandue et le maintien de la femme dans son rôle traditionnel limitent leur épanouissement.

Toutes ces données combinées conduisent à un système de soin défaillant et donc à une espérance de vie moyenne au Bénin à 55,4 ans en 2005. En Afrique subsaharienne cette valeur était de 49,6 ans la même année alors qu'elle se situait à 66,1 ans dans l'ensemble des PED. [156]

L'Afrique reste le continent où l'espérance de vie est la plus faible. C'est pourquoi nous nous sommes intéressées dans ce travail à étudier l'accès aux soins en Afrique subsaharienne à travers l'exemple du Bénin. Pour cela nous allons tout d'abord tracer le profil de la situation sanitaire au Bénin son contexte épidémiologique et l'organisation de son système de santé.

1.2. La santé au Bénin dans son contexte épidémiologique mondial

L'augmentation de l'espérance de vie, y compris dans les pays les plus pauvres, est le témoin de l'amélioration des conditions sanitaires. Ainsi l'amélioration des conditions de vie (habitat, hygiène, nourriture) et le développement socio-économique (permettant une meilleure accessibilité aux soins) ont permis le recul des maladies infectieuses et ont permis une transition épidémiologique dans les pays développés. Depuis la moitié du XX^{ème} siècle, on observe donc dans ces pays une diminution importante de la morbi-mortalité due aux maladies infectieuses, avec une augmentation de la morbi-mortalité due aux maladies chroniques et dégénératives. Les pays pauvres, quant à eux, sont caractérisés par une faible diminution de la morbi-mortalité dues aux maladies infectieuses à laquelle se surajoute la morbi-mortalité croissante des maladies chroniques et dégénératives [157].

1.2.1. Profil épidémiologique des maladies infectieuses et chroniques au Bénin dans le contexte mondial actuel

Au niveau mondial, les dix principales causes de décès étaient classées en 2008 de la manière suivante : les maladies cardiovasculaires, suivies des infections des voies respiratoires et des pathologies périnatales [158]. Ces deux dernières pourraient être combattues par des

moyens souvent simples et connus mais restent un problème majeur de santé public dans les PED.

Tableau II : Les dix principales causes de mortalité dans le monde (en % par rapport à la mortalité totale)

Cardiopathies coronaires	12,3%
AVC et maladies cérébrovasculaires	9,7%
Infections des voies respiratoires inférieures	7,1%
Pathologies périnatales	5,4%
BPCO	5,1%
Maladies diarrhéiques	3,7%
HIV/Sida	3,5%
TB	2,5%
Cancers trachée et poumons	2,3%
Total	51,6%

Source : OMS 2004 révisé en octobre 2008 [158]

Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index.html>

Cependant le classement des causes de mortalité au niveau mondial cache des disparités. Lorsque l'on classe les pays en trois groupes : pays à revenus élevés, pays à revenus intermédiaires et pays à revenus faibles (classification de la Banque Mondiale), on constate que le profil épidémiologique des pays à faibles revenus est bien différent de celui des pays à revenus élevés. En effet la figure 2 montre que dans les pays à faibles revenus, les maladies infectieuses sont responsables de la majorité des décès. Parmi les maladies infectieuses celles concernant les voies respiratoires inférieures sont les plus représentées : elles étaient responsables de 11,2% des décès dans ces pays en 2004 [159].

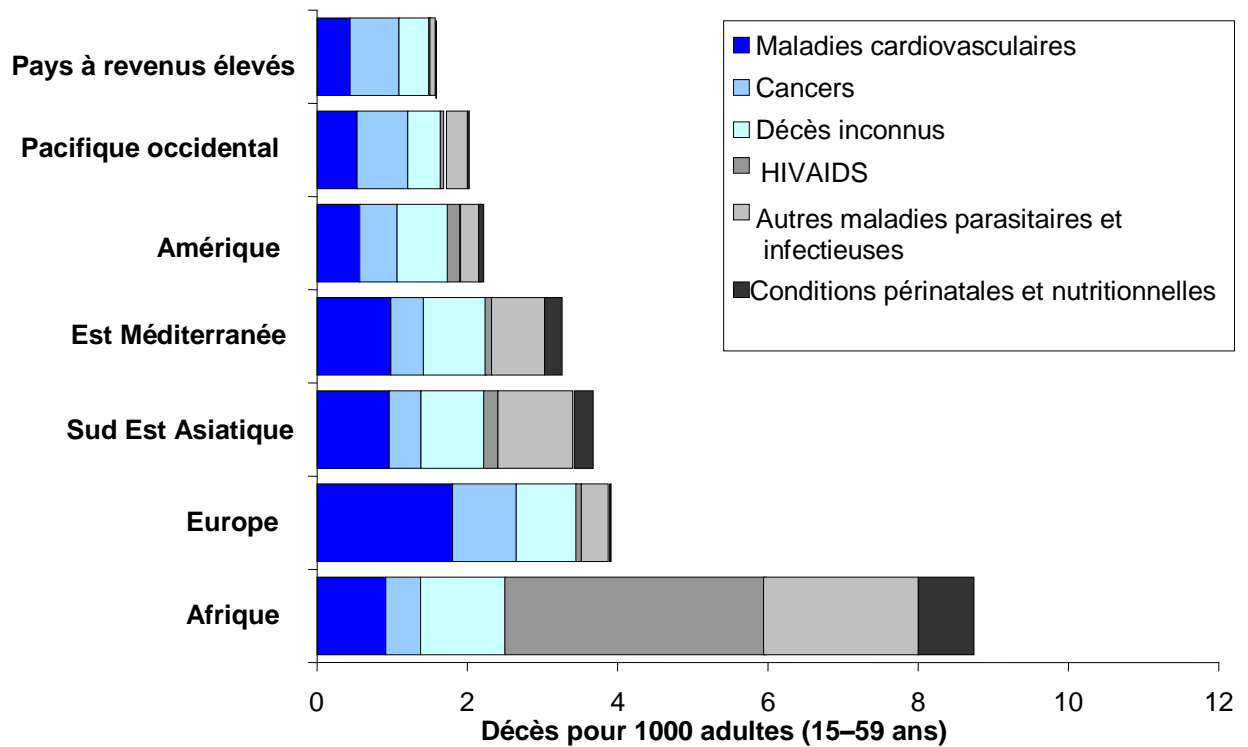


Figure 2 : Taux de mortalité des adultes selon les causes et les régions

Source : OMS 2004 révisé en 2008 [158]

Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index.html>

Ainsi malgré la mise en œuvre des politiques, des projets et des programmes depuis des décennies, le profil épidémiologique de l'Afrique est toujours caractérisé par une prédominance des maladies infectieuses avec un taux élevé de morbi-mortalité. A cela se greffe la menace des maladies chroniques et des maladies infectieuses émergentes. Si on compare les profils épidémiologiques du Bénin et du Togo (pays limitrophe) le tableau III montre que le profil des maladies chroniques semble identique. Cependant peu de données sont disponibles. D'autre part la prévalence du VIH/SIDA et de la TB au Bénin sont inférieures à la prévalence retrouvée au Togo et sur l'ensemble du territoire Africain. On pourrait alors se poser la question quant à la différence d'efficacité du système sanitaire au Togo et au Bénin. Toutefois il faut être prudent, de nombreux autres facteurs entrent en jeu dans le profil sanitaire d'un pays. Le contexte politique est l'un d'entre eux et comme nous l'avons vu le Bénin est un pays stable contrairement au Togo frappé depuis les années 90 par une crise sociopolitique ayant des conséquences sur les secteurs sociaux et sanitaires.

Tableau III : Statistique disponible concernant la prévalence des maladies chroniques, du VIH et de la Tuberculose

Pour 100 000	Mortalité maladies cardiovasculaires	Mortalité Maladies vasculaires cérébrales	Mortalité Obstruction Chronique Pulmonaire	Prévalence VIH (14-49 ans) 2003	Prévalence Tuberculose 2004
Bénin	46	50	16	1900	142
Togo	52	56	17	4100	718
Afrique	390			7100	518

Sources: A partir de Whostat OMS [160], Country health system fact sheet Togo [161], Country health system fact sheet Bénin 2006 [162]

Le profil épidémiologique du Bénin est donc caractérisé par une prédominance des maladies transmissibles (responsables de plus de 70 % de la morbidité), une mortalité croissante liée aux maladies non transmissibles, et des mortalités infanto-juvénile et maternelles élevées. Ce profil est déterminé par la qualité du milieu de vie, les conditions climatiques, les comportements individuels et la capacité des services de santé à jouer pleinement leur rôle.

Le paludisme reste la première cause de consultation malgré la diminution du nombre de cas et de sa létalité. L'incidence moyenne du paludisme simple était de 109,9 ‰ en 2006, contre 123‰ en 2005.

La seconde maladie infectieuse reste le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement transmissibles (IST). Malgré l'appartenance du Bénin aux pays à faible prévalence (environ 2% de prévalence), l'épidémie y est généralisée.

La TB, avec une prévalence de 0,14%, reste un problème de santé publique malgré la lutte et les efforts déployés par le gouvernement du Bénin. [156] [153]

L'ulcère de Buruli (infection cutanée) constitue un problème de santé publique dans certaines localités situées près des cours d'eau, des lacs et des marais. Le nombre de nouveaux cas détecté ne cesse de s'accroître passant de 4 cas en 1989 à 722 cas en 2003 puis 1202 cas en 2007 [163]. Parmi les maladies infectieuses présentes au Bénin, on retrouve également une maladie qui a disparu des pays occidentaux car très bien traitée par la pénicilline : le Noma ou «cancrum oris». Cette maladie infectieuse opportuniste se développait auparavant surtout chez les enfants vivant dans de mauvaises conditions sanitaires et dénutris. Elle est maintenant apparue chez les adultes immunodéprimés depuis l'émergence du VIH/SIDA [164].

Parmi les dix premières causes de consultation au Bénin on retrouve aussi les infections respiratoires aiguës, les infections diarrhéiques, la rougeole, les méningites cérébro-spinales, le choléra, la fièvre jaune.

Les maladies non transmissibles sont, elles aussi, une préoccupation majeure. Au Bénin elles sont surtout représentées par les affections cardio-vasculaires, l'HTA (plus de 27% des hommes et 26% pour les femmes) et le diabète (dont la prévalence était estimée à 2% en 2001).

L'obésité, la surcharge pondérale (avec respectivement une prévalence de 9,4% et 20,5%), le tabagisme, l'alcoolisme et l'inactivité avec leurs conséquences sont aussi des problèmes de santé publique.

Les pathologies autour de la naissance tiennent une place importante dans les causes de décès puisqu'elles sont la quatrième cause de mortalité dans le monde. Au Bénin, la situation sanitaire de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est caractérisée par la persistance à un niveau élevé des indicateurs de morbidité et de mortalité, malgré une couverture satisfaisante des soins maternels et infanto-juvéniles. En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé en 10 ans de 498 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1996 à 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2006. La mortalité infanto-juvénile a baissé de 166,5‰ à 125‰ naissances vivantes sur la même période avec un large écart entre en fonction des revenus (112‰ chez 20% des plus pauvres contre 50‰ chez 20% des plus riches). La mortalité néonatale fléchit peu, 38 ‰ naissances vivantes en 1996 à 32‰ naissances vivantes en 2006.

Cependant, 9 femmes sur 10 utilisent les services de consultations prénatales (CPN), 6 femmes sur 10 font les 4 CPN recommandées, et 70% des femmes disposent d'une assistance par du personnel qualifié à l'accouchement.

Pourquoi ces indicateurs ne s'améliorent-ils pas ? En dehors des causes liées à la privation des droits de la femme (violence, mutilations, grossesses précoces...), c'est d'une part la faible qualité des soins, les coûts élevés des prestations limitant l'accessibilité et l'utilisation des services particulièrement pour les couches pauvres et défavorisées qui limitent l'amélioration de la morbi-mortalité de la mère et du nouveau-né. D'autres parts les retards de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales et le dysfonctionnement du système de santé sont un réel frein à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Environ 22 % des naissances surviennent encore à domicile surtout dans le nord du pays, plus particulièrement dans les milieux ruraux (26 %) et dans les ménages les plus pauvres (43%). Les besoins en soins obstétricaux d'urgence satisfaits sont faibles (22,9 %), le taux de césariennes est de 2,6 % et la létalité obstétricale intra-hospitalière demeure élevée à 3,5%. Les enfants de moins d'un an vivant en milieu rural courent plus de risque (81 ‰) de décéder que ceux vivant en milieu urbain (59 ‰). [153] [156]

Tableau IV : les indicateurs de la santé maternelle et infantile en 2005 [152] [155]

Taux de mortalité infantile	125 pour 1 000 naissances vivantes
Taux de mortalité maternelle	474 pour 100 000 naissances vivantes

Source : EDS 2006 et Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD : 2006

1.2.2. Evolution de la situation épidémiologique du VIH/SIDA dans le monde et comparaison avec l'évolution au Bénin

Encore méconnu il y a 30 ans, le VIH/SIDA a déjà provoqué plus de 25 millions de décès dans le monde et a entraîné de profonds changements démographiques dans les pays à forte prévalence. Les données épidémiologiques mondiales montrent actuellement une nette amélioration. En effet le pourcentage des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) s'est stabilisé depuis 2000 et le nombre annuel de nouvelles infections a baissé. Cependant le nombre global de personnes vivant avec le VIH/SIDA a régulièrement augmenté, lié aux nouvelles infections se produisant chaque année et aux traitements qui prolongent la vie. Mais l'Afrique supporte encore le poids disproportionné de ce fardeau avec 67% des PVVIH en Afrique sub-saharienne. (Voir figure 3). L'illustration de l'évolution de l'épidémie en Afrique et au niveau mondial [165] nous permettra de comparer les tendances. Puis nous ferons un bref aperçu de la situation de l'épidémie au Bénin car nous la reverrons plus loin dans la partie sur l'accès aux ARV au Bénin.

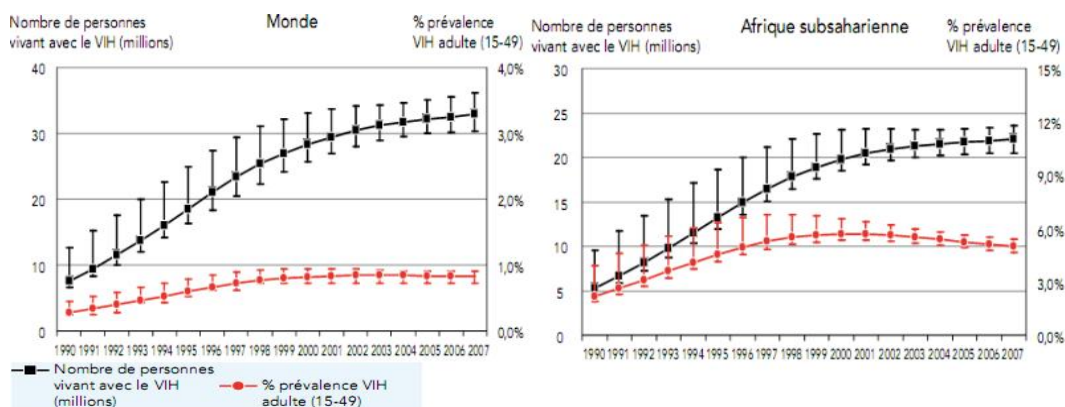


Figure 3 : Evolution des PVVIH dans le monde et en Afrique subsaharienne

Source : Rapport de l'épidémie dans le monde ONUSIDA 2008

Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1510_2008GlobalReport_fr.zip

Ainsi comme pour l'ensemble des maladies infectieuses, le VIH/SIDA ne fait pas exception et connaît lui aussi une stabilisation voire une régression tant au niveau mondial qu'en Afrique.

Au Bénin il en est de même avec une prévalence qui est passée de 2% de 2002 à 2005 à 1,2% en 2006 selon l'EDSB III (Etude Démographique et Sanitaire Bénin) [152].

Cette stabilisation est le fruit d'une lutte croissante traduisant un remaniement et une amélioration des systèmes de santé, et d'un effort concernant le contrôle des maladies (au niveau de la surveillance, de la prévention et de la prise en charge) au cours des dernières décennies. Nous verrons ainsi comment a évolué le système de santé Béninois et quelles ont été les conséquences des aides extérieures et de celles du gouvernement pour faire face à l'épidémie.

2. Le système de santé Béninois

2.1 Bref historique et évolution du système de santé

Tableau V : repère historiques des dates clefs de l'évolution du système de santé OMS

1978	Souscription du Bénin à la Déclaration d'Alma Ata
1986	Adhésion à l'initiative de Bamako avec réorganisation du Services de santé et mise en place des PEV/SSP ainsi que la participation communautaire.
1987-89	Réunions de Nairobi puis celle de Niamey : souscription à l'Initiative pour la Maternité Sans Risque visant la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile
1988	Réforme et mise en place du PDSS (Programme de Développement Socio Sanitaire) avec restructuration du Ministère de la santé et décentralisation
1988-90	Mise en place du recouvrement de coût
1990	180 médicaments essentiels inscrits dans la LME
1991	Mise en place des PPN (Politiques Pharmaceutiques Nationales) révisées en 2000
1995	Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en "zones sanitaires"
2000-03	Création d'une ligne budgétaire réservée à la lutte contre le VIH et constitution d'un fonds nationale grâce à l'allègement de la dette (Initiative en faveur des pays pauvres très endettés -PPTÉ-) pour intensifier la lutte contre le paludisme et le VIH
Objectifs 2002-06	Amélioration de la qualité et de l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé Participation communautaire et utilisation des services de santé. Amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes

Source: OMS [153]

Adresse URL : http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ben_fr.pdf

2.2 Organisation administrative du système de santé [166] [167] [156]

Le système sanitaire public au Bénin est organisé autour d'une structure pyramidale à trois niveaux (Voir figure 4)

Le niveau central ou national est représenté par le Ministère de la Santé (MS), il définit les Politiques Nationales de Santé (PNS), les normes et les standards, la mobilisation des ressources et la gestion de l'ensemble du système. A ce niveau, on retrouve les hôpitaux de référence nationale (CHNU et HOMEL).

Le niveau intermédiaire ou départemental comprend 6 directions départementales de la santé publique (DDSP). Il est le représentant du ministère de la santé au niveau départemental et a pour rôle de coordonner et traduire en action les PNS. On retrouve à ce niveau les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD).

Enfin le niveau périphérique est organisé en 34 zones sanitaires (ZS) avec des Hôpitaux dits de Zones (hôpitaux de référence couvrant une zone géographique définie), des Centres de Santé (CS) ou Hôpitaux de District (HD) et enfin les structures privées et publiques de santé. Ce niveau comporte les unités villageoises de santé (UVS), les complexes communaux de santé (CSC) et les centres de santé d'arrondissement (CSA) où la population peut accéder aux SSP.

Au système public vient donc se greffer le système privé et les secteurs confessionnels et associatifs à but non lucratif. La ZS est l'unité sanitaire la plus décentralisée. Elle couvre une population allant de 100 000 à 200 000 habitants. Elle est dirigée par un médecin coordinateur et un comité de santé (COGE) dans lequel des intervenants publics ou privés sont représentés. C'est à ce niveau qu'est définie la politique de santé locale.

Organes de gestion

Etablissement de santé

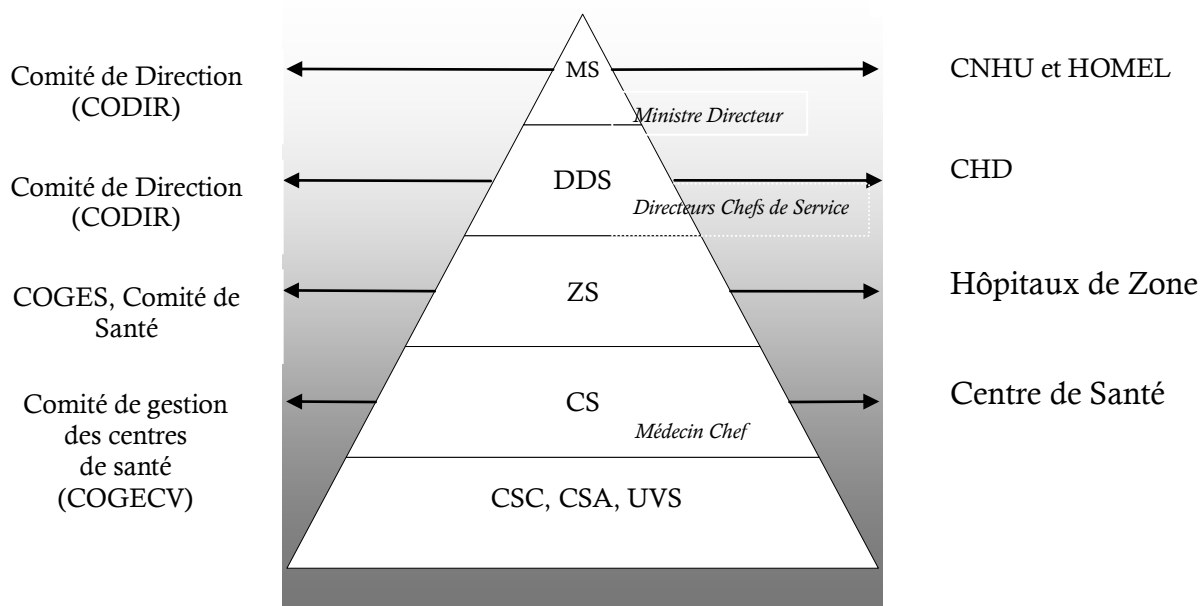


Figure 4 : Pyramide de santé [168]

A partir de : Adresse URL :

<http://www.ministeresantebenin.com/pyramidesante.php>

En 2001 la couverture en infrastructures atteignait 80 % avec 1302 formations sanitaires toutes catégories confondues dont 671 soit 52 % appartenaient au secteur public.

En 2007, le pays comptait 34 Hôpitaux de Zone (premier niveau de référence), 5 centres hospitaliers départementaux (CHD) (second niveau de référence), 1 centre national hospitalier universitaire (CNHU de Cotonou) et l'hôpital de la mère et de l'enfant (HOMEL), structures nationales de références. Ce niveau se compose aussi d'un centre national de pneumo-phtisiologie* et d'un centre national de psychiatrie. Ce réseau public était complété par 32 maternités et 35 infirmeries scolaires. Au niveau périphérique il est dénombré 74 Centre de Santé Communaux (CSC) et 407 Centre de santé d'Arrondissement (CSA). A ces structures publiques, il faut ajouter près d'un millier de formations sanitaires privées, confessionnelles et associatives, surtout concentrées dans les zones urbaines. Le secteur privé (secteur libéral, humanitaire et pharmaceutique) tient une place importante au Bénin. Un accord de partenariat entre les secteurs privés et publics est en cours de formulation. Il se pose cependant des problèmes liés à la réglementation de l'exercice de la profession dans le secteur privé, à l'installation anarchique des structures de santé et à des pratiques inadéquates [156].

*La pneumo-phtisiologie est l'étude des maladies du poumon et, en particulier, de la tuberculose pulmonaire.

2.3 Démographie sanitaire

La fonction de gestion des ressources humaines dans un système de santé est essentielle car elle permet d'avoir un personnel compétent et stable pour répondre aux besoins, autrement dit, de disposer d'un nombre adéquat de prestataires de service qualifiés au bon endroit et au bon moment. Une bonne gestion et une bonne mise en œuvre des ressources humaines permettent d'atteindre les objectifs de couverture, de motivation et de compétence du personnel. Une bonne répartition du personnel assure un accès équitable ; la motivation est déterminante pour l'efficacité et l'efficience. La compétence influe sur la qualité des services. L'équité, l'efficacité et la qualité sont des facteurs déterminants dans la création d'un système de santé performant, permettant d'obtenir des résultats sanitaires positifs [169].

En 2002 les effectifs du secteur public regroupaient 2595 agents : dont 440 médecins (1 médecin pour 15 347 habitants) ; 1 366 infirmiers (1 infirmier pour 4 933 habitants) ; 570 sages-femmes soit 1 pour 2 638 femmes en âge de procréer; 219 techniciens de laboratoire soit 1 pour 29 009 habitants.

Dans le secteur privé, on compte 576 médecins, 857 infirmiers, 361 sages-femmes et 126 techniciens de laboratoire, soit un total de 1 920 agents pour le secteur privé [153]. (Direction des ressources humaines du Ministère de la Santé publique)

Tableau VI : Nombre d'habitants / professionnels de santé dans les départements 2003 [167]

	Atacora Donga	Atlantic Littoral	Borgou Alibori	Mono Couffo	Ouémé Plateau	Zou Colline	Total
Nombre d'habitants/médecins	19 540	4669,5	33 337	19 492	15 074	19 420	975
Nombre habitants/Infirmières	7 762	2 232	5 713	5 015	5 054	6 774	2140
Nombre habitants/ Sages-femmes	44	511	65	67	200	149	1036

Source : SNIGS/DPP, DIVI/MSP, 2003

Adresse URL : <http://www.ds.auf.org/IMG/doc/2.8KOUKONANIMA.doc>

Ainsi le nombre de médecins est passé de 1016 au total en 2002 à seulement 975 en 2003 et cette même tendance s'observe pour les infirmières au nombre de 2193 en 2002 contre 2140 en 2003. Cette diminution de la densité médicale peut s'expliquer par des départs à la retraite non compensés. De plus, il y a une pénurie de médecins dans le secteur public car plus de 60% d'entre eux se trouvent en secteur privé [156]. La situation est alarmante en particulier dans la région de Borgou/Alibori où l'on trouve seulement 1 médecin pour 33 337 habitants. Cette répartition inégale dans les départements se retrouve pour tous les professionnels de

santé. Prenons l'exemple des infirmières : dans les départements d'Atlantique/Alibori on peut compter une infirmière pour 2232 habitants. Dans les départements d'Atacato/Donga la situation est encore plus alarmante avec 1 infirmière pour 7762 habitants soit plus de trois fois moins d'infirmières par habitant.

Le Ministère de la Santé Publique confirme ces dysfonctionnements et note un déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des localités déshéritées et éloignées ; une absence de maîtrise de la mobilité interne et externe du personnel (absentéisme, mutation, détachement, sollicitations professionnelles, etc.) et une pénurie de certaines catégories de personnel (les médecins spécialistes, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes, etc.). Toutefois en 2006 les ressources humaines sont passées à 1 médecin pour 7 006 habitants, 1 infirmier pour 1 920 habitants, 1 sage-femme pour 1 726 femmes en âge de procréer et 1 technicien de laboratoire pour 16 132 habitants, signes d'une progression dans ce domaine. [152] [167]

En matière de formation initiale, le Bénin possède des structures de santé et de formation telles que la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université nationale du Bénin (Abomey-Calavi et Parakou), les écoles de formation professionnelle à l'Institut national médico-social (INMES) de Cotonou, l'école nationale d'infirmiers et d'infirmières adjoints du Bénin (ENIAB) de Parakou. Ces structures permettent théoriquement d'accroître chaque année le nombre de professionnels de santé. Il existe aussi plusieurs instituts de formation et de recherche à vocation régionale, dont l'Institut régional de Santé publique (IRSP) [156].

Malgré la reconnaissance du problème et l'effort fourni par le Ministère de la santé publique, le manque de personnel médical dans le secteur public (notamment de médecins spécialisés) et la répartition inégale du personnel de santé existant, qui laisse les zones rurales démunies, sont un frein au progrès du système de santé. A cela s'ajoute le vieillissement du personnel et l'absence de mesures incitatives pour faire face au manque de personnel et à sa répartition inégale. La gestion des ressources humaines inadéquate (comme l'absence de politiques et de dispositions réglementaires (exemple : l'absence de rémunération et d'avantages) montre que l'Etat doit fournir un effort supplémentaire dans ce domaine.

2.4 Politiques Nationales de santé [153] [156] [167]

Depuis 1960, plusieurs plans et programmes ont été mis en œuvre puis, comme nous l'avons vu plus haut, le Bénin souscrit à la déclaration d'Alma Ata en 1978. Optant alors pour le volet social de la Santé pour tous à travers les SSP. En 1995 (voir paragraphes 2.1 et 2.2) la table ronde sur le secteur de la santé a proposé un remaniement de la base de la pyramide sanitaire en "zones sanitaires", avec des structures de gestion impliquant les communautés. A la suite de cet évènement, un premier document de politique de santé a été élaboré (1997).

Les axes prioritaires de la politique nationale de santé au Bénin, (2002-2006) peuvent se résumer comme suit selon le Dr en économie Rachel Sainhoude KOUKPO :

- *« la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire avec un renforcement de la couverture sanitaire*
- *l'amélioration du financement et de la gestion des ressources*
- *la prévention et la lutte contre les maladies prioritaires,*
- *l'amélioration de la qualité des soins et la promotion de la santé familiale. »*

Dans le contexte de la décentralisation mise en place lors de la restructuration de la pyramide sanitaire, la PNS doit prévoir un personnel qualifié mais aussi des dispositifs de contrôles stricts tels que des procédures de fonctionnement, des instruments de contrôle de gestion, des manuels de procédures qui à tous les niveaux doivent être opérationnels. Ceci afin de moraliser la gestion et l'utilisation du bien public. Les citoyens eux-mêmes doivent être impliqués, informés et sensibilisés à une participation active dans la vie communautaire et sociétale. L'organisation décentralisée doit aussi permettre de mieux préciser les relations entre les différentes structures de la pyramide sanitaire. Des définitions d'objectifs, de missions claires et des buts sanitaires à atteindre sont mis en place afin que les autorités locales puissent se justifier auprès de l'Etat. Ce sont alors les prémisses d'une collaboration entre l'Etat et les communes décentralisées d'une part, et les communes et leurs populations d'autre part.

Cependant force est de constater que si la loi sur la décentralisation au Bénin a prévu le transfert de compétences entre l'Etat central et les territoires décentralisés, presque deux années après, ce transfert n'était pas totalement effectif. L'Etat continue à gérer des parcelles de pouvoir qui en principe revenaient de plein droit aux collectivités locales. Le volet santé est toujours détenu par l'Etat, qui détermine la politique nationale de santé en fonction de la part du budget alloué au secteur santé.

La politique de santé définit des grands axes qui sont ensuite mis en pratique par les Programmes ou Projets Nationaux. Nous verrons par la suite deux de ces axes à travers la gestion des médicaments et le Programme de Lutte contre le VIH/SIDA. Mais cette politique ne s'arrête pas au système de santé, elle met aussi l'accent sur le bien-être social en promouvant : un système éducatif efficace et performant, la fourniture d'eau potable, et la création d'un cadre de vie sain. Le système éducatif et l'accès à l'eau potable sont par ailleurs deux éléments de l'IDH. Concernant le système éducatif, nous en avons parlé plus haut, des progrès restent à mener en particulier pour les femmes.

2.5 Politiques Pharmaceutiques Nationales

C'est en 1976 que le concept de Politiques Pharmaceutiques Nationales (PPN) est apparu mais ce n'est qu'en 1994 que la première adaptation des textes de l'OMS a été publiée pour la région Afrique. Ces PPN apparaissaient alors comme une nécessité pour éviter l'inaccessibilité des populations aux médicaments.

Le Bénin fut ainsi le premier pays à formuler sa propre PPN (dès 1991) et à élaborer un plan directeur pour faciliter sa mise en place (1993).

Concrètement selon REMED « *une Politique Pharmaceutique Nationale est un engagement concernant :*

- *La mise en place d'une législation et d'une réglementation pharmaceutique*
- *La sélection de médicaments essentiels et l'amélioration de la procédure d'homologation*
- *Le maintien d'une part significative du budget de la santé pour les médicaments et la mise sur pied d'une politique de financement pertinente dans le secteur public*
- *L'amélioration des procédures d'achat de médicaments dans le secteur public*
- *L'amélioration de la logistique et de la distribution des médicaments dans le secteur public*
- *La mise en place d'une politique de prix des médicaments dans le secteur public et privé*
- *La Valorisation de l'information et des programmes de formations continue sur l'usage du médicament » [170].*

Il existe une vraie volonté politique au Bénin pour mener à bien cette PPN.

Au Bénin la PPN est incluse dans la PNS définie par le Ministère de la Santé (MS). La Direction des Pharmacies et des Médicaments (DPM) est chargée d'élaborer la PNS en matière de Pharmacie et du Médicament et de pharmacopée traditionnelle (PNPMT) [171].

C'est donc la DPM qui élabore la PNP et la fait appliquer. Elle possède un rôle dans l'élaboration et l'application de la réglementation sur les conditions d'ouverture et de fonctionnement des établissements de produits pharmaceutiques, des agences de matériels médicaux-techniques et des dépôts pharmaceutiques.

Au niveau du circuit du médicament le MS a la charge de mettre à jour la LME, de contrôler le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments, matériels et consommables médicaux (que ce soit dans les formations sanitaires privées ou publiques), et enfin d'étudier la tarification des médicaments (avec la collaboration de l'Ordre National des Pharmaciens Béninois et les autres Ministères concernés).

L'objectif de la DPM est d'assurer la disponibilité géographique et financière des médicaments de qualité. Pour cela elle promeut la disponibilité des MEG dans toutes les formations sanitaires (publiques ou privées) et harmonise les prix. Elle a aussi pour but d'augmenter le taux de couverture des médicaments c'est-à-dire en créant des établissements pharmaceutiques (privés ou publics). Cette meilleure accessibilité permettrait d'éradiquer progressivement la vente illicite des médicaments et d'assurer l'usage rationnel de ceux-ci. La DPM fait autorité sur la CAME (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux) et sur le Laboratoire National de Contrôle de Qualité (LNCQ) des médicaments et consommables médicaux ainsi que sur la Commission Technique des Médicaments (CTM) (qui statue et octroie les Autorisations de Mise sur le Marché Béninois des produits pharmaceutiques à usage humain) [171].*

Au Bénin il existe des textes réglementant le secteur pharmaceutique, des documents concernant les politiques pharmaceutiques, des procédures d'enregistrement des médicaments, des listes nationales de ME incluant les ARV, et des Politiques de promotion des MEG [172].

Nous allons maintenant nous attacher à expliquer brièvement le système du circuit des médicaments au Bénin c'est-à-dire : l'achat et la production, le stockage et la distribution et enfin nous verrons comment sont fixés les prix.

* La vente illicite de médicaments (médicaments détournés ou de médicaments importés frauduleusement) est une pratique répandue au Bénin c'est pourquoi le LNCQ expertise les médicaments : en 2001 il a expertisé 254 produits. [153]

2.6 Circuit du médicament : sélection, approvisionnement et distribution

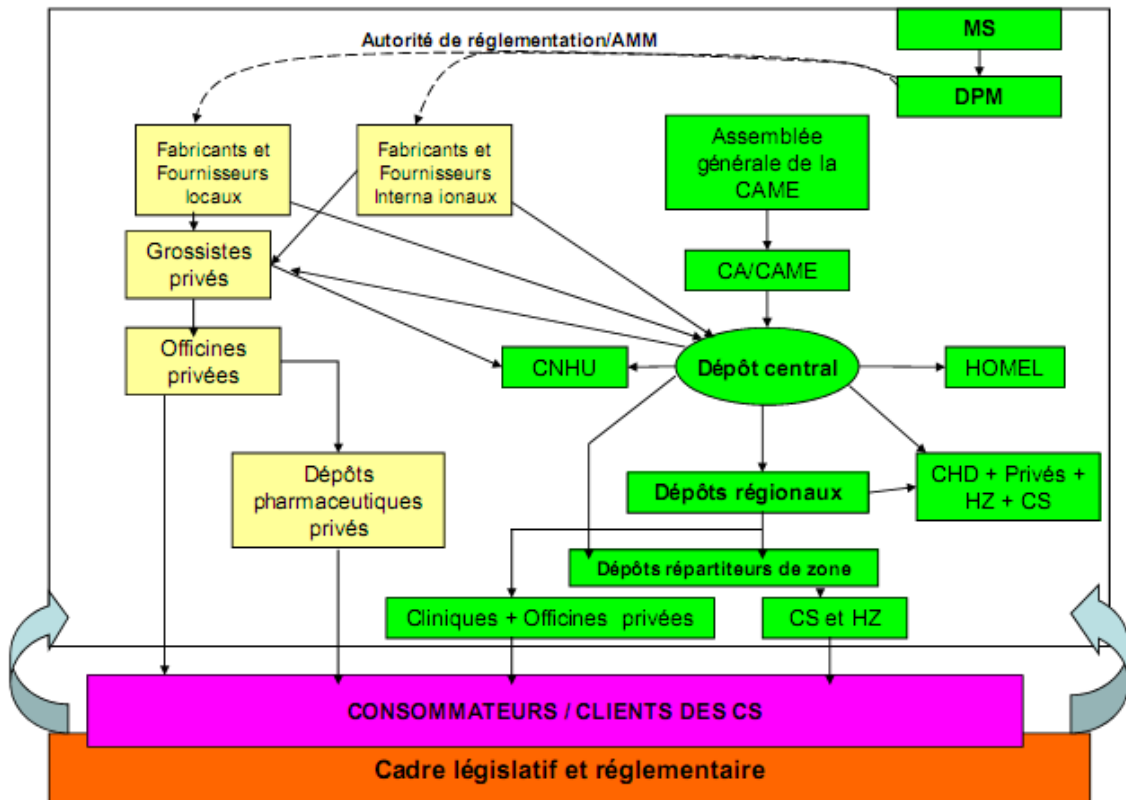


Figure 5 : les acteurs du système pharmaceutiques au Bénin

Source : Évaluation de la gouvernance, de la transparence et des opérations de la CAME du Bénin, 2008

Adresse URL : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACO438.pdf

La sélection de médicaments essentiels et de produits pharmaceutiques appropriés, leur distribution et leur approvisionnement efficaces ainsi que la vérification de leur utilisation rationnelle sont les activités clés du cycle de gestion des produits pharmaceutiques. Ces activités sont réalisées dans le cadre et sous l'influence des structures réglementaires existantes, et dépendent du degré de support à la gestion disponible (financier, ressources humaines ou autres) [169].

Le système du circuit du médicament comprend au niveau international, les fournisseurs internationaux et les bailleurs de fond. Au niveau national ce sont les secteurs publics et privés du domaine pharmaceutique Béninois qui participent à l'achat, au stockage et à la distribution.

Tableau VII : répartition du secteur public et privé dans le domaine pharmaceutique :

Types de structures	Secteur privé	Secteur public
Grossistes-Répartiteurs	GAPOB SOPHABE MEDI-PHARM UBPHAR GB-PHARM COPHAR-BIOTEC	CAME
Unité de production de médicaments	PHARMAQUICK SPHAB	Aucune
Pharmacies	172 officines de pharmacies	Environ 1500 pharmacies de cession de médicaments dans les formations sanitaires
Dépôts pharmaceutiques	279	14 dépôts répartiteurs
ONG	307	Aucune

Source : Évaluation de la gouvernance, de la transparence et des opérations de la CAME du Bénin, décembre 2008 (DPM 2006)

Adresse URL : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACO438.pdf

Dans le secteur public d'approvisionnement et de distribution en gros, un seul grossiste-répartiteur est présent : la CAME (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels). La CAME est un organisme non paraétatique qui opère sous le contrôle de la DPM. Sa tâche consiste à fournir et à vendre des fournitures et des médicaments essentiels à un coût abordable aux structures sanitaires du secteur public et du secteur privé à but non lucratif. La CAME est également autorisée à vendre certains médicaments essentiels à des pharmacies privées à but lucratif. Elle se compose en 2009 de 71 agents dont 1 pharmacien occupant le poste de Directeur, 2 pharmaciens responsables des départements chargés de l'approvisionnement et de la distribution et de 2 pharmaciens responsables des dépôts régionaux de Parakou et de Natitingou.

L'acquisition des biens et services par la CAME se fait selon trois modes de passation des marchés publics : soit par l'appel d'offres ouvert ou restreint*, soit par consultation restreinte ou par gré à gré** en fonction des prix. Pour les montants les plus élevés ce sera l'appel d'offres qui sera utilisé puis la consultation restreinte pour les montants intermédiaires et enfin le gré à gré pour les plus petites sommes [173]. La CAME est uniquement autorisée à fournir des articles (médicaments ou fournitures pharmaceutiques) inscrits sur la LME ; elle propose

* Appel d'offre ouvert est un avis d'appel public à la concurrence. Lorsqu'il est restreint : celui qui publie l'appel peut décider de limiter le nombre de candidats qui seront admis à présenter une offre. Il mentionne cette décision dans l'avis d'appel public à la concurrence. Il fixe dans cet avis un nombre minimum ou maximum de candidats admis à présenter. Ce nombre minimum ne peut être inférieur à cinq. Dans la consultation restreinte il faut au moins trois fournisseurs.

** Le gré à gré est un marché sur lequel la transaction est conclue directement entre le vendeur et l'acheteur

donc uniquement des médicaments ou des fournitures génériques. La liste des fournisseurs est pré sélectionnée et révisée tous les deux ans. La 5^e édition de la LME comprend un total de 429 produits (contre 358 dans la 3^e édition). Tous ces produits sont censés être disponibles au niveau hospitalier (établissements de soins tertiaires). Seuls 46 produits sont classés pour une utilisation au premier niveau du système de santé, l'UVS [169].

Tableau VIII : Répartition de la fréquence des différents modes d'approvisionnement 2006

Mode	2006 (FCFA)	% Achats
Commandes spéciales	87 233 609	2
Commandes directes	111 456 340	3
Consultations restreintes	188 199 035	4
Monopole (ARV)	203 031 713	5
DPAV	656 923 173	15
Appel d'offres	3 198 559 638	71
Total achats	4 445 403 508	100

DPAV : Dépôt Paiement Après Vente* Source : Rapport d'activités CAME 2007

Adresse URL : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACO438.pdf

L'importation des médicaments en 2006 a été plus fréquemment faite par appel d'offres (71%) ouvert ou restreint. C'est une procédure formelle selon laquelle les fabricants ou leurs représentants sur une base locale ou mondiale, sont invités à présenter des prix, sujets aux conditions générales stipulées dans l'invitation. « *Les appels d'offres ouverts concurrentiels internationaux présentent des avantages économiques indéniables pour l'achat des médicaments, et c'est l'un des mécanismes classiques d'endiguement des coûts. Selon l'expérience de nombreux pays, les appels d'offres internationaux réduisent les prix de 40 à 50%. Cependant, les avantages économiques de ce mécanisme sont surtout valables pour les produits multi sources où la concurrence existe déjà, et pas toujours pour les médicaments brevetés. Le recours aux appels d'offres n'est pas une option viable pour les médicaments qui sont protégés par des brevets, comme c'est le cas pour certains ARV [174]* » (OMS). Concernant l'acquisition des ARV, c'est principalement les PNLs qui évaluent les commandes et les donateurs internationaux interviennent en fournissant des stocks d'ARV. C'est pourquoi La CAME possède un rôle limité dans l'achat des ARV (cela ne représente que 5% de ses achats) mais elle gère tout de même leur distribution.

* DPAV est un mode d'achat selon lequel le fournisseur met à la disposition de la CAME un stock de produits et ne se fait payer qu'après la vente effective desdits produits en cas de péremption les frais sont à la charge de la CAME

Rappelons qu'une Centrale Nationale d'Achat de Médicaments Essentiels est un organisme qui centralise les achats de médicaments et qui les achemine dans les établissements de soins du pays [175]. Elle a donc pour objectif comme toutes les centrales d'achat de regrouper les commandes afin d'avoir de meilleures conditions d'achats.

Le Prix d'acquisition des médicaments au Bénin sera plus amplement développé dans la partie traitant de l'accès aux ARV [176] à travers l'exemple de médicaments destinés aux PVVIH. Comme nous l'avons vu dans la partie II, le prix d'un médicament est le résultat du prix d'acquisition et du prix de distribution ainsi que de la prise en charge des patients. Le montant élevé d'un médicament peut être dû à un prix élevé lors de l'acquisition : lié aux brevets, aux volumes limités, aux frais de douanes, ou aux concurrences limitées. Mais le prix de distribution participe également au prix global. Il sera fonction de la majoration des prix pour les ventes en gros et de la stratégie qu'aura adopté les pays importateurs en matière d'établissement des prix (coefficient de majoration lors de la revente).

Lors de la vente au détail, le prix sera de nouveau majoré et dépendra du secteur pharmaceutique (privé ou public). Au Bénin, l'étude de la PNP de 1990 à 1999 a montré que les structures sanitaires vendaient en moyenne 2,5 fois le prix d'achat de la CAME, en 2005 cela représentait 4 à 5 fois le prix. Le prix du secteur privé était réglementé par le gouvernement, mais, étonnamment, ce n'était pas le cas pour le secteur public [169]. Des écarts importants de prix de vente à la population ont alors été constatés. Afin de réduire ces écarts, la politique tarifaire de la CAME a été définie en 2006 de la manière suivante : une marge commerciale de 20% doit être appliquée sur le prix de revient. Le Ministère de la Santé a fixé une marge maximale de 50% (Coefficient 1,5) entre le prix de vente CAME et le prix de vente aux populations. Cependant la fixation du coefficient de 1,5 à appliquer pour le consommateur final ne prend pas en compte les dépôts répartiteurs qui constituent les relais entre les magasins de la CAME et les CS. Ces dépôts répartiteurs sont souvent obligés d'appliquer un coefficient inférieur à 1,5 pour permettre aux CS de ne pas modifier le prix public pour le consommateur final. Toutefois, ceci pose un problème puisque la marge bénéficiaire des CS se trouve ainsi réduite. La CAME constate également des problèmes de tarification non maîtrisés et un manque de transparence dans cette tarification qui seraient à l'origine d'une inflation. Elle prévoit la mise en œuvre d'un outil informatique sur lequel on peut lire, pour chaque produit : la composition du prix (prix d'achat, % coût d'approche, marge, prix de cession), les quantités prévisionnelles de vente pour chaque produit ; les prix de référence du marché qui servent d'étalonnage à l'établissement des prix de cession de la centrale et les chiffres totaux

d'achat, de vente et de marge dégagée dans ces conditions afin de maîtriser au mieux la tarification [173].

Les bénéficiaires de la CAME sont : les formations sanitaires publiques, les formations sanitaires privées à but non lucratif (telles que les formations sanitaires des Organisations Non Gouvernementales, les associations intervenant dans le secteur de la santé), les établissements pharmaceutiques (officines et grossistes répartiteurs privés) enfin les projets et programmes (comme le Programme National de Lutte contre le Sida). Elle approvisionne en produits pharmaceutiques génériques suivant la liste nationale des médicaments essentiels (LME) révisée annuellement. Cependant Le système de distribution mis en place par la CAME ne concerne que la distribution à ses centrales et ses deux entrepôts régionaux (Natitingou et Parakou), justement créés afin de faciliter la distribution des médicaments essentiels (le système de réapprovisionnement et de livraison des entrepôts n'est pas soutenu par des procédures écrites) [173]. Lors de la distribution aux formations sanitaires, la majorité des clients de la CAME organisent eux-mêmes l'enlèvement des produits au niveau des entrepôts de la CAME.

Financement de la CAME : actuellement, la CAME utilise ses propres fonds pour financer son fonctionnement, ses investissements et renouveler son stock pour satisfaire les demandes de la clientèle. En 2001, la CAME a importé pour 3,7 milliards de FCFA.

Il existe plusieurs grossistes-répartiteurs privés au Bénin : par exemple le Groupement d'Achat Pharmacien d'Officines du Bénin (GNPB), PROMOPHARMA, SOPHAB GAPOB, Sté UBPHARMA (Voir Tableau 7) : ils s'approvisionnent de manière indépendante et distribuent uniquement dans le secteur privé [166].

Dans le domaine de la distribution au détail : les pharmacies peuvent être publiques ou privées. Cependant il existe des dépôts pharmaceutiques correspondant à des structures de dispensation sous la responsabilité d'une officine mais sans présence effective d'un pharmacien. En 2004 il y avait 260 structures de ce genre au Bénin. Les prix dans ce secteur privé, rappelons-le, sont fixés par le Gouvernement.

Au niveau du secteur pharmaceutique, il faut aussi noter que le Bénin possède plusieurs industries pharmaceutiques : la première fut Biobénin, créée en 1984, capital privé béninois (99,917%) fabriquant des solutés massifs pour perfusion. Sa production s'est élevée à 298 172

flacons en 2001. Pharmaquick fut quant à elle créée en 1985 ; C'est également un capital privé béninois (production de 1,5 milliards de comprimés), fabriquant des génériques sous forme de comprimés (75 molécules sous noms génériques étaient déjà fabriquées en 1997) [153] [166].

A ce jour le Bénin a ratifié les ADPIC mais il a jusqu'en 2016 pour les rendre effectifs. Cependant aucun médicament de Pharmaquick, d'après nos connaissances, n'a de pré qualification OMS et c'est pourquoi les fournisseurs internationaux ne font apparemment pas appel à celui-ci. Enfin Sopab produit des objets de pansement, dont une partie pour l'exportation.

Concernant les ressources humaines du secteur pharmaceutique peu de données sont disponibles. Cependant, l'Ordre National des Pharmaciens du Bénin a publié les données suivantes : on comptait 173 pharmaciens [177], soit 20,5 pharmaciens pour 1 millions d'habitants en 2004 d'une part, 146 officine, 260 dépôts pharmaceutiques d'autre part. Ainsi, au Bénin, le nombre de structures de dispensations pharmaceutiques sans pharmacien sont plus importantes que le nombre d'officines. Pour comparaison on comptait en France 71 747 pharmaciens soit 1 186 pharmaciens pour 1 millions d'habitants la même année et 23 334 officines ; au Togo ce chiffre est de 178 pharmaciens, 142 officines, 56 dépôts pharmaceutiques soit 34,15 pharmaciens par millions d'habitants [177].

2.7 Bilan de l'accès aux médicaments

Accès géographique : L'accès semble acceptable dans le secteur public avec environ 1500 pharmacies dans les formations sanitaires. Cependant l'accès aux pharmacies privées ou aux dépôts pharmaceutiques est plus limité. Environ 80% de la population urbaine et seulement 15% de la population rurale du Bénin avait accès dans un rayon de 5 Km à une pharmacie/dépôt pharmaceutique en 2001. Il existe un secteur informel de vente des produits pharmaceutiques en plein essor au Bénin. Une enquête a permis de constater qu'au moins 40% des ménages de Cotonou ont recours à ce canal pour l'achat de leurs médicaments. Il s'agit d'une situation grave pour laquelle des investigations sont en cours afin d'identifier la source et le mécanisme des fuites.

Accès financier ou capacité économique des patients : comme nous l'avons vu le prix du médicament dépend de son prix d'acquisition, de distribution mais aussi du système de financement. Au Bénin, le produit intérieur brut par habitant est de 314 USD (234 euros) et un tiers de la population vit ainsi en dessous du seuil de pauvreté. Ceci explique la faible capacité

des populations à financer leurs soins. Le financement du médicament par les patients dépend de leur niveau socio-économique. Comme nous l'avons vu on peut distinguer trois catégories de personnes selon l'activité professionnelle. La première correspond aux fonctionnaires, bénéficiant d'une couverture médicale de l'État pour les soins, mais celle-ci ne couvre pas les médicaments. La seconde catégorie est représentée par les agents du secteur privé qui peuvent bénéficier d'une assurance maladie privée intégrant la prise en charge des médicaments. Enfin, mais surtout, une grande partie de la population se trouve dans les secteurs agricole, artisanal, commercial ou informel et finance directement leurs soins. Dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies endémiques (paludisme, le VIH/SIDA, TB), les partenaires au développement subventionnent fortement les médicaments pour le traitement de ces affections soulageant ainsi les populations du lourd fardeau que constitue le paiement de leurs soins. Nous reviendrons dans la partie consacrée aux antirétroviraux sur l'adoption par le Bénin d'une politique de gratuité concernant les traitements, les dépistages et le suivi biologique lié au VIH/SIDA. Mais il est important de noter qu'en 2008 il était le seul pays d'Afrique de l'Ouest et de Centre où c'était le cas. Dans les autres pays une participation d'un montant variable était demandée et ce montant de dépense de santé pouvait atteindre un montant annuel dépassant 150 USD, l'équivalent trois mois de salaire d'un agent de la fonction publique le moins qualifié dans les pays d'Afrique subsaharienne [173].

Cependant, pour les autres traitements, il faut savoir que les mécanismes permettant la prise en charge n'existent que rarement, entraînant dans certains cas, un refus de traitement. Au niveau des divers centres hospitaliers et du CNHU, les problèmes des moyens financiers se posent de façon encore plus aiguë, les actes techniques, les examens complémentaires et les journées d'hospitalisation sont le plus souvent inaccessibles pour la grande majorité des populations. Ainsi au niveau des formations hospitalières près de 80 % des frais des médicaments sont à la charge des malades ou de leurs familles [153].

Au Bénin, pour l'achat des traitements autres que ceux liés au VIH/SIDA, Paludisme et TB, des forfaits sont demandés aux patients allant de 1 000 à 20 000 FCFA (soit 1,5 à 30,5 euros selon les revenus du patient) [175]. Nous détaillerons dans la partie suivante la participation importante des ménages Béninois dans le financement de la santé.

3 Financement de la santé

3.1 Bases du financement de la santé et du médicament dans le monde et au Bénin

Le financement de la santé et des médicaments peut provenir de plusieurs sources comme le financement public, l'assurance-maladie, le paiement par les usagers. Les aides par les donateurs et les prêts au développement sont des alternatives qui peuvent compléter le financement du secteur de la santé.

Au Bénin, le financement de la santé est assuré par le budget national, le financement communautaire et l'aide internationale [153]. Les dépenses de santé provenant de ces trois sources se répartissent ensuite dans les secteurs privés et publics de la santé.

En 2003, les trois sources principales contribuant à la couverture des dépenses de santé au Bénin sont réparties de la manière suivante : l'Etat, intervient dans le financement de la santé à hauteur de 30,8%, le financement communautaire quant à lui finance 52,1%, et la contribution des partenaires au développement représente 16,5% des financements de santé [178].

Tableau IX: Sources de financement du secteur de la santé au Bénin- 2003

Ménages	49.962.277.132	52,1%
Etat	29.571.781.593	30,8%
Coopération internationale	15.840.371.203	16,5%
Entreprises privées	324.380.608	0,3%
Autorités locales	133.810.238	0,1%
Entreprises publiques	120. 514.891	0,1%

Source : International Health Partnership Rapport d'inventaire Bénin Mars 2008 Partenariat International pour la santé et Initiatives connexes (PIS+) en collaboration avec le dispositif d'harmonisation pour la santé en Afrique (HSA)

Adresse URL : http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/01_BENIN_TSR_FR_FINAL.pdf

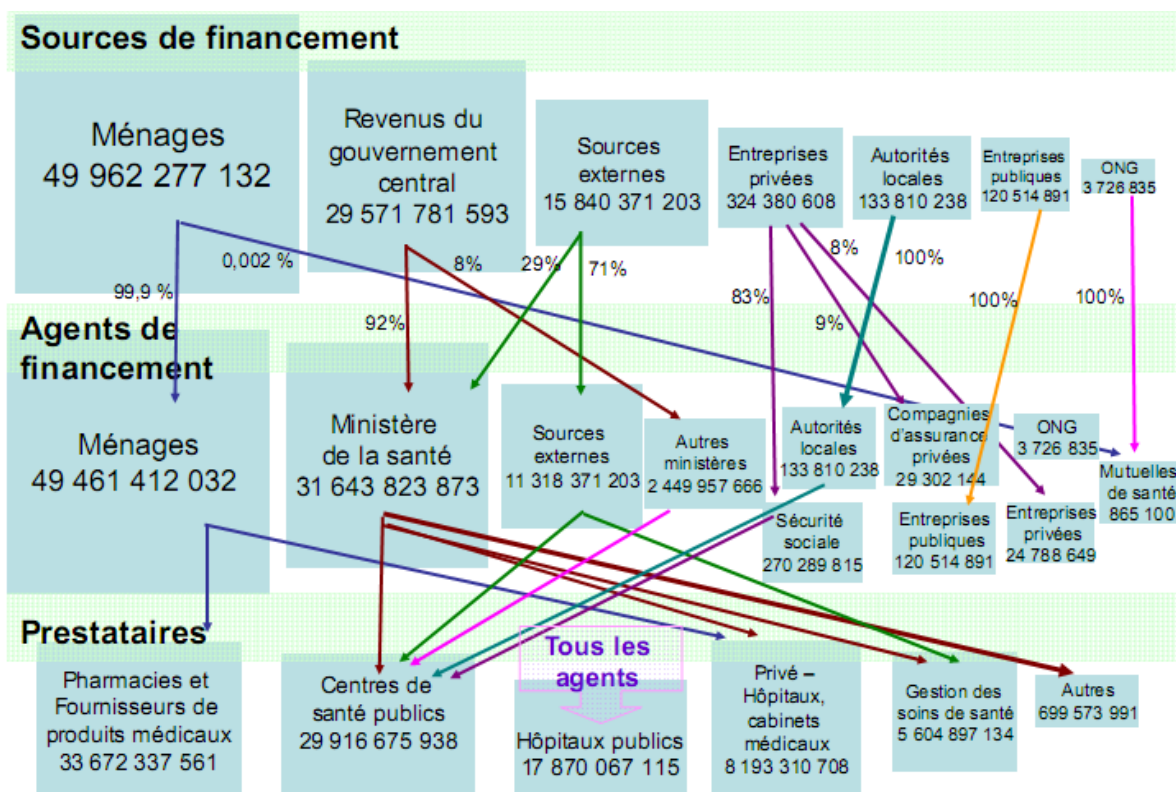


Figure 6 : Financement et prestation de santé au Bénin

Adresse URL : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADJ104.pdf

Le secteur privé de la santé est financé par des fonds propres aux initiateurs, des prêts et les ressources générées par les services aux populations (financement communautaire ou paiement direct). En réalité 99,90% des ressources privées proviennent des ménages (voir tableau suivant). Les dépenses publiques sont financées principalement par deux catégories de ressources : les ressources internes à l'Etat (Ministère ou budget national) en grandes parties d'origine fiscale (impôts) et les contributions des bailleurs de fonds (sources externes) [167]. Les dépenses publiques permettent le fonctionnement du secteur sanitaire (construction des infrastructures, achat des équipements sanitaires....). Ces ressources sont aussi utilisées afin de mener à bien les projets et les programmes mis en place au niveau du Ministère de la Santé.

Tableau X : Ressources en matière de santé au Bénin: 2004-2005'

Ressources extérieures pour la santé en % du total des dépenses de santé :	19.7
Paiements directs en % des dépenses privées de santé :	99.90
Financement des assurances privées en % des dépenses privées de santé :	0,1

Source: OMS

Adresse URL : [World health statistics 2007 http://www.who.int/countries/ben/fr/](http://www.who.int/countries/ben/fr/)

Dans la perspective de la « *santé pour tous en faveur des OMD* » d'ici 2015, il est envisagé que la part des coûts supportés par les bénéficiaires soit ramenée à 20% et les

ressources propres de l'Etat (ou ressources intérieures) devraient croître pour atteindre 40% au moins (dans la mesure de l'augmentation des recettes publiques). Ce fonctionnement permettrait la gratuité de certains types de soins d'une part et la mise en place des réformes en faveur des populations pauvres et enclavées d'autre part. Cependant nous le verrons par la suite, c'est une diminution de la part relative de la santé dans le budget global du gouvernement qui est observée depuis 1998.

La faiblesse du financement de la santé par l'Etat se traduit notamment par la faible protection sociale qui pourrait être offerte par l'Etat. Ce sont les ménages qui financent majoritairement le secteur de la santé et pour pallier au poids que ce financement engendre, des tentatives de mutualisation de la santé ont été mise en place [156].

3.2 Financement de la santé par la sécurité sociale [179] [180] [181] [182] [183]

Le système de sécurité sociale au Bénin intervient peu dans le financement de la santé (environ 0,2%), il ne concerne qu'une faible partie de la population et sa couverture reste donc limitée. Actuellement il existe trois régimes différents : le régime général de sécurité sociale, le régime des fonctionnaires et le régime spécial des pensions civiles et militaires de retraite.

Le régime général béninois de sécurité sociale (CNSS) ne couvre ni contre le risque maladie, ni contre celui de privation d'emploi [179]. Il ne prend en charge que les travailleurs du secteur privé ou parapublic soumis aux codes du travail (soit 124 133 en 1999) [180]. Il faut noter qu'en 2000 la part des cotisants au régime n'était que de 4,8% de la population active au Bénin [181]. Son financement se fait à travers des cotisations des employeurs et des travailleurs et par des subventions (dons, et produits de placement de fond).

Le régime des fonctionnaires ou Fond National de retraite du Bénin (FNBR) couvre les agents permanents de l'Etat (les fonctionnaires, les cadres de la magistrature et les militaires) et leurs ayant droits. Il est financé principalement par les cotisations. Il convient de noter que les dispositions existent en matière d'assurance de maladie et de prestations d'accidents de travail, mais sous formes diffuses et avec l'exception des soins pharmaceutiques.

Le système privé de Sécurité Sociale lancé par les compagnies d'assurances privées proposent une assurance maladie. Elles sont théoriquement ouvertes à toutes les couches de la population mais, seuls les travailleurs les plus nantis peuvent y accéder.

Force est de constater que, comme dans la majorité des pays en voie de développement, la plus grande partie de la population béninoise (environ 90%) ne bénéficie d'aucune protection sociale [182]. De surcroît elle ne couvre que les personnes capables de cotiser et n'apporte donc pas de solutions pour la majorité de la population. Généralement son accessibilité en Afrique est limitée aux travailleurs des zones urbaines et du secteur formel, en particulier aux fonctionnaires et aux militaires, ainsi qu'aux travailleurs à hauts salaires du secteur privé. Malgré l'intérêt suscité par l'assurance maladie de la sécurité sociale, on manque actuellement de chiffres pour mesurer son impact sur l'accès aux soins de santé et la pauvreté. On en sait également peu sur la protection qu'elle pourrait offrir concernant les dépenses de santé [183]. Cependant, cette protection permettrait d'amoindrir les obstacles financiers et éviteraient les conséquences désastreuses liées au recouvrement de coût.

3.3 Paiement de la santé à la charge du patient : participation et financement communautaire

Les ménages interviennent de manière importante dans le financement de la santé alors que beaucoup d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le financement du système de santé par les usagers explique en grande partie la faible utilisation des services. En effet plus d'un tiers des personnes qui ne fréquentent plus les centres de santé avancent le coût des prestations comme principale raison. [153]

Tableau XI : Evolution du financement communautaire en FCFA de 1997 à 2001 [178]

	1997	1998	1999	2000	2001
Recettes en millions	1299	2105	2654	2654	2933
Dépenses en millions	1292	2122	2407	2541	2713

Source: SSDRO/DPP/MSP 2002

Adresse URI : http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/01_BENIN_TSR_FR_FINAL.pdf

Grâce à la participation des populations, le taux de recouvrement des zones sanitaires (couverture des dépenses de fonctionnement par les recettes du financement communautaire) est satisfaisant, cela plus dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Les hôpitaux de zone les plus performants parviennent même à s'autofinancer à hauteur de 60 à 80% [178]. On constate ainsi que le financement communautaire augmente chaque année, qu'il participe

amplement au fonctionnement des structures sanitaires mais qu'il ne permet pas de créer un fond puisque la consommation des recettes est proche de 100%.

Au Bénin, le financement des formations sanitaires publiques porte essentiellement sur le paiement des médicaments et des prestations par les usagers. Comme dans la plupart des pays d'Afrique, la majorité des malades fait alors appel à la solidarité familiale afin de couvrir leurs frais. Cependant la capacité de financement de l'entourage n'est souvent pas possible à long terme posant ainsi le problème de la continuité des soins, de l'endettement, et de l'appauvrissement des familles. Ces dépenses entrent alors en conflit avec les dépenses vitales. Cette situation est accentuée pour les populations rurales. La mauvaise répartition géographique des structures et du personnel de santé accroît les charges financières nécessaires à l'accès aux services de santé [184].

Le rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé confirme que « *La source principale de financement des dépenses de santé au Bénin en 2003 reste les ménages qui supportent 52,1% de la dépense et 69,35% de la consommation médicale. L'Etat participe à hauteur de 30,8% de ces dépenses. La troisième source de financement provient du Reste du Monde avec 16,5 % de la dépense globale. Les trois sources confondues font l'essentiel de la dépense soit 99,4%. Au total, on note une iniquité dans le financement de la santé. Les ménages dans un contexte de marasme économique caractérisé par une baisse de leur revenu, supportent plus de 52% de la dépense de santé [178] ».*

Il en va de même en 2007 puisque les ménages continuent de supporter le même poids des dépenses (52%) et l'Etat malgré ses efforts n'a pas dépassé 30% de la participation totale [178].

Les différentes études réalisées au Bénin n'ont pas exploré la capacité réelle des ménages des différentes catégories socio-économiques à payer les frais de santé. Toutefois une étude menée en 2004 [185] avait pour objectif d'évaluer la capacité des ménages indigents (les plus pauvres) et non indigents à payer les soins de santé. L'étude visait aussi à montrer l'apport des réseaux d'aide communautaire (RAC, réseaux de solidarité) pour compenser en partie l'incapacité financière des indigents. Pour cela des groupes extrêmes ont été sélectionnés : les plus pauvres (indigents) et les plus riches (non-indigents). Un entretien a été réalisé dans chacun des 1 312 ménages (668 indigents et 664 non-indigents). L'étude a montré que seulement 27 % des chefs de ménage ont une accessibilité financière (permanente aux soins et services de santé). Cette accessibilité financière est plus faible chez les indigents (9 %) que chez les non-indigents (46 %). Cependant, la capacité à payer (inclue les revenus propres, les apports extérieurs pour la résolution des problèmes de santé sous forme de dons ou de prêts) des chefs

de ménages a atteint 84 % (87 % pour les non-indigents et 81 % pour les indigents). Le niveau de capacité à payer a été possible grâce à l'intervention des RAC pour 25 % des chefs de ménage, la préférence étant donnée aux indigents. Cet appui des réseaux d'aide communautaire est assuré à 90 % par le réseau familial. Les comités de gestion des centres de santé (COGES) ne sont intervenus que dans 0,8 % des cas dans cette étude. Elle confirme ainsi que la population finance en majorité la santé mais n'a que peu d'aide pour cela. Les aides lorsqu'elles sont présentes, ne couvrent qu'une faible fraction de ceux qui en ont besoin (36% des indigents) et ces aides proviennent d'entraides familiales ou amies à 90,3%. Les autres sources d'aides sont notamment les ONG (0,4%), les groupements de producteurs (1,2%), les COGES (0,8%), ou encore les organisations religieuses (1,6%). De surcroit ces aides ne couvrent la totalité des besoins que dans 52,7% des cas.

Ainsi l'aide, dont on pourrait s'attendre provenir en majorité des COGES n'est en réalité que très faible malgré l'incitation de l'Initiative de Bamako à la protection par l'Etat des plus vulnérables. Les pratiques traditionnelles d'entraides dites informelles sont encore très présentes en 2008 et constituent souvent, le seul mécanisme auquel les membres ont recours pour faire face, entre autres, à leurs dépenses de santé et à celles de leurs familles. Cependant, ces pratiques présentent des limites, sans parler de l'appauvrissement des familles qu'elles provoquent et que nous avons déjà abordé, comme l'absence de spécificité aux problèmes de santé et l'absence de prévoyance des dépenses de santé.

L'accessibilité financière à la santé reste un problème actuel pour les Béninois d'autant plus que le paiement se fait à l'acte et qu'il n'y a ni crédits ni soins gratuits. Ainsi face à la mise en place de la participation des populations et un Office Béninois de Sécurité Sociale (OBSS) très limitée en matière de couverture de la population (alors qu'un tel système, nous le savons, constituerait un moyen de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Dror et Preker, 2002), on assiste alors à des tentatives de mutualisation [186].

Ces tentatives sont tout d'abord informelles puis formelles et c'est en 1994 que l'on voit apparaître au Bénin les premières mutuelles de santé lancées par les partenaires du développement sanitaire.

3.4 Financement de la santé à travers les tentatives de mutualisation

Les mutuelles de santé se présentent comme une forme d'assurance-santé sans but lucratif et adhésion volontaire. La prime d'adhésion ouvre droit à la prise en charge ou au remboursement, partiel ou total des frais engagés pour des services de santé.

Elles peuvent être à l'initiative de l'Etat, d'ONG, des communautés ; de prestataires ; d'ethnies ; de groupes ; de corporations et les structures les soutenant peuvent être nationales ou internationales [187]. Les mutuelles peuvent recevoir une aide financière et technique de structures d'appui. Au Bénin il existe six structures de ce type : trois sont initiées par des partenaires étrangers au développement (CIDR, PROMUSAF – Bénin, STEP/UNF3), les autres sont initiées par des béninois eux-mêmes (ADMAB, CREDESA, IPB) [182] [186].

Les objectifs et idéologie des mutuelles sont triples : au niveau des populations elles aspirent à protéger ses adhérents contre le risque d'appauvrissement lié au risque maladie, à améliorer l'accès aux soins, à réduire l'exclusion et à favoriser l'utilisation des services. Au niveau national leurs objectifs sont d'aider à résoudre la crise du financement des systèmes de santé et de favoriser un changement social. Enfin elles peuvent servir de contre-pouvoir vis-à-vis des prestataires de soins et ainsi contribuer à l'amélioration des prix et de la qualité des services fournis [186].

Au Bénin, il existe une Mutuelle à initiative Etatique [182] ou Mutuelle de sécurité sociale des travailleurs du secteur informel. Elle couvre uniquement les travailleurs opérant dans l'informel et les travailleurs indépendants à titre individuel ou en association professionnelle. La branche de la mutuelle de Cotonou comptait 1.000 adhérents en 2004, dont plus de 800 pour la branche maladie, avec en moyenne 32.000 bénéficiaires.

En 2003 l'OMS comptait 24 mutuelles sur les départements du Borgou/Alibori et du Zou/Collines avec 575 groupements répartis sur 108 villages pour un nombre total de 16 558 bénéficiaires. 45 systèmes de mutuelles ont été dénombrés en 2004. [153] [187].

En 2005, on comptait 99 mutuelles répertoriées en trois groupes : celles promues par l'Etat, celles promues par les partenaires au développement et enfin celles promues par les ONG. Cependant le nombre de bénéficiaires n'est pas connu. Les cotisations peuvent être par famille ou par personne et respectivement par an ou par mois [182].

L'étude des mutuelles d'assurance maladie du Sud Borgou et du Nord Zou faite entre 1999 et 2001 par le CIRI [188] et la coopération Suisse nous permet de comprendre comment peuvent s'organiser des mutuelles sous initiatives d'ONG. Dans le cadre de cette étude ce sont les familles qui adhérents aux mutuelles et non les personnes. Au niveau des villages ; plusieurs familles s'entendent et se regroupent pour former des groupes mutualistes. Chaque groupe comporte un représentant et l'ensemble des représentants forme les mutuelles communales.

Ces dernières utilisent les mêmes hôpitaux et se font représenter par deux ou trois représentants. Sur chaque hôpital il se crée alors une association inter-mutuelle composée des représentants.

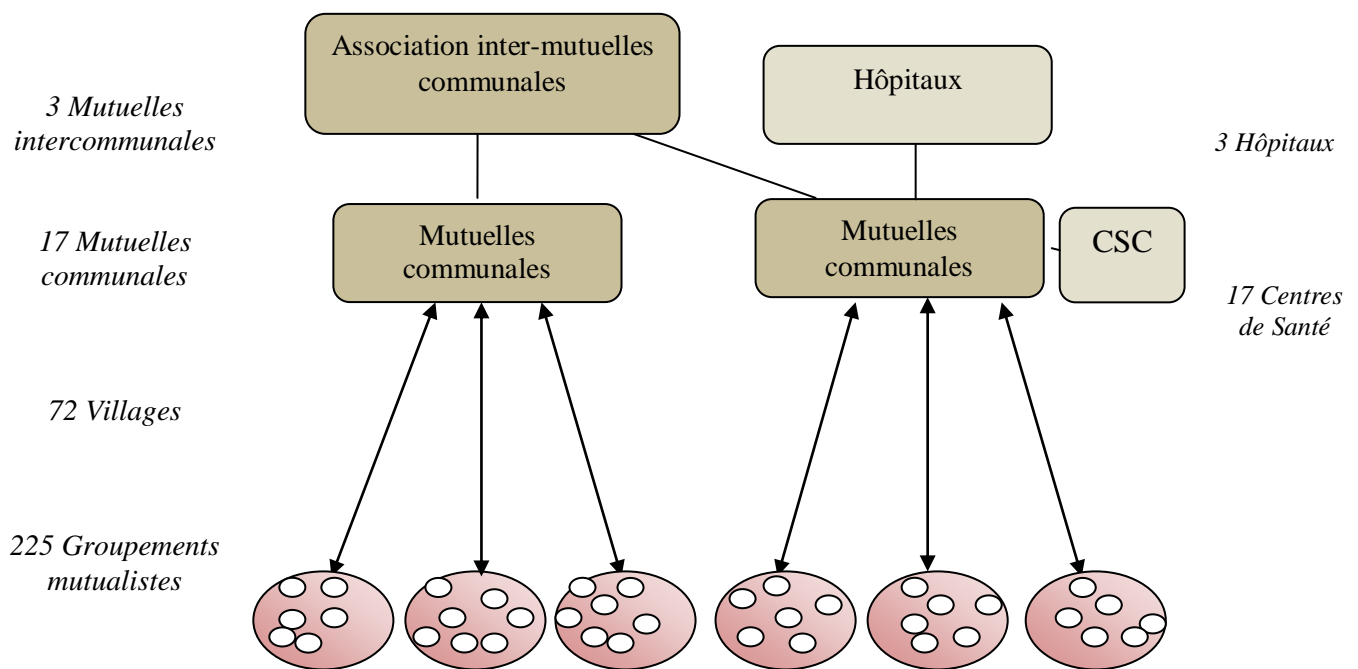


Figure 7 : Les organisations mutualistes du Sud Borgou et du Zou

Source : Mutuelles d'assurance maladie du Sud Borgou et du Nord Zou 2001 CIRD
 Adresse URL : http://lamicrofinance.org/files/14603_mutuellesassurances.pdf

Les inscriptions et la collecte des cotisations se font au niveau des Groupements mutualistes. Les Mutuelles Communales et les Inter mutuelles s'occupent des négociations et des remboursements. Concernant les participations, les familles cotisent directement aux mutualistes. Le montant de cette cotisation est calculé en fonction de la capacité contributive des usagers, chiffré selon la moyenne des revenus des ménages. Il est considéré que 2% de ces revenus moyens correspondent à la capacité contributive des ménages. Par exemple lorsque la moyenne des revenus des ménages de cette étude est de 258 838, la solvabilité hypothétique des ménages est donc estimée à 5 117 FCFA. Au-delà de cette période, les familles peuvent épargner au sein de la mutuelle en attendant de pouvoir y adhérer. Il est ainsi possible de préparer son adhésion pour l'exercice suivant, en donnant de l'argent au fur et à mesure et selon ses moyens. Il faut savoir qu'au Bénin l'activité économique principale étant la vente du coton (de mars à avril), la saisonnalité des revenus influe sur les capacités de cotisation.

Les fonds récoltés par les mutuelles ne permettent pas de prendre en charge tous les actes. Il faut noter que les mutualistes construisent leur code de la mutualité à partir de leurs pratiques culturelles. Les actes pris en charge sont définis au démarrage du programme avec les villageois. Ils comprennent surtout les hospitalisations en urgence, les petites interventions au

centre de santé et à l'hôpital ainsi que la totalité des accouchements. Ainsi une fois que les cotisations sont récoltées, elles sont utilisées pour les frais de gestion (devant être inférieurs à 30%), pour la réserve (survie de la mutuelle, 50% des cotisations), pour les prestations de services et les autres dépenses (produits exceptionnels, produits financiers). Le bilan de trésorerie sur cette étude est négatif : les cotisations acquises ne couvrent pas les frais. Cette étude montre que les mutuelles ont des difficultés quant à la couverture des frais de gestion et de fonctionnement et quant à la maîtrise de la consommation des membres avec un nombre restreint d'adhérents.

Lors de cette étude, des réflexions sur l'entraide et la solidarité ont été menées, concernant la situation de ceux qui sont intéressés par l'adhésion mais qui n'en ont pas les moyens. Ainsi des pratiques d'entraide sont observées au sein du groupement pour le paiement de la cotisation, des caisses de solidarité ont été organisées pour la prise en charge des indigents. La prise en charge des personnes n'ayant pas les moyens de cotiser se fait encore par la solidarité. Même si un changement social a été remarqué : ce ne sont plus forcément les proches qui supportent ce poids, et le relais peut être pris par les membres des mutuelles. Cependant, même si elle tend à être reconnue, la problématique des indigents n'est pas solutionnée.

Entre 2001 et 2005, une étude visait à évaluer l'impact (c'est-à-dire la protection financière et le sentiment de sécurité apportés à la population) d'une dizaine de mutuelles de santé conventionnées avec onze centres de santé et deux hôpitaux de deux zones sanitaires du Bénin. Elle avait également pour objectif d'évaluer l'amélioration en termes d'accès et d'utilisation des soins par la population. Enfin elle évaluait l'impact sur le financement des services de santé, sur la qualité des soins et l'attitude des prestataires. Les dynamiques sociales que les mutuelles pouvaient engendrer étaient aussi prises en compte [186]. Pour cela l'étude recrutait des utilisateurs (des femmes venant accoucher ou parturientes) dans les formations sanitaires. Les utilisatrices étaient ensuite séparées en deux catégories : celles couvertes (adhérentes) et celles non couvertes (témoins ou non-adhérentes) par une mutuelle. L'étude montre que les dépenses totales encourues par le groupe mutualiste sont significativement moindres que celles de son homologue non mutualiste (-33%). Les coûts facturés aux adhérentes sont en moyenne inférieurs de 34% au centre de santé, et de 69% à l'hôpital. La durée de séjour de l'adhérente aux mutualiste et au centre de santé est inférieure à celle de son homologue non adhérente de près de 20% (35,2 heures vs 45,2). Par contre, on ne note pas de différence dans l'appréciation des soins reçus pendant le séjour.

Un second groupe d'utilisateur est alors recruté : ce sont des patients hospitalisés. L'épisode d'hospitalisation est significativement moins coûteux pour l'adhérent (en moyenne 14000 FCFA (soit 21 euros) de moins) que pour les non-adhérents. Cette économie résulte de la différence observée dans les coûts facturés par l'hôpital pour le séjour dans l'établissement (7300 FCFA ou 11 euros pour les mutualistes contre 22900 FCFA soit 34 euros pour les autres).

Les mutuelles permettent effectivement de servir de contre-pouvoir vis-à-vis des prestataires de soins (négociation des tarifs). Toutefois aucune mutuelle étudiée n'a instauré de système de prise en charge des indigents. Sur le plan social : les mutualistes, les secrétaires de groupements mutualistes villageois (GMV) et les élus ont acquis une conscience critique en devenant membres des mutuelles de santé et ont pris conscience de leur capacité à interagir avec les agents de santé. Mais l'objectif concernant la diminution du poids financier de la santé n'est atteint que partiellement : effectivement la tarification est moindre et permet de lutter contre l'appauvrissement mais elle n'est pas nulle et les indigents ne pourront certainement pas répondre à cette tarification même diminuée.

Si le taux de croissance des mutuelles entre 1997 et 2003 a poursuivi sa progression, le Bénin devrait compter 120 mutuelles de santé en 2006. Cependant les informations concernant le nombre de personnes couvertes par ces mutuelles ne sont pas facilement disponibles. L'expérience dans d'autres pays laisse à penser que les mutuelles doivent couvrir moins de 100 000 personnes au Bénin à ce jour [169].

Même si cette démarche est encouragée par les Etats, la couverture des mutuelles de santé au Bénin et en Afrique sub-saharienne reste donc encore faible et très souvent piloté par des organismes extérieurs (pour la plus part sur initiatives d'ONG). La difficulté réside dans différents problèmes qui perdurent tels que l'inclusion des personnes qui n'ont pas les moyens financiers de payer, la qualité des soins de santé et la confiance des habitants dans la réussite de l'entreprise. Les initiatives émanant de groupements locaux restent rares alors que les communautés africaines ont spontanément développé, et continuent à le faire, une variété de mouvements associatifs d'entraide [169].

3.5 Dépenses de santé

Les pays à revenus élevés consacrent en moyenne une part deux fois plus importante du PIB aux dépenses de santé que les pays à faibles revenus (4,3% du PIB pour ces pays contre 9% du PIB pour les pays à revenus élevés). Les pays où les dépenses de santé en pourcentage du PIB sont les plus élevées sont aussi les pays où le secteur sanitaire fait le plus appel au

financement public. La part de dépenses publiques varie d'un pays à l'autre, alors que pour les pays Européens les dépenses publiques allouées à la santé sont de plus de 14%, la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne se situe à 9,24 %. En 2006 le gouvernement du Bénin n'investissait plus que 8,34 % des dépenses publiques dans ce secteur (ce qui est inférieur à la moyenne en Afrique subsaharienne) alors qu'en 1998 l'investissement représentait 16%. Cela mériterait une étude plus approfondie afin de déterminer si ce recul témoigne d'une dégradation de l'importance politique du secteur de la santé au fil du temps [157].

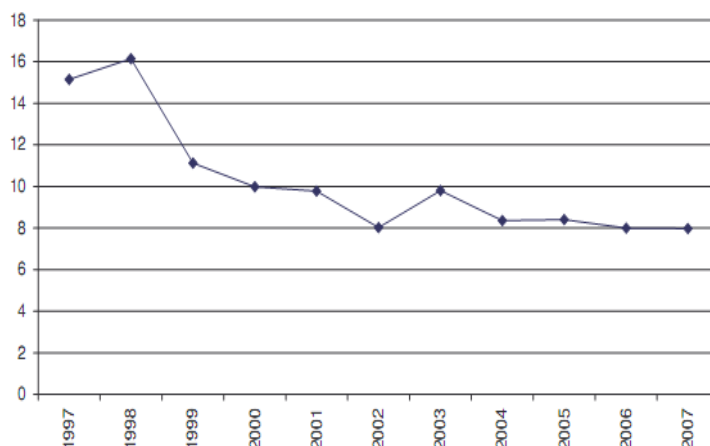


Figure 8 : Evolution du Ratio Budget secteur santé/budget général entre 1997 et 2007

Source : MS Bénin (Ministère de la Santé Bénin), The Global Fund , PNL 2008 annuaire des statistiques du Programme National de Lutte contre le Sida République du Bénin Ministère de la sante Direction nationale de la protection sanitaire

Au Bénin, comme dans les autres pays à faibles revenus et à fortiori en Afrique, la part privée allouée à la santé était plus importante que la part publique alors qu'en Europe plus de 75% des dépenses de santé sont publiques donc proviennent de l'Etat.

Tableau XII : Dépenses du Bénin en matière de Santé

	Bénin		Afrique Subsaharienne		PFR		Monde dont USA		Région Européenne	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Dépenses publiques % DT*	47,6	50,2	44,8	47,1	33,3	36,2	56,6	57,6	73,6	75,6
Dépenses privées % DT	52,4	49,8	55,2	52,9	66,7	63,8	43,3	42,4	25,8	24,4
Ressources externes % DT	16	21	6,8	10,7	11,7	16,9	0,3	0,4	0,2	0,1
DT santé en % du PIB	4,6	4,7	5,5	5,5	4,2	4,3	8,2	8,7	8,0	8,4

*DT = Dépenses Totales Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2008

Adresse URL : www.who.int/whosis/whostat/FR_PDF_WHS08_Full.pdf

Avec une part du PIB de 4,7 %, le Bénin se situe en deçà de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (5,5%) en termes d'investissements dans le secteur de la santé. Le total des dépenses de santé par habitant en 2006 est de 26 USD alors qu'il est à 58 USD pour la moyenne de l'Afrique subsaharienne la même année (en Europe c'est 1756 USD qui sont dépensés par an et par habitants). Le Bénin se place au-dessus des moyennes régionales en termes de dépenses déboursées. La part de dépenses déboursées étant un signe de la priorité accordée au secteur de la santé, il faudrait une étude approfondie afin de comprendre pourquoi cette faiblesse dans les dépenses de santé.

Malgré cette faiblesse, le Bénin consacre aux médicaments une part importante du total de ces ressources dédiées à la santé, soit environ 40%. Par ailleurs, les pharmacies étant concentrées dans les zones urbaines, cela signifie qu'une grande partie des ressources béninoises dédiées à la santé est dépensée dans les zones urbaines.

Il est important de noter qu'au Bénin 64 % des dépenses échappent aux autorités publiques car elles sont contrôlées soit par les ménages, soit par les bailleurs (71% des ressources des bailleurs ne passent pas par l'Etat).

Afin d'avoir de meilleurs résultats en matière de santé, le Ministère de la Santé devra donc compléter ses efforts et mettre en place des mesures permettant d'aligner les financements générés par les ménages et les bailleurs de fonds et les priorités du pays en matière de santé [169].

4 Bilan de l'accès aux soins au Bénin

En 2006, l'accès géographique théorique aux structures de soins sanitaires est relativement bon avec une couverture des infrastructures de 86% (c'est-à-dire 86% de la population habite dans un rayon de 5 Km autour d'une structure sanitaire). Cependant certaines formations sanitaires ne sont pas fonctionnelles (mauvais état de certaines structures sanitaires, manque de personnel et équipement de base insuffisant). Une pénurie ou une mauvaise répartition des ressources humaines font que certaines zones rurales sont démunies de personnel de santé et ceci entrave l'accès aux soins. [169]

L'utilisation par la population reste malheureusement limitée. Ce phénomène peut s'expliquer par les mauvaises relations entre le prestataire et le patient d'une part et la mauvaise perception de la qualité des soins d'autre part. La faible fréquentation des formations sanitaires peut aussi être due à des causes culturelles, notamment la façon de concevoir la maladie. Beaucoup de comportements en matière de santé se fondent implicitement ou

explicitement sur la religion. Les rites et les pratiques traditionnelles demeurent encrés et freinent le recours aux services de santé [167]. L'accès géographique aux établissements privés est encore limité pour la plus grande partie de la population alors que 55% des médecins travaillent dans le secteur privé et que celui-ci permet parfois un plus grand accès financier par le biais de crédits.

Les dépenses de santé du gouvernement n'ont pas suivi la même évolution que celles d'autres secteurs ou d'autres pays présentant le même profil socio-économique. Le financement du secteur de santé dépend des dépenses déboursées par les ménages, principalement sous la forme de frais issus de l'achat de médicaments et d'autres produits pharmaceutiques. Étant donné le niveau de pauvreté du pays, cette dépendance envers la dépense des ménages crée un obstacle à l'accès aux soins et de plus cette dépense est insuffisante pour répondre aux besoins financiers du système de santé. De nombreuses sources de financement reposent sur des bailleurs de fond et ces sources ne sont donc pas stables. Le gouvernement engage de fortes dépenses en matière de médicaments ce qui suggèrent un problème d'efficacité dans cette gestion. [169]

5 La lutte contre le VIH/SIDA et l'accès aux antirétroviraux au Bénin

5.1 Contexte épidémiologique au Bénin

On estime que le premier cas de VIH/SIDA est apparu au Bénin en 1985. Dès 1990 des réseaux sentinelles de surveillance sont mis en place. Ils consistent en des sites de consultation prénatale (CNP), des formations sanitaires et des sites de consultations des IST [189]. Ils rapportent la progression lente mais constante de la prévalence de l'infection au VIH/SIDA. Passant ainsi de 0,3% en 1990 à 4,1% en 1999, cette progression se poursuit jusqu'en 2006. La pression qu'elle provoque sur le système de santé et sur l'économie du pays s'accroît alors de manière parallèle. Cependant depuis 2006 une stabilisation, voire même une diminution de la prévalence est constatée, reflet peut-être de la lutte active contre cette maladie. Les résultats obtenus par l'Étude de la Démographie et de la Santé au Bénin (EDSB-III 2006) confirment cette tendance réelle à la stabilisation de l'infection de 2002 à 2006 [152]. Cette tendance semble se poursuivre : En 2006, près de 65432 personnes vivaient avec le VIH/SIDA (PVVIH). La prévalence nationale du VIH/SIDA en février 2009 était estimée à 64000 PVVIH (OMS). Les réseaux sentinelles, très actifs dans les centres de consultations prénatales (CPN), corroborent cette

évolution chez les femmes enceintes.* Toutefois a-t-on assez de recul pour juger ces résultats significatifs ? C'est la question que se posent les membres d'ONUSIDA. Pour eux la prévalence de l'infection ces cinq dernières années n'est statistiquement pas significative pour conclure à un début de phase de régression.

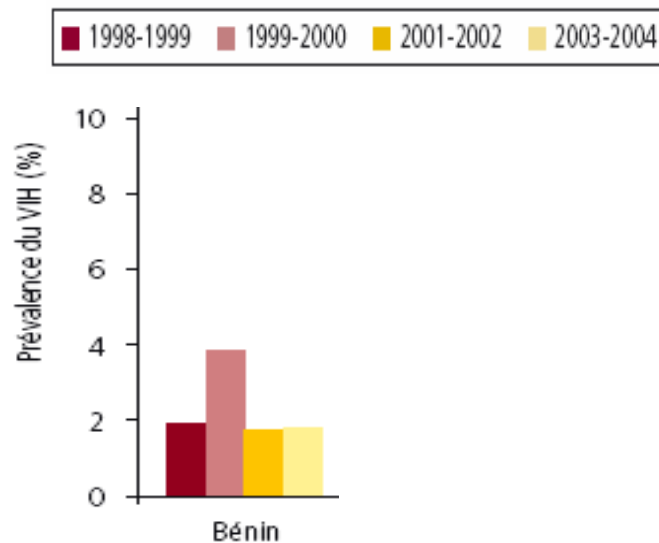


Figure 9 : Prévalence médiane du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans entre 1997 et 2004

Source : Rapport de surveillance épidémiologique du VIH : Sida dans les régions OMS de l'Afrique OMS

Adresse URL : www.afro.who.int/fr/publications.../75-rapport-sur-la-surveillance-.html

Au Bénin, deux groupes d'âge représentent 91,7% des PVVIH. Les tranches d'âge de 15 à 24 ans (1,4% de taux de prévalence) et la tranche 25 à 34 ans (prévalence de 1,6% de PVVIH) (ONUSIDA). Les femmes sont le plus touchées (à l'exception des groupes d'âges 35-39 ans et 45-49 ans [153] [165]).

La transmission du VIH/SIDA se fait de façon prépondérante par voie sexuelle (92%). La seconde cause de transmission est la transmission mère-enfant, qui concerne 4 % des cas [152]. Les orphelins, estimés à près de 22 000 en 2002, sont souvent victimes du VIH/SIDA. En 2006 ils représentaient 10% des décès dus au VIH/SIDA [153]. Les autres populations à risques sont constituées par les Travailleuses du Sexe et leurs clients, les camionneurs, ainsi que par les donneurs de sang, les jeunes et les tuberculeux. La transmission transfusionnelle a souvent été sous estimée, mais depuis la mise en place du contrôle des poches de sang, ce risque est néanmoins devenu faible au Bénin. [152]

* La surveillance des femmes enceintes est souvent retrouvée dans la littérature car elles sont représentatives de la population générale.

5.2 Prévalence de l'épidémie en fonction des régions

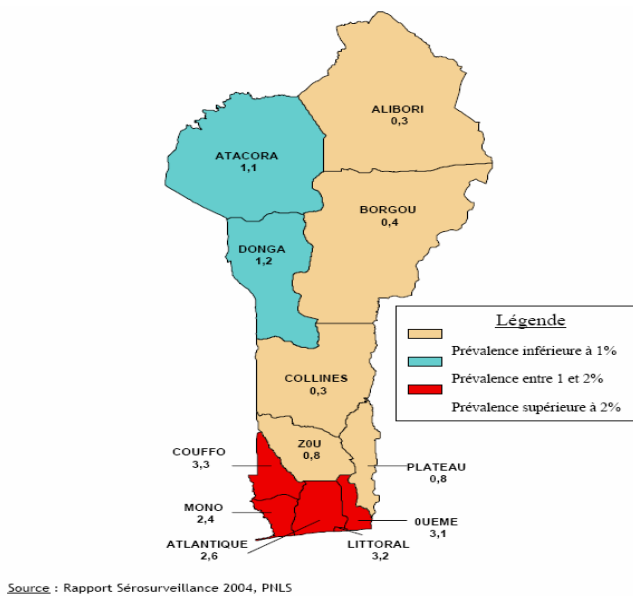


Figure 10 : Classification des départements en fonction de la prévalence VIH selon les normes de l'OMS [189]

Sources : Rapport de surveillance épidémiologique du VIH : Sida dans les régions OMS de l'Afrique OMS 2005 et Rapport surveillance CNLS 2006

Adresse URL : www.afro.who.int/fr/publications.../75-rapport-sur-la-surveillance-.html

Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_benin_fr.pdf

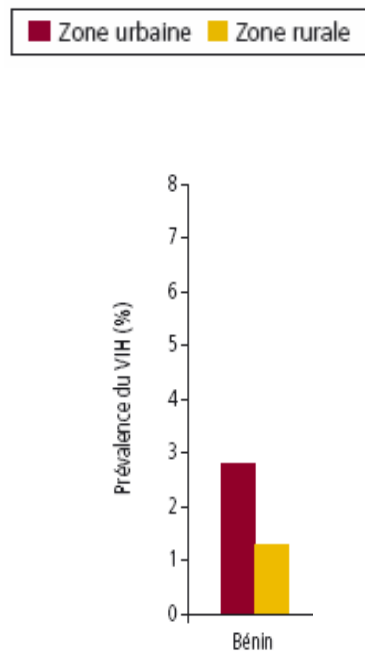


Figure 11 : Prévalence du VIH chez les femmes enceinte de 15 à 49 ans en fonction du milieu de résidence [190]

La prévalence nationale cache les disparités qui existent au niveau du milieu de résidence et au niveau des départements. Ainsi les quatre départements du littoral, zone la plus urbanisée, possèdent les prévalences les plus importantes du territoire. Cependant à l'intérieur même des départements les réseaux sentinelles rapportent des variations allant de 1,4 % jusqu'à 13 % dans certaines communes [153]. Sur l'ensemble du territoire le milieu urbain est en moyenne significativement plus touché (2,8%) que le milieu rural (1,5%) [189]. La prévalence médiane du VIH/SIDA chez la femme enceinte de 14 à 49 ans consultant les services de soins prénatals entre 1997 et 2004 confirme cette répartition : la zone urbaine est deux fois plus touchée [190] par la pandémie. Ces disparités ont permis l'amélioration de la représentativité des sites de surveillance sentinelle qui sont passées de 11 à 45. Ils ont aussi été mieux répartis dans le milieu urbain. Le Bénin semble posséder un maillage assez important de ces réseaux par rapport à l'ensemble des pays couverts par l'OMS. Malgré cela, certaines régions en étaient encore dépourvues en 2005 [190].

Le développement des systèmes de surveillance du VIH/SIDA (par réseau sentinelle par exemple) est réellement nécessaire afin d'orienter les politiques de prévention et de prise en charge. Pour produire des données de qualité, il est crucial de maintenir une bonne supervision et une régularité des activités de la surveillance. Par exemple entre 2002 et 2006, cette surveillance a permis de faire le lien entre la densité de femmes enceintes séropositives et la prévalence du VIH/SIDA (mis en corrélation avec les voies d'accès) afin d'orienter les campagnes de prévention.

5.3. Les actions pour la lutte contre le VIH/SIDA [191] [192] [193]

Les Programmes Nationaux de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) ont été créés dès 1989. Sous tutelle du ministère de la santé, ils ont pour objectif d'assurer la prévention, la prise en charge globale des personnes infectées et la surveillance épidémiologique du VIH au sein de la population Béninoise. Ils se décomposent en 2007 en onze services.

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), créé par décret en 2002, coordonne toutes les stratégies et les activités de lutte contre le VIH/SIDA. On le retrouve dans les départements (CDLS), dans les communes (CCLS), dans les arrondissements (CALS) et aussi dans les villages (CVLS). C'est donc un organe national d'orientation pour les décisions qui assure également la mise en œuvre, la coordination et le suivi-évaluation de toutes les interventions. Le CNLS regroupe les différents ministères, la société civile, le secteur privé, les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA. Le CNLS est présidé par le Chef de l'Etat et trois vice-présidents (le Ministre de la Planification, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique, le Ministre de la Santé et le Ministre de l'Economie et des Finances). Le CNLS comporte un Secrétariat Permanent assurant la coordination, le suivi et l'évaluation de la réponse multisectorielle.

ORGANIGRAMME DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNLS)

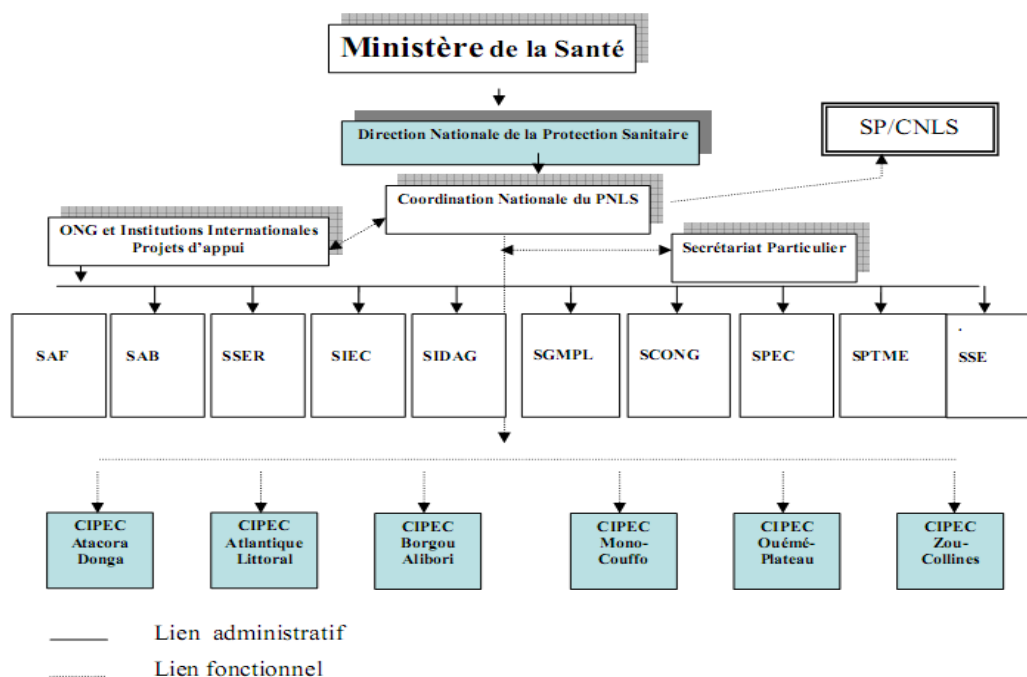


Figure 12 : Organigramme du PNLS

Source : PNLS Bénin 2007 *

Adresse URL : <http://www.pnls-benin.bj/french/#>

5.3.1. Financement

Le Gouvernement du Bénin a pris des mesures concrètes pour renforcer la riposte à l'épidémie du VIH/SIDA en dégagant des lignes budgétaires dans les départements ministériels concernés et en utilisant une partie de l'allègement de la dette extérieure pour constituer un fonds national de lutte contre la maladie.

C'est ainsi que les ressources nationales pour la lutte contre le VIH/SIDA sont passées de 80 millions à 2 milliards en 2001 en utilisant une partie de la dette pour la lutte contre le VIH/SIDA (fonds PPTTE). En 2006, le Gouvernement du Bénin a mobilisé 12,96 milliards CFA (19 millions en euros) pour faire face à l'épidémie d'après le rapport du CNLS [191].

* Les 11 services du PNLS regroupent : le Service Administratif de Gestion Financière et administrative (SAF), le Service IEC/CCC (SIEC) (information, de l'éducation et de la communication pour un changement de comportement), le Service de Prise en Charge (SPEC), le Service de la Coordination des ONG (SCONG), Le Service des Activités Biologiques (SAB), le Service de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (SPTME), le Service de Gestion des Médicaments et Produits de Laboratoire (SGMPL), le Service d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit (SIDAG), le Service des Infections Sexuellement Transmissibles et des Groupes à Haut Risque, le Service d'Epidémiologie assure la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH (SSE) et enfin le Service de Suivi-Evaluation est chargé du suivi et de l'évaluation des activités de lutte contre le VIH (SSER). Les CIPEC sont les Centres d'Information et de Prise en Charge, ils sont présents dans tous les départements.

Il est nécessaire de préciser que malgré l'effort évident de l'Etat Béninois, les partenaires au développement ont joué un rôle important dans cette mobilisation. En 2007 c'est plus de 18 millions d'euros (soit plus de 11 milliards CFA) qui ont été mobilisés par les partenaires extérieurs pour cette lutte soit 2 fois plus que l'année précédente [152].

Cependant les fonds publics ont subi une forte baisse entre 2006 et 2007, de l'ordre de 1,296 milliards FCFA (-36,25%), due à l'absence de prêts remboursables octroyés par les Banques de Développement (pris en compte comme fonds publics). En effet, 2006 a connu la comptabilisation d'un prêt avec la Banque Mondiale d'un montant remboursable de 1,4 milliards contre un prêt de seulement 82,22 millions FCFA en 2007. Les ressources publiques sont ainsi passées de 3 575 675 831 FCFA en 2006 à 2 279 423 479 FCFA en 2007.

Voici un tableau des dépenses totales liées au Sida sachant qu'en 2006 les ressources du FM ne sont pas comprises car non renseignées [191].

Tableau XIII : Répartition des financements liés au VIH par sources

	Pourcentage du montant Total 2006	Pourcentage du montant Total 2007
Fonds publics	35,86%	20,76%
Fonds privés (ménages)	28,16%	23,31%
Ressources extérieures Agences bilatérales, multilatérales Organisation internationales non lucratives et fondations	35,9 8%	55,92%
Total	9 971 597 319	10 977 469 534

Source : REDES Bénin 2006 et 2007

Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/nasa_benin_0607_11032009_fr.pdf

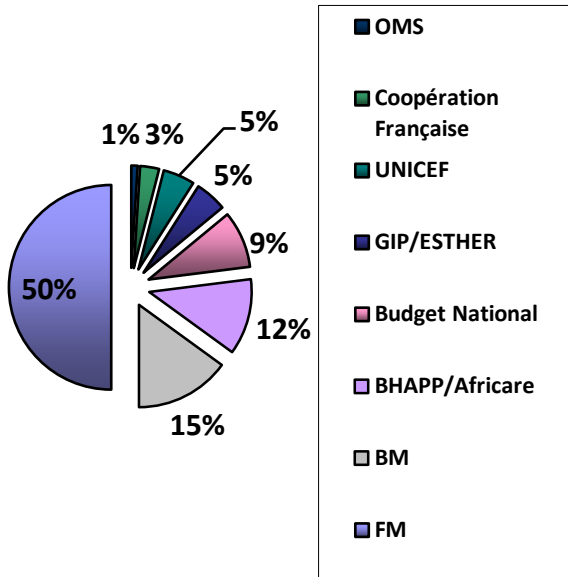
Ceci nous permet de constater que les fonds publics dégagés sont en grande partie dépendants des prêts octroyés par les banques de développement, prêts qu'il faudra rembourser (ce qui pose la question du financement des soins courants par des prêts). Encore une fois, les ménages supportent le coût des soins liés au VIH/SIDA.

Au cours de l'année 2006, le Programme National de Lutte contre le VIH /SIDA a reçu quant à lui des financements de diverses sources dont voici les principales : Budget National, OMS, UNICEF, Banque Mondiale, Coopération Française, GIP/ESTHER, BHAPP/Africare, Fonds Mondial répartis comme suivant. D'autres partenaires contribuent aussi à l'atteinte de ces objectifs : c'est le cas de la Coopération Belge pour ne citer qu'elle.

2006 : total 6,19 milliards CFA [192]

2007 : total 7,38 milliard CFA [193]

Sources de financement des PNLS



Sources de financement des PNLS

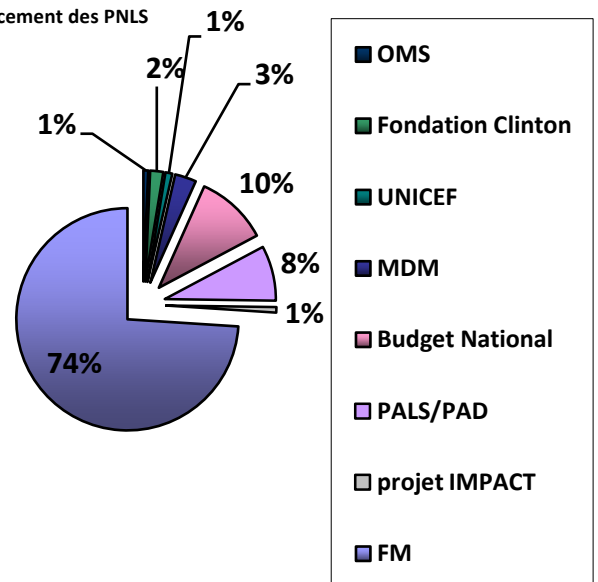


Figure 13 et 14 : Sources de financement du PNLS 2006 et 2007

Adresse URL : <http://www.pnls-benin.bj>

En 2007 le Fond Mondial de lutte contre le sida, la TB et le paludisme finance le PNLS à hauteur de 73%, les autres partenaires eux ont changés pour la plus part [193]. Le montant total des aides a augmenté, mais ceci n'est pas représentatif. En réalité de nombreux paiements prennent du retard et l'épuisement des bailleurs se fait ressentir depuis quelques années. L'Etat Béninois n'est intervenu qu'à hauteur de 9% à 11% entre 2006 et 2007 dans les PNLS, le reste étant pris en charge par les partenaires. Le Bénin a ainsi consacré 0,4% de son PIB dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST en 2007.

Ces sources budgétaires sont ensuite réparties dans la lutte contre le VIH/SIDA. On se rend compte en regardant celles-ci que près de 19% des fonds sont consacrés à la gestion, ce qui expliquerait peut être les différences constatées entre les financements obtenus au total et ceux perçus par le PNLS. En effet on constate que si près de 10 milliards qui sont engagés dans le VIH/SIDA au total, seuls 7 milliards CFA environ parviennent aux PNLS. Nous pouvons imaginer que la gestion des programmes est organisée par les CNLS et que pour cela ils perçoivent 20% des dépenses totales.

Tableau XIV : Répartition des principales dépenses de santé liées au VIH/SIDA toutes sources confondues [191]

	Dépenses en % des dépenses totales	
Prévention		28,86%
<i>CDV</i>	5,17%	
<i>PTME (dont CDV femmes enceintes)</i>	4,27%	
<i>Préventions jeunes scolarisés</i>	1,96%	
<i>Fournitures publique et commerciale des préservatifs</i>	9,40%	
<i>Sécurité transfusionnelles</i>	2,86%	
Soins et Traitements		46,58%
<i>ARV</i>	12,13%	
<i>Soutiens nutritionnels associé à la thérapie ARV</i>	16,79%	
<i>Soins alternatifs et informels et services de traitement</i>	14,27%	
<i>Suivit de laboratoires spécifiques au VIH</i>	3,17%	
Gestion de programme et renforcement de l'administration		19,26%
<i>Gestion du Programme</i>	13,12%	
<i>Planification et coordination</i>	4,33%	

Source : REDES Bénin 2007

Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/nasa_benin_0607_11032009_fr.pdf

Dans la répartition des dépenses de santé le Bénin consacre près de 30% en prévention (à savoir réduire les risques liés au comportement et améliorer, augmenter l'offre dans les services). Nous nous verrons ainsi les grands axes que sont les dépistages, la prévention de la transmission mère-enfant, la sécurité transfusionnelle et les campagnes nationales puis nous étudierons une autre dépense majeure des PNLs : celle liée aux thérapies antirétrovirales. A titre d'exemple, en 2007, le Bénin a dépensé au total 159 073 FCFA pour chaque personne vivant avec le VIH/SIDA (soit 242,5 euros).

5.3.2. Volet prévention de la lutte contre le VIH/SIDA

5.3.2.1. Les Centres de Dépistages Volontaires ou CDV

Les dépistages sont volontaires et peuvent être réalisés soit dans des sites spécifiques de dépistage soit dans des sites de prise en charge des PVVIH. Des campagnes de dépistage mobiles sont organisées chaque année dans tous les départements du Bénin.

Le nombre de dépistés est passé de 24 132 en 2002 à 82 838 en 2005 grâce aux 68 sites de formations sanitaires offrant des CDV. Les CDV constituent pour les années 2007 et 2008, l'un des domaines de lutte contre le VIH/DISA les plus appuyés par les partenaires (avec un résultat de 183 sites ouverts en 2007 et 237 agents socio-sanitaires formés aux techniques de conseil sur le financement du Fonds Mondial). Cette même année un document sur les normes et directives en matière de conseil et dépistage fut élaboré et validé afin d'optimiser le

dépistage. C'est ainsi qu'en 2007, 127 851 personnes ont été dépistées volontairement soit 1,6 % de la population totale. [193]

Tableau XV : nombre de personnes dépistées par an entre 2002 et 2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre	24 132	34 185	64 068	82 848	56 083	127 851

Source : Tableau d'après : Suivi Evaluation PNLs Rapport annuel 2006 et Suivi Evaluation PNLs Rapport du troisième trimestre, au 30 septembre 2008 et le Suivi Evaluation PNLs Rapport annuel 2007

Malgré l'amélioration du nombre de dépistages, certains obstacles freinent cette progression. Parmi ces obstacles on peut citer : les ruptures de stock en réactifs et consommables sur les sites de dépistage et l'insuffisance de CDV qui réduisent l'accessibilité au plus grand nombre. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA persistent et freinent le recours aux dépistages, les campagnes nationales et d'éducation pouvant pallier à ce problème, prennent alors toute leur importance. [194] Le dépistage volontaire ne couvre en réalité qu'une faible partie de la population, par contre il est pratiqué de façon plus systématique auprès des femmes qui consultent lors de leur grossesse.

5.3.2.2. Les Consultations Périnatales (CPN) et les Préventions de la transmission Mère-Enfants (PTME)

Au Bénin le taux de prévalence du VIH/SIDA est plus important chez les femmes, et en particulier chez les femmes enceintes (2%), que la moyenne nationale. Ceci a justifié une des orientations des plans d'action contre le VIH, c'est-à-dire la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Depuis 2002 des interventions en faveur de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant ou PTME ont été mises en place. Les interventions des PTME consistent en un ensemble de services de dépistage et de prise en charge prophylactique aux moyens d'ARV pendant la grossesse puis lors de l'accouchement. Pour le nouveau-né, une surveillance est instaurée le temps que soit connu son statut sérologique. L'allaitement au lait artificiel fait aussi partie de la PTME depuis 2008 [194]. Des progrès sont à faire en matière de dépistage précoce du VIH/SIDA chez le nouveau-né car le test standard de dépistage dont dispose le Bénin ne permet pas d'identifier le statut de l'enfant durant sa première année.

Le territoire du Bénin n'est pas encore entièrement couvert par les activités de PTME. Malgré les 184 sites que l'on compte en 2008, la couverture géographique reste encore trop faible, puisqu'elle n'est que de 40% [194]. Cependant, ce dispositif de prévention a déjà permis de diminuer le risque de transmission pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement :

alors qu'il se situait autour de 15 à 30 %, le risque de transmission est désormais évalué à moins de 2% [195].

Tableau XVI : Nombre de femmes reçues en CPN sur les sites PTME

Bénin	Premier trimestre 2006	Premier trimestre 2007	Premier trimestre 2008
Par trimestre	29 359	34 174	46 340
Total année	122 925	156 392	
% de séropositives	4,74 %	3,05 %	

Source : A partir des PNLS 2005, 2006 et 2008

Adresse URL : <http://www.pnls-benin.bj/french/#>

5.3.2.3. Sécurité transfusionnelle

La contamination par transfusion à longtemps été sous-estimée. Elle est maintenant assurée dans tous les centres qui s'occupent de la collecte, du traitement et de la distribution des produits sanguins. En effet, tout sang prélevé est systématiquement testé pour quatre antigènes : VIH/SIDA, Hépatite B, Hépatite C et Syphilis. Tout donneur dont le sang est testé positif est écarté de la cohorte et orienté vers les sites de prise en charge. Quant au sang prélevé chez ce dernier, il est détruit.

En 2008 : 36 sites de contrôle existent, et le rapport CNLS 2008 affirme que la sécurité transfusionnelle est actuellement assurée à 100% pour le VIH/SIDA [152][196].

Cependant, en 2007, sur les 53 755 poches de sang collectées, 204 n'ont pas été testées pour le VIH. Ce phénomène s'explique par le fait que certains postes de transfusion sanguine procèdent par élimination en vue de la rationalisation de l'utilisation des réactifs : si un seul des trois autres tests effectués (Syphilis, Hépatite B ou C) est positif, la poche est exclue du circuit de transfusion, sans contrôle du VIH/SIDA [193]. La rationalisation des réactifs pose donc un problème en matière de dépistage.

5.3.2.4. Campagnes nationales

Elles se traduisent par des mobilisations de masse, organisées à l'occasion des journées mondiales du SIDA et lors de grands événements (compétitions sportives...) et des campagnes mass-média (organisées avec les radios et chaînes de télévision nationales). Ces manifestations sont alors mises à profit pour informer, sensibiliser les populations au sujet des comportements à risques et servent de façon plus générale à améliorer les connaissances de la population sur ce sujet. La discrimination et la stigmatisation en matière de VIH/SIDA sont aussi traitées. C'est

lors de ces événements que la plus grande partie de la population est sensibilisée aux différents services existant en matière de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA. Nombreux sont ceux qui effectuent le test de dépistage gratuit et anonyme suite à ces campagnes de sensibilisation.

Des interventions en direction des adolescents et des jeunes sont aussi mises en place (dans les écoles primaires, dans des écoles secondaires et dans le cadre des activités culturelles et sportives). Des interventions en direction des groupes à risque (activités dites de proximité) sont aussi un volet important de la prévention. Par exemple, l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos a mis en œuvre un projet de prévention le long de l'axe reliant les 5 pays, ciblant les routiers, les corps habillés, les travailleuses de sexe (TS) et leurs clients.

Un autre aspect de ces campagnes et de l'éducation concerne bien évidemment la promotion de l'utilisation des préservatifs. A titre d'exemples : en 2006 PSI/ABMS* ont distribués 8.845.440 unités de préservatifs à travers 17.880 points de vente installés sur le territoire.

On peut mesurer l'impact des campagnes nationales en observant le nombre de personnes dépistées, qui augmente de façon visible à la suite de ces événements (au dernier trimestre 2007, une campagne nationale de dépistage de masse fut réalisée et 80724 ont été dépistés alors qu'au premier trimestre 2008 le nombre de personnes dépistées n'était plus que de 16711). [193][196]

Malgré les effets tangibles de ces campagnes, les difficultés d'approvisionnement en réactifs sont citées dans chaque rapport national comme étant un problème majeur du volet prévention en matière d'évaluation du nombre de cas de VIH/SIDA (tant chez les enfants que chez les femmes enceintes et les adultes) et de prise en charge des PVVIH. Il paraît donc nécessaire de poursuivre les efforts de prévention de façon régulière, et de palier aux ruptures de réactifs.

5.3.3. Accès aux traitements antirétroviraux (ARV) ou thérapies antivirales (TAR)

Les traitements antirétroviraux sont une combinaison de trois types de médicaments (trithérapie), dont il existe des protocoles standardisés à l'échelle nationale. On parle de 1ère ligne pour les traitements de première intention (par lesquels on démarre les traitements), de

* (ABSM) Association Béninoise pour le Marketing Social / (PSI) Population Services International

2^{ème} ligne et 3^{ème} ligne pour les traitements que l'on substitue aux 1^{ère} lignes (ou au 2^{nde}) quand ceux-ci ne sont plus efficaces ou sont mal supportés. La problématique de l'accès aux ARV dans les pays en développement est complexe. Elle réside d'une part dans le coût des traitements, d'autre part dans la posologie rigoureuse inhérente à ces traitements, qui ne doivent pas être interrompus sous peine d'échec (le virus se multiplie de nouveau) et d'apparition de résistances. Par ailleurs, un suivi médical régulier s'impose afin d'évaluer si un changement de traitement est nécessaire. Enfin, de nouvelles problématiques liées à l'accès aux ARV apparaissent suite au changement des recommandations internationales qui s'orientent vers de nouveaux protocoles beaucoup plus onéreux. Il est alors difficile pour les pays à faible revenu de les respecter. L'accès difficile est un problème d'autant plus grave que le VIH/SIDA est ainsi devenu une affection chronique dont le traitement se prend à vie, et qui nécessite l'utilisation d'outils diagnostiques adéquats pour mettre en place et adapter les thérapeutiques [197].

5.3.3.1 Protocoles des antirétroviraux au Bénin [198]

Il nous semble important d'effectuer une comparaison entre les recommandations de prise en charge thérapeutique et les ARV effectivement disponibles en Afrique. C'est pourquoi nous expliquerons de façon synthétique les protocoles ARV en vigueur au Bénin.

Tableau XVII : Protocoles thérapeutique au Bénin (Voir liste des abréviations p12)

	Adulte	Enfant	Femmes enceintes PTME
Première ligne	3TC + d4T + EFV OU 3TC+AZT+EFV	- 3ans : (d4TouAZT)+3TC+NFV + 3ans : (d4TouAZT)+3TC+NVP(ou EFV)	Multi thérapie préventive : AZT+3TC+NVP
Deuxième ligne	ddl + ABC + IP associé à ritonavir sauf Nelfirapine	-18mois: ABC+ddl+LPV/r +18mois: ABC+ddl+NFV(LPV/r si NFV en première ligne	A défaut Mono prophylaxie à la NVP
Troisième ligne	ABC + TDF + LPV/r ou 3TC + TDF +LPV/r		

Source : Les protocoles thérapeutiques pour le traitement du VIH/SIDA au Bénin Dr Abdel Aziz FAGBEMI
Pharmacien PNLS-Bénin

Formation à la gestion et la dispensation des antirétroviraux au Bénin
4 – 8 décembre 2006 ReMeD-Esther-OMS-PNLS

Il faut savoir que selon les dernières recommandations de l'OMS, certains traitements de première ligne (souvent disponibles à un coût abordable) ne sont plus conseillés, à cause de leur effets indésirables. C'est le cas de la D4T (stavudine) qui a des effets toxiques. De plus, les problèmes d'accès aux thérapies entraînant des ruptures de traitement (qui elles-mêmes

génèrent des résistances) rendent nécessaire l'accès aux thérapies de seconde et troisième lignes, au coût bien plus élevé. Si l'accès aux ARV est une nécessité, le véritable enjeu est de rendre disponible le bon médicament, de bonne qualité, en bonne quantité, au bon endroit, au bon moment et pour un bon usage [199]. Pour évaluer l'accès aux ARV au Bénin, il nous faut étudier le système d'achat et de distribution. Le circuit que nous allons analyser est complexe, peu documenté et dépendant des bailleurs de fond. Ainsi, une véritable enquête de terrain serait nécessaire pour en comprendre tous les mécanismes (par opposition à une étude à distance). Le travail suivant n'aura donc pas la prétention d'apporter des solutions novatrices et révolutionnaires.

5.3.3.2. Législation des antirétroviraux et cycle d'approvisionnement et de distribution

Améliorer l'accès aux médicaments pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA représente un enjeu pour tous les pays, et en particulier pour les pays en développement. De nombreux facteurs affectent la disponibilité des médicaments : la couverture des infrastructures sanitaires, les ressources humaines et les systèmes d'approvisionnement et de distribution. Mais l'un des principaux obstacles pour les pays en développement reste le prix élevé d'un grand nombre de médicaments antirétroviraux proposés par les fournisseurs [189]. C'est pourquoi l'OMS, en partenariat avec UNICEF et UNAIDS, a mis en place des informations sur des sources et des prix de médicaments sélectionnés. Ces informations peuvent alors être utilisées pour aider les agences d'approvisionnement à prendre des décisions informées sur les sources de médicaments, et ainsi servir de base pour négocier des prix abordables. Les données fournies mettent en valeur la multiplicité des fournisseurs et les variations de prix de certains médicaments essentiels liés au VIH/SIDA sur le marché international. Sans cette information, les pays à faibles revenus courent le risque de payer plus qu'il n'est nécessaire pour obtenir ces médicaments essentiels. La mise à disposition d'informations sur les prix résout donc un des obstacles à l'accès aux médicaments dans les pays à ressources limitées. Cette liste est réalisée après soumission aux procédures de contrôles et de pré-qualifications établies par l'OMS. Par exemple, la Didanosine 100 mg comprimé était proposée en 2003 par six fournisseurs dans cinq pays ; sur ces six fournisseurs, cinq répondaient aux procédures d'homologations mises en place par l'OMS ; le prix d'un comprimé variait de 0,175 USD à 1,875 USD [176]. Malgré ces listes, les pays ne parviennent pas forcément à acheter le produit le moins onéreux. En effet, on retrouve de grandes diversités des prix pratiqués dans les différents pays acheteurs. C'est ce qu'a mis en exergue ESTHER [172] dans son étude du circuit de gestion, d'approvisionnement

et de stockage des médicaments en Afrique. Cette étude, menée en 2008, a relevé des écarts en fonction des pays, le prix d'acquisition représentant parfois le triple du prix le plus bas disponible. Prenons l'exemple de la Névirapine 200 mg, dont le prix le plus bas se situe à 3,77 USD : son prix d'acquisition par le Congo est de 10,33 USD, soit 2,74 fois plus que le prix le moins cher disponible.

Tableau XVIII : Prix d'achat de quelques médicaments ARV en fonction des pays en utilisant l'indice 1 pour le prix le moins élevé.

Dénomination	Dosage	Condt.	Bénin	BF	Cameroun	RCA	Congo	RCI	Ghana	RDC	Δ
EFZ	600 mg	30 cp	1,92	1,08	1,31	1,01	1,37	1,91	2,27	1,00	2,27
EFZ	200 mg	90 cp				1,24	1,54		1,00		1,54
NVP	200 mg	60 cp	1,84		1,38	1,06	1,04	2,74	1,00	1,02	1,51
ABC	300 mg	60 cp	2,55	1,02	1,29		2,54	1,65	1,00	1,35	2,96
DdI	250 mg	30 cp			1,20		1,00			1,04	1,20
DdI	200 mg	60 cp	1,00			1,48		1,32	1,24	1,48	1,48
DdI	400 mg	30 gel				1,00	1,32		1,04		1,32
3TC	150 mg	60 cp			1,14	1,20		2,88	1,32	1,00	1,57
d4T	30 mg	60 cp					1,48	1,91	1,00	1,20	2,92
AZT	300 mg	60 cp		1,09	1,13	1,10	1,00	2,51	2,19		1,27
AZT/3TC	300+150	60cp	1,00		1,23	1,06	1,25	1,42	1,05	1,07	1,50
d4T/3TC	30+150	60cp	1,00		1,35	1,20	1,09	1,42			2,11
d4T/3TC/NPV	30+150+200	60cp	1,00		1,26	1,04	1,05				1,74
Cotrimoxazole	480 mg	1000 cp	1,03	1,05		1,00		1,48	1,81		1,81
Valeur médiane			1,03	1,05	1,26	1,08	1,09	1,78	1,32	1,04	1,57

Source : enquête PSM

Source: ESTHER

Adresse URL : www.unicef.org/wcaro/wcaro_PSM_low_res_FR.pdf

D'après ESTHER, ces écarts semblent être dus aux modalités de livraison (terre, air, mer) et aux techniques d'achat employées, plutôt que de la situation géographique des pays acheteurs (par exemple l'enclavement qui engendre souvent un surcoût).

Ainsi pour une même molécule, le prix d'acquisition peut varier d'un pays à l'autre, même si le fournisseur est le même. Cette hétérogénéité de prix dans les différentes classes d'ARV est elle aussi un frein à l'accès à des traitements adaptés. La possibilité d'approvisionnement des pays en développement dépend de l'existence de génériques à prix abordables, ce qui est encore envisageable pour les traitements de première ligne, mais plus difficile pour ceux de seconde ou troisième ligne, plus chers car protégés par les brevets.

Il est considéré en effet que chaque année, 10% d'une cohorte de patients en traitement de première ligne doit passer sur des médicaments de seconde ligne. En 2008, MSF évalue que le prix le plus bas des médicaments de seconde lignes est de 620 USD/patient/an, contre une disponibilité à 80 USD pour les premières lignes. Nous allons donc aborder le problème de l'approvisionnement selon deux angles : d'une part, celui des ARV dont les brevets

sont tombés, et d'autre part celui des ARV qui demeurent sous cette protection. Pour faire chuter les prix, plusieurs possibilités existent : faire jouer la concurrence des produits génériques, ou encore, pour les médicaments protégés par brevets, avoir recours au système des licences obligatoires (LO) et aux licences volontaires (LV), enfin l'utilisation par les pouvoirs publics de l'importation parallèle (flexibilités prévues dans l'accord sur les ADPIC et mentionnées dans la Déclaration de Doha). Ceci doit théoriquement permettre d'obtenir le prix le plus bas possible pour des produits de qualité assurée. Cependant aucun laboratoire n'a accepté de délivrer des LV pour les ARV. Les LO sont, quant à elles, peu exploitées, nous verrons pourquoi par la suite. [200]

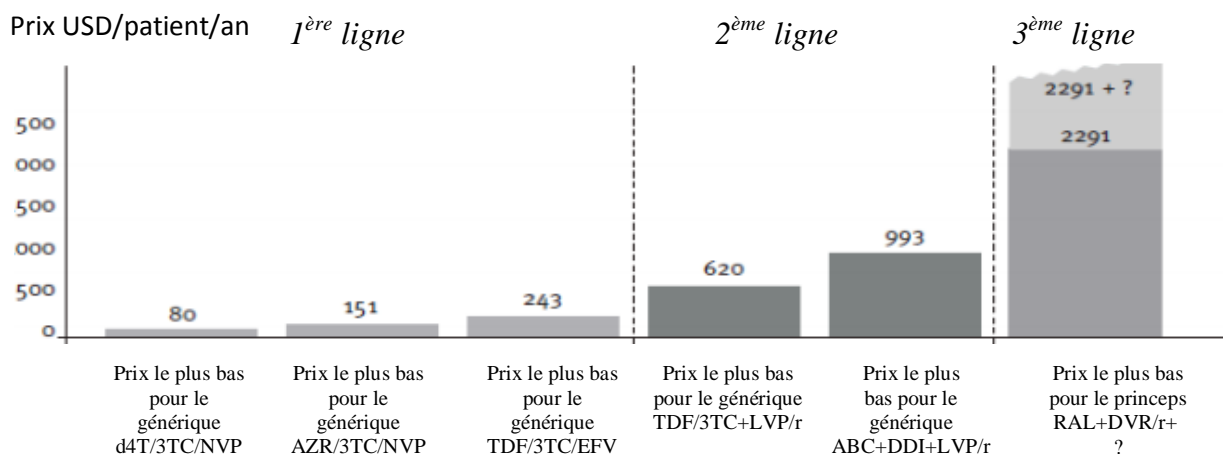


Figure 15 : Prix des ARV de première, seconde et troisième ligne

Source : MSF

Adresse URL : <http://utw.msfacecess.org/background/challenges>

Pour les premières générations d'ARV (AZT, d4T, ddi, ddC, 3TC); les brevets ont commencé à « tomber » en 2007, l'approvisionnement par appel d'offre permettant dès lors une forte concurrence. Cependant les ARV « tombés » dans le domaine public, et donc largement disponibles, sont souvent des traitements dont l'utilisation est compromise par les effets secondaires ou le problème de résistance. L'OMS recommande notamment de mettre progressivement fin à l'utilisation de la Stavudine (d4T) en raison de ses effets secondaires et recommande l'utilisation de la Zidovudine (AZT) ou du Ténofovir (TDF), moins toxique, alors même que la Stavudine était une molécule très répandue car peu coûteuse et largement disponible.

Pour les ARV protégés par brevets, l'année 2005 a été un tournant décisif : jusque là, aucun gros producteur n'avait pu émettre de LO sous le poids des pressions internationales. Avant 2005 certains pays ne reconnaissaient pas la PI (Inde et Brésil par exemple) et des

« copies » des traitements de seconde et troisième ligne étaient alors produites. Depuis 2005, les pays (sauf les PMA) ont dû harmoniser leurs lois concernant la PI. La production et l'exportation de génériques de traitements brevetés ne devient théoriquement possible que suivant les procédures de LV ou de LO. En 2006, la première LO fut émise par la Thaïlande pour l'EFZ (efavirenz), et la seconde fut émise à peine deux mois plus tard : LPV/r (Lopinavir/r). Le Brésil s'engage à son tour dans cette direction en avril 2007, et émet une LO sur l'Efavirenz. Comme dans le cas de la Thaïlande, le Brésil a confié la fabrication des génériques à son laboratoire public [201].

Malgré une flexibilité des ADPIC qui permet ces initiatives (c'est-à-dire la production sous LO, notamment par les gros producteurs de génériques, et l'exportation des produits), tout montre qu'elles ne suffisent malheureusement pas à apporter les solutions tant espérées, le processus d'émission de telles licences étant complexe, long et coûteux. Pour évaluer la complexité de l'émission de LO rappelons qu'elle n'est possible qu'en situation d'urgence sanitaire, d'après les accords de Doha. Cependant Doha laisse les Etats définir eux-mêmes cette situation d'urgence sanitaire rendant délicat le processus de justification des LO. De plus, ces LO permettent difficilement l'exportation, puisqu'elles sont sensées répondre aux besoins du pays émetteur. La LO est ainsi difficile à mettre en place, problème auquel s'ajoute celui de l'exportation. Le processus de LO est donc soumis à contestation et recours juridique ; en pratique, l'arrivée des médicaments dépend des procédures judiciaires et des décisions des cours de justice, ce qui crée une situation d'incertitude. Ceci n'est pas acceptable lorsque des dizaines de milliers de patients doivent être journalièrement alimentés avec différents types de combinaisons de médicaments. Il faut aussi noter que, avec l'obtention des LO, donc la fabrication des médicaments, des baisses de prix significatives sont obtenues. Toutefois l'impact sur le coût global des traitements reste modeste, compte tenu du très faible nombre d'ARV produits sous licence (Tableau XIX). La fondation Clinton a ainsi proposé des comparaisons de prix en établissant un plafond à ne pas dépasser [202] [203] (Voir annexe 2). Cependant, lors de l'étude ESTHER sur une quinzaine de produits ARV en circulation en Afrique de l'Ouest, seuls 4 produits ont été achetés à des prix inférieurs à ceux proposés.

Tableau XIX : Génériques des antirétroviraux disponible en Afrique et ayant la pré qualification OMS

IX - 2 Génériques des antirétroviraux													
Génériques des antirétroviraux			disponibles en Afrique (préqualifiés OMS - 2008)										
DCI de la molécule (abréviation)	Spécialité originale	Firme détentrice du brevet	Apotex	Aspen	Aurobindo	Cipla	Combino	Encore	Hétéro	Huzhai	Matrix	Ranbaxy	Strides
INRT :													
Abacavir (ABC)	Ziagen [®]	GSK	-	-	B	A	-	-	B	-	A	A	-
Didanosine (ddI)	Videx [®]	BMS	-	-	B	B	-	-	B	-	-	B	-
Emtricitabine (FTC)	Emtriva [®]	Gilead	-	-	-	-	-	-	B	-	-	-	-
Lamivudine (3TC)	Epivir [®]	GSK	-	A	A	A	-	-	A	-	-	A	A
Stavudine (d4T)	Zerit [®]	BMS	A	-	A	B	-	-	B	-	A	A	A
Ténofovir (TDF)	Viread [®]	Gilead	-	-	-	B	-	-	B	-	B	B	-
Zidovudine (AZT)	Retrovir [®]	GSK	-	A	A	A	A	-	B	-	A	A	-
Combinaisons d'INRT :													
AZT + 3TC	Combivir [®]	GSK	-	-	A	A	-	-	A	-	A	A	A
AZT + 3TC + ABC	Trizivir [®]	GSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	A	-
ABC + 3TC	Kivexa [®]	GSK	-	-	-	B	-	-	-	-	B	-	-
d4T + 3TC			-	-	B	A	-	-	B	-	A	A	A
TDF + FTC	Truvada [®]	Gilead	-	-	-	B	-	-	B	-	B	-	-
TDF + 3TC			-	-	-	B	-	-	-	-	B	-	-
INNRT :													
Efavirenz (EFV)	Stocrin [®]	MSD	-	-	A	B	-	-	B	-	A	A	B
	Sustiva [®]	BMS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Névirapine (NVP)	Viramune [®]	Boehringer-Ingelheim	-	A	A	A	-	-	A	B	A	A	A
Combinaisons d'INNRT + INRT :													
NVP + AZT			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B
NVP + AZT + 3TC			A	-	B	B	-	-	A	-	B	A	-
NVP + d4T + 3TC			-	-	B	A	-	A	A	-	A	A	B
EFV + ddI + 3TC													
EFV + AZT + 3TC			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EFV + AZT + 3TC			-	-	B	B	-	-	-	-	-	B	-
EFV + d4T + 3TC			-	-	-	B	-	-	-	-	-	A	B
EFV + TDF + FTC	Atripla [®]	BMS/MSD/Gilead	-	-	-	B	-	-	-	-	B	-	-
EFV + TDF + 3TC			-	-	-	B	-	-	-	-	B	-	-
IP :													
Atazanavir (ATV)	Reyataz [®]	BMS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fos-amprénavir (APV)	Telzir [®]	GSK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indinavir (IDV)	Crixivan [®]	MSD	-	-	B	B	-	-	A	-	-	B	-
Lopinavir/RTV	Kaletra [®]	Abbott	-	-	B	B	-	-	B	-	B	-	-
Nelfinavir (NFV)	Viracept [®]	Roche	-	-	-	B	-	-	B	-	-	-	-
Ritonavir (RTV)	Norvir [®]	Abbott	-	-	-	B	-	-	B	-	-	-	B
Saquinavir (SQV)	Invirase [®]	Roche	-	-	-	B	-	-	B	-	-	-	-

Les génériques des antirétroviraux sont présentés à titre indicatif, leur disponibilité est susceptible de modifications.

A = proposé par le laboratoire et préqualifié OMS.
B = proposé par le laboratoire et sur la liste de Médecins sans frontières.

Source : Mémento thérapeutique du VIH / SIDA en Afrique 2009 (deuxième édition) [204]
 Adresse URL : http://vih.org/sites/default/files/memento_therapeutique_vih_sida_en_afrique.pdf

Les petits producteurs locaux ont des barrières encore plus importantes à franchir, comme le manque d'expérience en matière de mise au point de produits et d'assurance qualité. Pour les petits pays ayant la capacité de produire une surveillance efficace en matière de réglementation est nécessaire, et les ressources doivent être fiables et contrôlées. Cela rend la situation difficile dans les pays qui cherchent à fabriquer eux-mêmes des antirétroviraux. Les petits pays doivent montrer que leur production locale peut répondre à des normes d'assurance et de contrôle de la qualité. Ils peuvent offrir des prix concurrentiels sur le marché international et répondre aux besoins sans rupture de stock. L'OMS estime que le risque de voir

se multiplier les produits de qualité inférieure, susceptibles de favoriser l'apparition de résistance à des médicaments aujourd'hui efficaces, doit également être pris en considération [204]. Afin d'aider les productions locales en assurant leur évaluation et leur contrôle selon des normes de qualité reconnues internationalement, l'OMS tente une pré-qualification de ces petites productions [205]. Si les produits et les fabricants entrent dans cette liste, c'est que l'OMS certifie le contrôle de la qualité et de l'efficacité selon les standards internationaux (attention au couplage produit-site de fabrication car une firme peut avoir plusieurs sites non pris en compte par l'OMS). Cette liste permet ainsi d'accélérer l'accès à des médicaments de qualité (la référence à cette liste étant une exigence quasi systématique des bailleurs de fonds pour les pays qui n'ont pas de moyen de contrôle). La production locale doit être envisagée car elle est devenue possible*.

Au Bénin comme dans tous les pays d'Afrique subsaharienne le cycle d'acquisition, de distribution et de gestion des ARV est très complexe à cause de la multiplicité des sources de financement. En effet, aucun Etat n'a encore eu la capacité de financer l'intégralité des besoins en traitements des personnes infectées par le virus, et tous dépendent donc des bailleurs. Une étude faite par ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau) a permis de décomposer le cycle d'approvisionnement de chaque pays étudié et d'identifier à chaque étape de ce cycle les principales sources de financement. Principalement, les bailleurs de fonds (FM, BM, Fondation Clinton) justifient leur implication dans le circuit d'une part par le manque de fiabilité des systèmes nationaux d'approvisionnement et, d'autre part, par le manque de rigueur dans la gestion financière des fonds engagés. Par ailleurs, l'intervention de partenaires multiples engendre des coûts financiers et des charges de travail importantes. L'étude met en évidence une insuffisance de concertation entre les bailleurs de fonds et les Centrales Publiques d'Achat, qui nuit à une meilleure optimisation des circuits pharmaceutiques. REMED et ESTHER [175] [172], lors d'un état des lieux sur l'accessibilité des patients aux ARV en Afrique francophone, ont montré que la multiplicité des sources de financement rendait la gestion des achats et la distribution des ARV très complexe sur le terrain. En effet, un pays aura d'autant plus de stocks différents d'ARV qu'il reçoit des financements de plusieurs bailleurs de fonds. De plus, chaque stock est destiné à une catégorie de patients particulière, définie par le programme soutenu par le bailleur. Les activités de gestion et de compte-rendu de telles situations sont lourdes à gérer dans la pratique quotidienne.

* C'est ce que montre l'exemple d'Aspen, laboratoire Sud Africain dont l'OMS a inclus en mars 2010 plusieurs produits dans la liste de pré-qualification.

Au Bénin, jusqu'en 2006, la CAME stockait et distribuait les ARV, alors que les PNLS étaient chargés de l'achat. Actuellement, la transition serait en cours vers une autonomisation de la CAME (qui deviendrait alors responsable des achats et de la distribution). Les PNLS, en concertation avec les financeurs et en particulier avec l'UGFM (Unité Gestion du FM), achètent les ARV à l'aide du système de pré-qualification OMS. Les ARV sont stockés à la CAME qui les distribue aux sites de prise en charge. Les sites de prise en charge des malades du VIH/SIDA ont pour mission d'élaborer leur commande en calculant la quantité à commander de façon à obtenir un stock maximum égal à 4 fois la consommation du dernier mois. Les commandes peuvent être renouvelées chaque mois et une estimation de la quantité des produits nécessaires est envoyée au PNLS et à la CAME (un rapport obligatoire est exigé par les bailleurs). Une fois par mois les commandes sont récupérées sur les 59 sites. Le PNLS et l'UGMF évaluent les besoins en ARV et Le PNLS valide ce qui va partir et être distribué par la CAME aux sites.

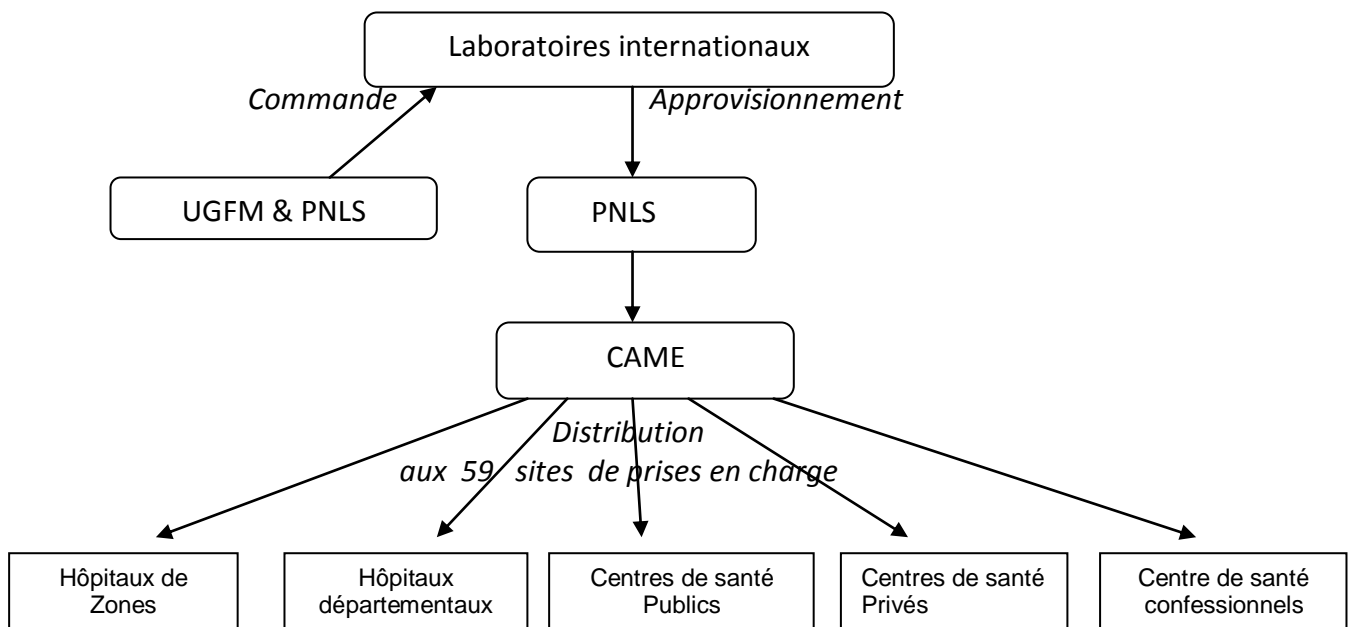


Figure 16 : Cycle d'achat, distribution et gestion des ARV simplifié

Source : A partir de <http://www.revuemedecinetropicale.com/301-302 - formation bruneton 301-302 - formation bruneton.pdf>

5.3.3.3. Accès économique et géographique aux antirétroviraux

Afin d'accroître l'accessibilité au traitement ARV, le CNLS a proposé, dès 2004, une décentralisation des activités de prise en charge des patients et a décrété la gratuité du traitement ARV et du suivi biologique. Les frais de consultation, d'explorations fonctionnelles, de bilans biologiques et d'hospitalisation respectent la tarification nationale en vigueur.

L'accès géographique aux ARV se fait par les structures de prise en charge ARV. Une structure de prise en charge est un centre de santé disposant d'un laboratoire sur le site ou dans ses environs et disposant au moins d'un médecin formé sur la prise en charge des PVVIH. Ce centre peut être public, confessionnel ou privé. Théoriquement, les hôpitaux départementaux constituent les centres de prise en charge de référence. Plusieurs hôpitaux de zone peuvent être sites de prise en charge dans un département.

L'accréditation des centres pouvant abriter des sites de traitement antirétroviral (TAR) est décidée par le Ministre de la Santé Publique. Les critères nécessaires pour l'accréditation des structures de TAR sont : la capacité du laboratoire à effectuer les examens du suivi biologique des PVVIH, ainsi que l'existence de personnel formé en matière d'utilisation des ARV ainsi qu'au diagnostic et traitement des infections opportunistes. Une capacité de stockage de gestion et de dispensation des médicaments ARV est aussi requise. Les capacités logistiques et la sécurité du circuit des médicaments sont évaluées. L'existence de services de conseil et d'un système de gestion et de suivi des dossiers des patients est aussi exigée afin d'obtenir l'accréditation. Les activités réalisées dans les sites de prise en charge sont d'une part préventives (conseil, dépistage, diagnostic, prévention et traitement des infections opportunistes), et d'autre part curatives avec la dispensation des traitements antirétroviraux. Le suivi clinique et biologique des patients infectés, traités ou non par les antirétroviraux, la prise en charge psychologique et la prise en charge nutritionnelle se fait aussi à ce niveau. Une répartition de ces sites dans tous les départements afin de couvrir au mieux la population est nécessaire [206] [207].

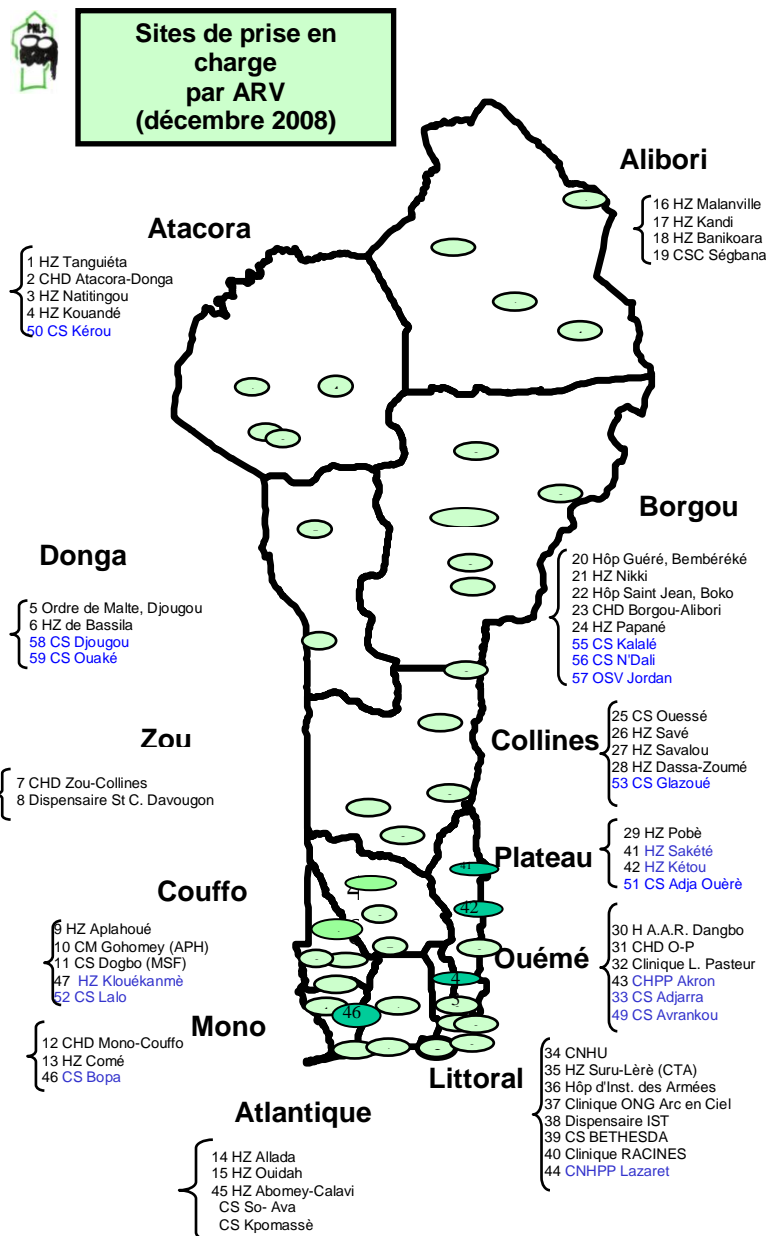


Figure 17 : répartition des 59 sites de prise en charge ARV 2008

Source : MS Bénin (Ministère de la Santé Bénin), PNLs 2008 annuaire des statistiques, République du Bénin
Ministère de la sante Direction nationale de la protection sanitaire [194]

5.4 Bilan chiffré de l'accès aux antirétroviraux

Nous verrons à travers les trois populations suivantes (femmes enceintes, PVVIH et enfant) l'évolution concrète de l'accès aux ARV.

Concernant les femmes enceintes, une absence de progression entre 2005 et 2007 est à déplorer concernant le nombre de femmes dépistées (122 925 en 2006 et seulement 83 776 en 2007) et mises sous ARV (80,2% en 2005 et seulement 71,3% en 2007). Qu'elle soit liée à un problème de ruptures de stocks, à des campagnes moins soutenues ou encore à une diminution

des financements, cela devrait faire l'objet d'une exploration afin que ce volet de la prise en charge soit relancé. Cependant une amélioration de la qualité de la PTME est observée car 31, 3% des gestantes ont bénéficié de la triprophylaxie contre 17% en 2006 comme nous le montre le tableau suivant. Cette progression s'est maintenue au première trimestre 2008 [194] sur les 86 sites fonctionnels 303 femmes enceintes sont séropositives au VIH, 64 ont été mises sous triprophylaxie et 96 sous monoprophylaxie. Soit plus d'un tiers sous prophylaxie.

Tableau XX : Femmes enceintes mise sous protocoles PTME entre 2000 et 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Monoprophylaxie	500	500	773	850	1660	1025	1975
triprophylaxie						209	403

Source : OMS, UNAIDS

Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_benin_fr.pdf

Tableau XXI : comparaison entre le nombre de personne recevant une TAR et le nombre de personne estimée en avoir besoin entre 2004 et 2007 :

	2004	2005	2006	2007
Personne nécessitant TAR	15 000	17 000	18 000	20 000
Personnes Traités par TAR	2 000	4 700	7 600	9 800

Source : OMS, UNAIDS

Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_benin_fr.pdf

Tableau XXII : évolution du nombre d'enfants sous protocoles ARV

	2003	2004	2005	2006	2007
Enfants PVV sous ARV	50	150	250	350	
Estimation de la couverture antirétrovirale		13%		42%	49%

Sources: OMS, UNAIDS

Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/nasa_benin_0607_11032009_fr.pdf

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des enfants nécessitant un traitement a largement progressée puisqu'entre 2004 et 2007 on est passé de 13,3% des personnes (enfants et adultes) nécessitant une TAR effectivement traitées à 49% en 2007. Ainsi moins de la moitié des personnes nécessitant des ARV sont traitées et il faut noter le manque de formes pédiatriques.

5.5 Conclusion sur l'accès aux antirétroviraux au Bénin

En Juin 2008 le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement ARV atteignait 10 896, dont 550 enfants environ. Le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement ARV a été estimé à 20 000. Plus de 54,4% des PVVIH nécessitant un traitement étaient pris en charge. La mise en œuvre de la stratégie de l'accès universel aux soins et aux traitements a eu pour double conséquence l'augmentation du nombre de sites de prise en charge, et l'augmentation du nombre de PVVIH sous traitement ARV. En 2008 cette prise en charge des PVVIH est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon des critères bien définis et protocolaires. Il existait 58 centres de prise en charge ainsi que 188 sites PTME et 17 centres de prise en charge pédiatrique. Ainsi, l'effort national, couplé à l'aide des partenaires a permis d'étendre la couverture chaque année, et de gros efforts au niveau national ont été et sont réalisés afin d'améliorer l'accès géographique, économique et physique aux ARV [193].

Cependant même si actuellement au Bénin tous les traitements ARV sont théoriquement disponibles, les ruptures de stocks entraînant des arrêts de traitement (donc des résistances) demeurent problématiques et le nombre de personnes devant passer aux thérapies de seconde ligne augmente parallèlement.

Malgré la gratuité des traitements qui vient pallier les difficultés économiques de l'accès aux ARV, des problèmes sont à déplorer en termes d'accès géographique et physique. En effet lorsque les financements prennent du retard, les approvisionnements en ARV, en réactifs et en médicaments pour les infections opportunistes deviennent aléatoires, posant le problème de l'accès physique aux ARV. Les ruptures de stocks limitent l'inclusion de nouveaux patients, la qualité du suivi des patients déjà traités et l'adaptation de leurs traitements. Ceci a de graves conséquences surtout lorsque l'on sait que l'arrêt de traitements provoque rapidement des pharmaco résistances.

Les diminutions des financements extérieurs et l'augmentation des coûts des traitements nous amènent inévitablement à penser que la situation, malgré les efforts déployés, risque de devenir alarmante.

Les financements prennent du retard et les bailleurs s'essouffent. Même le financement 2008 du PNLS au Bénin est passé à 3,2 milliards CFA alors qu'il était de 7,38 milliards CFA en 2007. Le FM n'a investi que 1,80 milliards en 2008 contre 5,45 milliards de CFA en 2007. Cette tendance se retrouve au niveau international : la crise financière a eu comme répercussion des réductions de budget (selon Mercy Douala, pharmacienne à REMED « *le FM de la lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose vient d'amputer de 10% son soutien financier aux pays en*

développement ») [208]. Mais le nombre de personnes nécessitant des thérapies plus coûteuses augmente sans cesse. Nous pouvons donc nous demander comment l'accès aux ARV va pouvoir se maintenir pour les personnes déjà sous traitement et s'améliorer pour les personnes à traiter. Dans un avenir proche, les personnes sous ARV risquent de se retrouver à court de traitement. La régression du VIH/SIDA que l'on prévoyait pourrait ne pas avoir lieu.

Quelques pistes pour une amélioration de la situation :

Le Conseil des ADPIC de l'OMC pourrait autoriser l'émission de licences obligatoires valables pour l'ensemble des antirétroviraux inclus de la liste des médicaments essentiels de l'OMS. Il faudrait que de telles licences puissent être prises pour plusieurs années et sans limite de quantité. Cela permettrait aux pays du Sud de disposer d'un outil juridique adapté et permettrait de faire jouer la concurrence. Enfin, les productions locales d'ARV pourraient être une solution bien qu'elles semblent difficilement compétitives ; les marchés africains étant trop petits. Il faudrait une grande rentabilité pour espérer concurrencer les prix des génériques sur le marché international.

Enfin, il faudrait comprendre les raisons de ces ruptures et y pallier. Cependant leurs multiplicités rendent la situation encore plus complexe. Ces ruptures peuvent être liées aux *« prescripteurs qui ne respectent pas les protocoles standards, aux gestionnaires qui ne suivent pas leurs stocks, aux distributeurs qui ne traitent pas leurs commandes, aux financeurs qui payent avec retard, voire aux ruptures mondiales des fabricants »*, d'après le Dr DAMOUR C, responsable du dossier médicament au GIP ESTHER.

Pour prévenir ce problème on pourrait anticiper et constituer des stocks de sécurité ou encore effectuer des dépannages urgents pour limiter les effets des ruptures. Mais est-ce possible dans ce contexte d'essoufflement ?

La nécessité d'une coordination entre les différents bailleurs et les pays apparaît clairement si l'on souhaite assurer une prise en charge durable des financements et éviter les pertes financières liées à la difficulté de gestion de ces sources multiples [209].

Le système de communauté de brevets ou « *patent pool* » en pourparlers à l'aube de 2010 serait peut être une solution pour pallier à la difficulté d'accès des trithérapies. En effet UNITAID* a proposé, en décembre dernier, la naissance d'une communauté de brevets (centrale de partage des brevets) dédiée aux antirétroviraux. Cette structure est entrée dans une phase de négociation et pourrait proposer un changement majeur en matière de propriété intellectuelle. Les communautés de brevets permettraient de faciliter la recherche en simplifiant les démarches d'accessions juridiques et administratives aux brevets qui protègent un ARV. Les membres de la communauté créeront des mélanges d'antirétroviraux, des Combinaisons à Doses Fixes (CDF), commercialisables sur la base du versement de redevances aux propriétaires des brevets. En d'autres termes, cela permettrait d'utiliser plusieurs brevets pour fabriquer un produit donné. Les prix seraient indexés en fonction du niveau de richesse du pays. Ce système favoriserait l'innovation, notamment dans le domaine des traitements de l'enfant et de la transmission mère-enfant, peu développés à l'heure actuelle car plus rares dans les pays industrialisés. L'ouverture du marché à la concurrence, notamment celle des fabricants de génériques, entraîne une baisse des prix. L'offre étant moins chère, la demande croît et les dépositaires de brevets élargissent leur volume de vente. Des médicaments de seconde ligne, plus récents et donc plus coûteux, deviendraient par ce biais accessibles à des pays en voie de développement [210].

* UNITAID est une initiative internationale d'achats de médicaments, chargée de centraliser les achats de traitements médicamenteux afin d'obtenir les meilleurs prix possibles, en particulier à destination des pays en voie de développement. UNITAID est financé par une taxe de solidarité sur les billets d'avion, adoptée par certains pays. Cet impôt a été proposé au départ par les présidents français Jacques Chirac et brésilien Luiz Inácio Lula da Silva. UNITAID a été créée en septembre 2006, lors de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies.

1. Généralités sur la Nouvelle-Calédonie

1.1. Géographie et climat



Figure 1. Carte générale de la Nouvelle-Calédonie
Source : <http://www.vuici.com/images/cates-nouvelle-caledonie.gif>

Située dans l'océan Pacifique, cet archipel d'Océanie est une collectivité territoriale française « sui generis », car elle dispose d'un statut particulier à large autonomie. Sa superficie est de 18575,5 km² répartie sur plusieurs îles : la Grande Terre, l'île des Pins, les îles Loyauté et les îles Belep.

La Grande Terre, la plus grande de toutes ces îles (16360 km²), est une île parcourue par une chaîne montagneuse sur toute la longueur. On chiffre 400km du Nord au Sud et près de 40 km d'Est en Ouest. C'est sur cette île que se trouve la ville de Nouméa, chef-lieu de la Nouvelle-Calédonie.

Les îles Loyauté : Lifou (11964 km²), Maré (641,7 km²), Ouvéa (132,1 km²), Tiga (11 km²) sont situées à l'est de la Grande Terre.

Située à environ 50 km de la Grande Terre, l'île des Pins est aussi la limite Sud du lagon calédonien.

Les îles Belep, quant à elles, sont situées au Nord de la Grande Terre.

Le climat est tropical, tempéré par les alizés, avec une saison fraîche (de mi-mai à mi-septembre) et une saison chaude cyclonique (de mi-novembre à mi-avril). L'hygrométrie y est très forte (entre 73 et 81 %).

1.2. Histoire politique de la Nouvelle-Calédonie

Entre 1984 et 1988 l'île connaît de graves affrontements entre les indépendantistes, principalement mélanésien, du FLNKS (Front de Libération Nationale Kanak et Socialiste) et les loyalistes du RPCR (Rassemblement Pour la Calédonie dans la République).

Ces affrontements cesseront en juin 1988 lorsque Jacques Lafleur (chef du RPCR) et Jean-Marie Tjibaou (dirigeant FLNKS,) signent les Accords de Matignon [211].

Ce texte assure la mise en place de nouvelles structures institutionnelles, le « rééquilibrage » politique et économique des provinces et prévoit même un référendum d'autodétermination permettant de choisir entre l'autonomie et la pleine indépendance.

Des Accords de Matignon, découle la création de trois Provinces : Sud (partie sud de la Grande Terre et île des Pins), Nord (partie Nord de la Grande Terre et archipel des îles Belep) et des îles Loyauté (qui regroupe les 3 îles des Loyauté). (voir annexe 1 de la partie IV)

A noter que le referendum, cité ci-dessus, a été reporté à 2014 ; seules les personnes inscrites sur les listes avant 1988 ainsi que leurs descendants pourront voter.

En 1998, J. Lafleur et J.-M. Tjibaou signent les Accords de Nouméa [212] qui pérennisent les grands équilibres administratifs de 1988 et qui mettent en place les éléments d'une large autonomie du territoire avec la création du gouvernement de Nouvelle-Calédonie doté de pouvoirs réglementaires et de décisions propres. Un transfert progressif, mais irréversible de compétence, est alors voté. En fait, l'organisation institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie est issue de la loi organique et de la loi ordinaire, adoptées en 1999 par le Parlement. La loi organique répartit les compétences entre l'Etat, la Nouvelle-Calédonie, les Provinces et les communes ; organise le fonctionnement du gouvernement, du Congrès, du Sénat coutumier et des institutions provinciales, fixe les modalités des élections aux assemblées locales. Les institutions de la Nouvelle-Calédonie comprennent le Congrès, le gouvernement, le sénat coutumier, le conseil économique et social et les conseils coutumiers. Le haut-commissaire de la République est dépositaire des pouvoirs de la République : il représente le Gouvernement

français. La Nouvelle-Calédonie est représentée au Parlement et au Conseil économique et social de la République dans les conditions fixées par les lois organiques.

Ainsi, dès le 1^{er} janvier 2000, le gouvernement calédonien exerce ses compétences dans les domaines de l'enseignement supérieur, du commerce, des transports, de la communication, de la sécurité civile, de l'emploi, de l'administration locale, des impôts, des taxes, du droit du travail, du régime douanier, de la santé et du commerce extérieur.

La France métropolitaine conserve l'exercice de ses droits régaliens : défense, maintien de l'ordre, justice, police, monnaie et les affaires étrangères.

On note, par exemple, que le gouvernement calédonien a décidé de se passer du Revenu de Solidarité Active (anciennement appelé Revenu Minimum d'Insertion), et des 35 heures, qui sont effectives en France depuis la « loi Aubry » de 1999.

Les habitants bénéficient d'une citoyenneté calédonienne propre, en plus de la citoyenneté française.

Un Sénat et des conseils coutumiers sont chargés du statut coutumier propre aux Mélanésiens et de tout ce qui touche à l'identité kanak.

1.3. Persistance des traditions kanak

En Nouvelle-Calédonie, les Kanaks, peuple originel de l'île, vivent encore de manière traditionnelle. Ce mode de vie implique une organisation sociale hiérarchisée dont les fondements de base sont la famille (ou lignage) et le clan. Le clan étant un rassemblement des familles issues d'un ancêtre commun, liées par la même terre et dirigées par un chef de clan. Il semble aussi important de préciser que le clan prime sur les intérêts individuels.

Ces clans se regroupent en 341 tribus ou chefferie, chacune est dirigée par un chef coutumier de tribus.

Les tribus font parties de 57 districts coutumiers (dirigés par les grands chefs), eux-mêmes regroupés en 8 aires coutumières (dirigés par les grands chefs de districts) [213].

Selon l'anthropologue Christine Demmer « *même si le droit commun français prime sur le droit coutumier, les tribus, par leurs chefs et, selon les cas, leurs conseils des anciens, ont conservé des prérogatives particulières soustraites au domaine du droit public (en matière foncière, successorale, ainsi que dans le régime d'adoption et, jusqu'en 1967, pour les mariages). Dans la pratique, les chefferies se réservent encore le règlement de certains délits* ».

Le chef coutumier joue donc un rôle de juge lors des conflits fonciers et les chefferies kanak sont, à présent, des espaces politiques qui ne sont ni totalement autonomes ni figés sur un

modèle traditionnel, mais qui n'en demeurent pas moins des entités politiques spécifiques [214].

On estime, en effet, que c'est grâce aux chefs que les tâches accomplies par tous portent leurs fruits et permettent la reproduction du groupe. Une telle capacité lui provient de sa proximité supposée avec les ancêtres [215].

La société traditionnelle kanak est régie par la coutume qui est un ensemble des règles non écrites. Cette coutume détermine les modes relationnels au sein des tribus. La coutume est caractérisée par le don coutumier (d'ignames, de tabac et d'argent). Dans ce mode de vie traditionnel, les familles résident dans des cases et le partage des revenus est de rigueur au sein de la tribu.

1.4. Population et démographie

1.4.1. Données démographiques [216] [217]

Les données les plus récentes sont résumées dans les tableaux I et II ci-dessous.

Tableau I : Données démographiques comparatives entre la France métropolitaine et la Nouvelle-Calédonie (2008)

	France métropolitaine	Nouvelle-Calédonie
Population	62 449 000	245 580
Taux brut de natalité (‰)	12,9	16,7
Indice de fécondité	2,0 enfants /femmes	2,2 enfants /femmes
Taux brut de mortalité (‰)	8,6	5

Sources : INSEE, Adresse URL :

http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/25813/telechargement_fichier_fr_public/pdf1_454.pdf

DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%201%20La%20d%C3%A9mographie%20web.pdf>

Tableau II. Répartition de la population par groupes d'âge (% de la population de Nouvelle-Calédonie)

	1983	1989	1996	2004
< 20 ans	47,0	43,9	39,6	37,0
De 20 à 59 ans	46,8	49,2	52,9	53,6
60 ans et +	6,2	6,9	7,5	9,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : INSEE, Recensement général de la Nouvelle-Calédonie en 2004. Adresse URL :

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=rpnc04

Le tableau II montre une population calédonienne qui continue à rester jeune. Cependant, cette population connaît depuis ces vingt dernières années un phénomène de vieillissement. L'âge moyen est aujourd'hui de 30 ans, ce qui est moins élevé qu'en France métropolitaine, où l'âge moyen est de 39,6 ans et où, 21 % de la population a plus de 60 ans et 24,7 % moins de 20 ans [218].

La natalité calédonienne est élevée dans les Provinces Nord et îles Loyauté avec des taux respectifs de 17,1 ‰ (contre 21 ‰ en 1996) et de 17,2 ‰ en 2007 (contre 26,7 ‰ en 1996). Pour la Province Nord, le taux de natalité y est ainsi passé de 24 ‰ en 1996 à 15,4 ‰ en 2007.

Cette baisse de la natalité se retrouve dans celle de l'indice de fécondité.

En contrepartie, la mortalité est faible : le taux brut de mortalité était ainsi de 5,05 ‰ en 1996 et 4,7 ‰ en 2008. Ce taux est inférieur à celui de la France métropolitaine, où le taux de mortalité s'établissait en 8,48 ‰ en 2008. [219]

Enfin, on note un accroissement de population de 1,28 % par rapport au recensement de 2004.

1.4.2. Une inégale répartition de la population

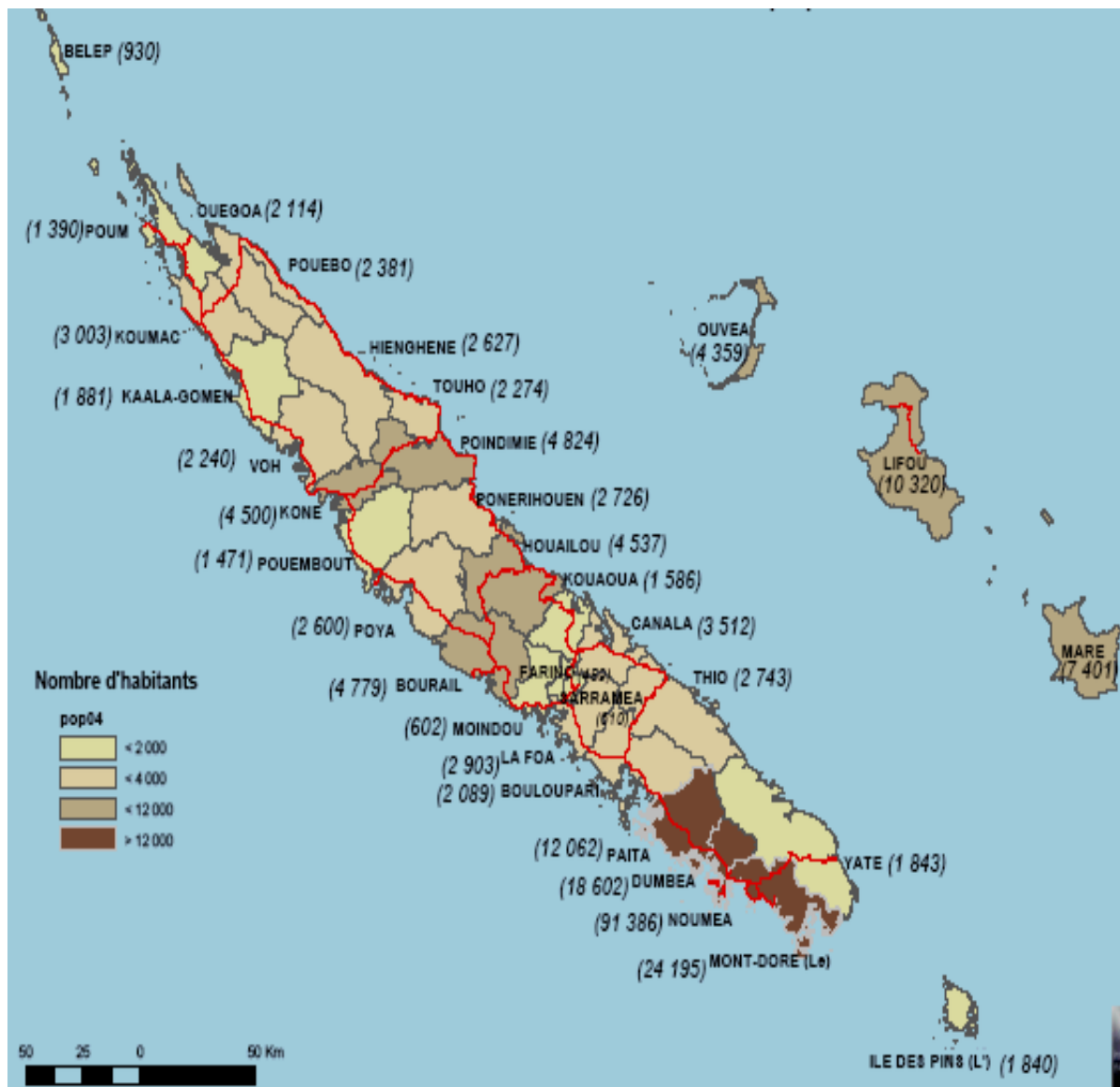


Figure 2. Répartition de la population en Nouvelle Calédonie

Source : ISEE, Recensement de la population. Adresse URL :

<http://www.isee.nc/recenspop/evolpop96-09.html>

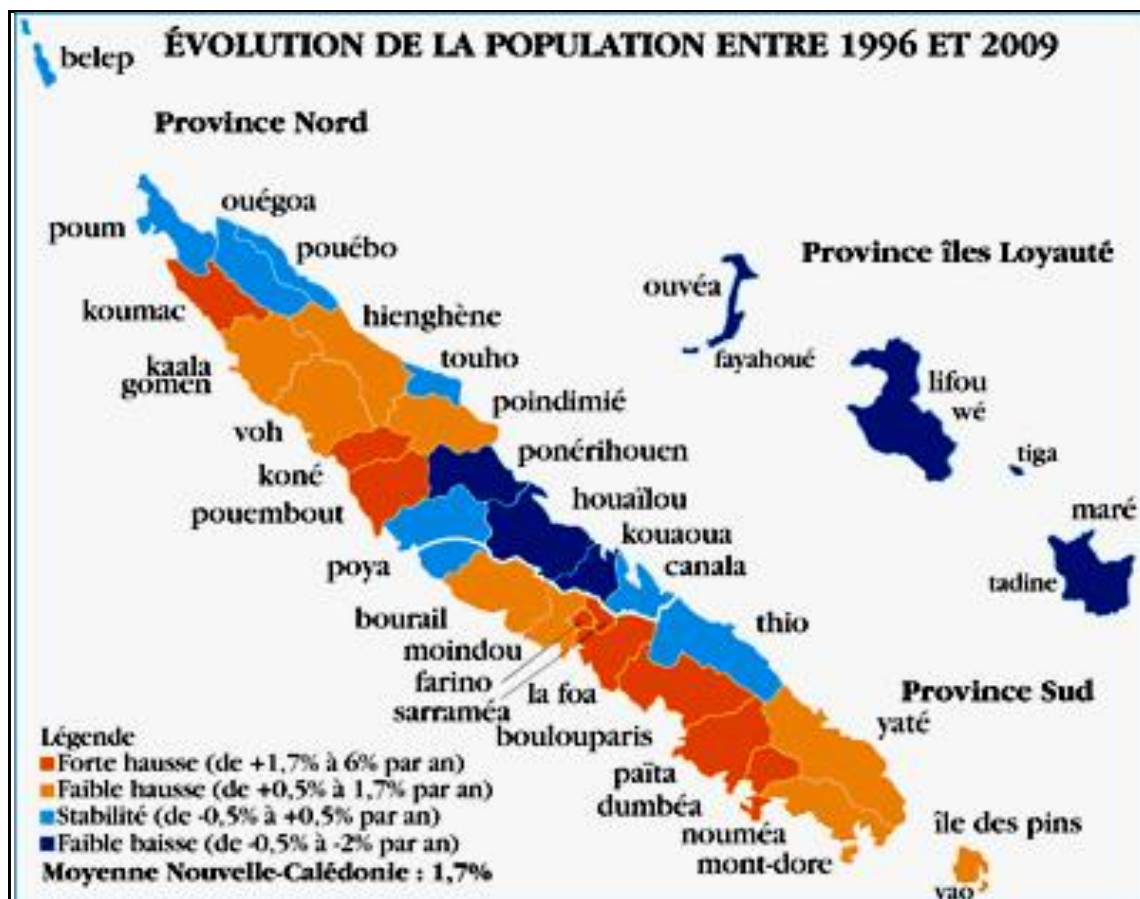


Figure 3 : Evolution de la population calédonienne entre 1996 et 2009

Source : ISEE, Recensement de la population. Adresse URL : <http://www.isee.nc/recenspop/evolpop96-09.html>

Des figures 2 et 3 (et de l'annexe 2 de la partie IV), on peut constater que, sur 245 580 habitants, seulement 17 436 (7,1%) vivent dans les îles Loyauté (8,8 hab./km²) et 45 137 (18,38%) dans la province Nord (pourtant la plus étendue des trois provinces, et où la densité n'est donc que de 4,71 hab./km²) contre 183 007 (74,52%) dans la province Sud (26,1 hab./km²). Cette dernière regroupe ainsi environ $\frac{3}{4}$ de la population calédonienne sur seulement un peu plus d'un tiers du territoire. Au sein même de cette Province, la répartition de la population est très déséquilibrée, avec une forte concentration à Nouméa et dans son agglomération.

Le chef-lieu Nouméa, avec 97 579 habitants, rassemble ainsi 39,73% des habitants du territoire (2 135 hab./km²) sur à peine 0,35% de sa superficie, et le Grand Nouméa (Dumbéa, Païta, Nouméa, Mont Dore) (voir annexe 1 de la partie IV) compte 163 723 personnes, soit 66,67% de la population totale sur moins d'1/10^e de la surface de l'archipel.

Or, l'accroissement naturel est plus fort dans les provinces Nord et îles Loyauté que dans la Province Sud. Le creusement de ce déséquilibre s'explique donc essentiellement par une

migration intérieure et notamment par la forte attractivité de l'agglomération nouméenne, fournisseuse d'emploi, de biens de consommation et d'équipement [220].

A l'exception du tourisme, la Province des îles Loyauté ne possède aucune ressource particulière permettant la mise en place d'emplois en quantité massive ; elle est donc la plus touchée par l'exode de ses jeunes vers la « capitale territoriale ».

Tableau III : Mouvement migratoire interne

Mouvements migratoires internes						
	Arrivées en provenance d'une autre province		Départs vers une autre province		Solde migratoire interne	
	1989-1996	1996-2004	1989-1996	1996-2004	1989-1996	1996-2004
Province Iles Loyauté	1 178	1 132	1 788	2 917	-610	-1 785
Province Nord	2 090	1 470	2 271	3 449	-181	-1 979
Province Sud	3 774	6 203	2 983	2 439	791	3 764
Ensemble Nouvelle-Calédonie	7 042	8 805	7 042	8 805	0	

Source : INSEE, Recensement général de la Nouvelle-Calédonie en 2004. Adresse URL :

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=rpnc04

Le tableau III se lit de la manière suivante : de 1996 à 2004,

- 1 132 personnes sont arrivées aux Iles Loyauté en provenance des Provinces Nord ou Sud.
- 2 917 personnes des Loyauté sont parties à destination des Provinces Nord ou Sud.
- Au total, les îles Loyauté ont « perdu » 1 785 personnes.

Tous ces éléments montrent qu'il existe un déséquilibre de plus en plus net de la répartition géographique de la population : le solde migratoire interne de la Province Sud est le seul ainsi à être positif (+3 764 entre 1996 et 2004) quand ceux des Provinces Nord et îles Loyauté sont particulièrement négatifs.

Les différentes ethnies de Nouvelle-Calédonie :

Lorsque l'on observe la population calédonienne, force est de constater que la Nouvelle-Calédonie est un melting pot ethnique. Le dernier « *recensement ethnique* » publié date de 1996. En effet, aucune donnée ethnique n'ont été comptabilisées lors du recensement de 2004.

Tableau IV : Recensement ethnique de la population calédonienne

Date du recensement	1996
Kanaks	44,1
Caldoches	34,1
Wallis et Futuna	3,4
Polynésie Française	1,7
France métropolitaine, DOM ou autre territoire français	12,4
Autres (Indonésie, vietnamien, chinois, ni-Vanuatu, descendants de déportés musulmans kabyles)	5,8
Total	100,0

Source : TASCAC, Assemblée Nationale rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république sur le projet de loi constitutionnelle (n° 937) relatif à la Nouvelle-Calédonie, 1998

Adresse URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/11/rapports/r0972.asp>

Les Caldoches, principalement d'origine française, sont des descendants d'anciens colons pénaux (déportés au XIX^{ème} siècle) ou de colons libres.

D'autre part, l'activité économique de la Nouvelle-Calédonie favorise une immigration importante de populations polynésiennes (notamment de Wallis-et-Futuna) et tahitienne. Aujourd'hui les Wallisiens y sont plus nombreux qu'à Wallis-et-Futuna, et des conflits ethniques se produisent avec les Mélanésiens [221].

Le tableau V, ci-dessous, donne une idée de la répartition ethnique des trois Provinces. Ce recensement [222] date aussi de 1996.

Tableau V. Répartition ethnique de la population par Province.

Provinces/ communautés	Province Sud	Province Nord	Province des Iles Loyauté	Total
Kanak	34275	32246	20267	86788
Européenne	59740	6985	426	67151
Wallisienne et Futunienne	17299	450	14	17763
Polynésie française	4869	287	15	5171
Indonésienne	4351	646	6	5003
Vietnamienne	2760	58	4	2822
Ni-Vanuatu	2123	112	9	2244
Autres	9129	629	136	9894
Total	134546	41413	20877	196836

Source : MIROUX D., Le monde de l'argent et la fracture sociale en Nouvelle-Calédonie
Journal de la société des océanistes, volume 108, numéro 108, p 19-31

Tableau VI. Répartition de la population kanak par Province [223]

Province Nord	77,9%
Province des Iles	97,1%
Province Sud	25,5%

Source : ISEE

Adresse URL : <http://www.isee.nc/tec/popsociete/popucommunaut.html>

En dehors du Grand Nouméa, les Kanaks sont principalement concentrés dans les Provinces Nord et îles Loyauté [224] ; ils y vivent de manière traditionnelle en tribu (dans des cases). En fait, les îles Loyauté, qui n'ont jamais fait l'objet d'installation de colons blancs, restent la Province où les habitants continuent le plus à vivre de manière traditionnelle ; c'est aussi la seule Province où les terres coutumières couvrent la totalité du territoire (à l'exception de Wé à Lifou).

Le Sud est, de loin, la Province avec le moins de Kanaks résidant en tribu : avec 8 338 personnes dans ce cas en 1996 ; ils représentent donc moins d'un quart (24,3 %) de la population mélanésienne de cette Province. En revanche, 50% des Kanaks de la Province Sud habitent dans des « squats », logements en tôles insalubre ressemblants à des bidonvilles. En 2008, 84148 personnes habitaient dans des squats [225] dont 50% étaient d'origine kanak, 33% d'origine wallisienne et 17% d'origine tahitienne et ni-vanuatu. Les Kanaks considèrent les squats comme étant une « organisation traditionnelle dans un milieu urbain moderne ». Désormais beaucoup de Kanaks emploient le mot « tribu » pour désigner leur squat [226].

Beaucoup de squats sont situés à proximité de la mangrove ou de zones marécageuses, lieu où prolifèrent les moustiques porteur de la dengue, et où l'insalubrité a créé l'émergence de pathologies telles que la leptospirose (157 cas déclarés en 2008) [227] ou la gale.

On constate aussi que 80% des « squatteurs » sont actifs mais occupent pour la plupart des emplois peu qualifiés, et peu rémunérés [228] [229].

Le lien affectif et social entre un Kanak et sa tribu d'origine est tel qu'en 1996, 30% des Kanaks n'y résidant pas se déclaraient encore lui appartenir et participaient donc toujours aux cérémonies traditionnelles et à la solidarité clanique (notamment le partage des revenus). [221]

2. Economie de la Nouvelle-Calédonie [230]

La monnaie en circulation est le Franc des Colonies Française du Pacifique (FCFP). Le taux de change avec l'euro est fixe : 1 euro = 119,33 FCFP.

Voici quelques données concernant le PIB de la Nouvelle-Calédonie :

PIB (2008) = 6105 millions d'euros

PIB/habitants (2008) = 24747 €

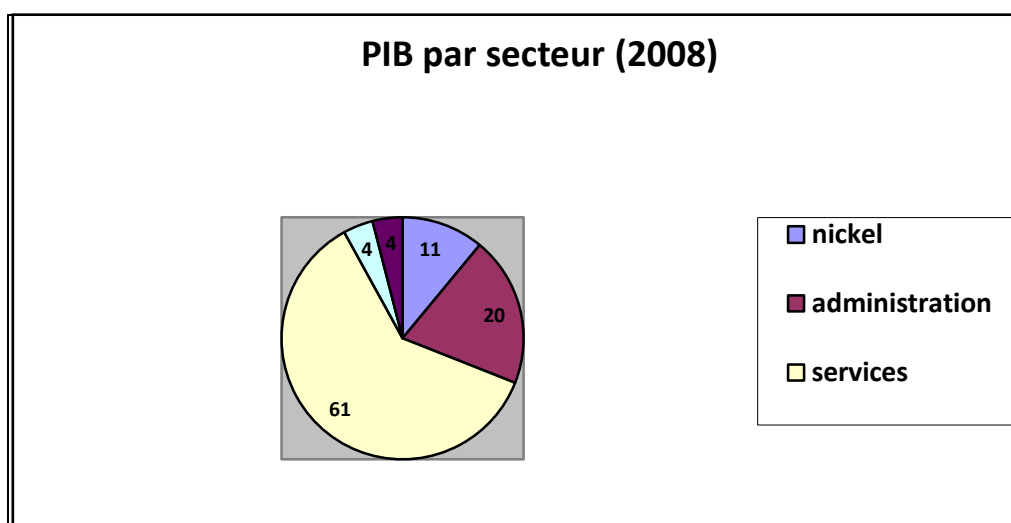


Figure 4. Répartition du PIB par secteur

Source : ISEE et BM, Adresse URL : <http://www.croixdusud.info/economie/economie.php>

Selon le Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du développement Durable et de la Mer, son PIB la place parmi les 65 pays les plus riches du monde. Cela grâce aux financements de la France, à la richesse de son sol et au dynamisme de son secteur tertiaire (commerce et services). En termes de chiffres, l'aide apportée par l'Etat français (notamment pour les salaires des fonctionnaires) correspond à 27% du PIB [231] ; cette aide est relativement importante puisque la France métropolitaine ne perçoit aucun impôts, ni taxe sur l'île.

Avec 61 % du PIB, le secteur tertiaire est prépondérant. L'agriculture (café, polyculture vivrière) et l'élevage de bovins sont en régression constante depuis de nombreuses années (aujourd'hui 4% du PIB). Les activités minières et métallurgiques sont fluctuantes (entre 5 et 25% du PIB suivant les années) mais constituent l'essentiel des exportations (94% des exportations en 2008).

La plus grande richesse naturelle du pays est le nickel (Ni) ; l'île possède 25% des réserves mondiales en Ni et assure environ 12% de la production mondiale. C'est pourquoi l'on constate que la SLN (Société Le Nickel) et l'usine Val Inco (anciennement appelée Goro-Nickel) sont les seules industries calédoniennes à avoir plus de 1000 salariés (alors que seulement 2% des industries calédonienne ont plus de 10 salariés).

On remarque aussi que la tertiairisation de l'économie a conduit à un fort déséquilibre entre le pôle Nouméa-Dumbéa-Païta, où s'inscrivent la majorité des activités tertiaires, et le reste du Territoire qui compte pour 30% seulement dans le PIB.

3. Données sanitaires (voir carte en annexe 3 de la partie IV)

3.1. Organisation administrative du système de santé

Elle reflète la particularité institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie. En effet, depuis les Accords de Matignon, la Nouvelle-Calédonie est autonome et dicte ses propres règles en matière de santé, d'hygiène publique et de protection sociales* ; elle possède son propre Code de la Santé Publique, qui relève de la compétence du Congrès. Le schéma de la figure 5, ci-après, résume cette organisation.

* Article 9 des Accords de Matignon

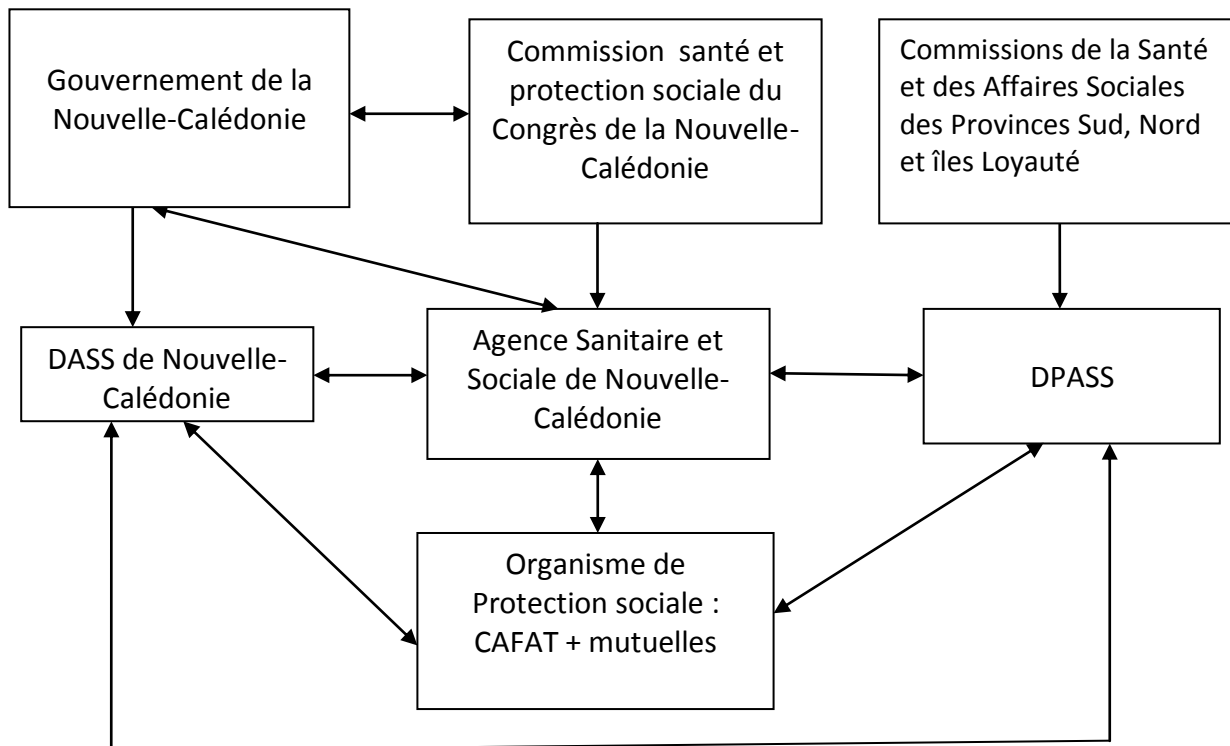


Figure 5. Organisation administrative du système de santé calédonien

Source : ISEE, Adresse URL : <http://www.isee.nc/tec/popsociete/telechargements/6-1-generalites.pdf>

Au niveau territorial, le Gouvernement propose les politiques sanitaires et sociales à la Commission santé et protection sociale du Congrès.

Quant à la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie (DASSNC), elle est chargée de la planification et de la coordination de certains programmes, de l'élaboration de la réglementation sanitaire et sociale (dont les textes seront soumis au Congrès), du contrôle des établissements de santé, des organismes de sécurité sociale, de la chaîne de distribution des médicaments et de la coordination hôpitaux/circonscriptions médicales/secteur libéral. La DASSNC est également en charge de la surveillance de l'état de santé des populations et de la qualité de l'hygiène liée à l'environnement, de la formation des professionnels de santé.

En 2001, l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASSNC) a été créée. Son objectif principal est de garantir le droit à la santé pour tous via la mise en place de programmes de prévention sur tout le territoire, et le financement de l'analyse des déterminants des conditions de vie et des problèmes de santé publique.

Par ailleurs, depuis la provincialisation de 1990, chaque Province dispose d'une Direction Provinciale des Affaires Sanitaires et Sociales (DPASS), chargée de mettre en œuvre la politique de la province en matière de santé, d'hygiène publique, d'actions et d'aides sociales

et d'Aide Médicale Gratuite (AMG) qui vise les populations les plus démunies et vulnérables, soit 5 milliards de FCFP pour une cible de 30 000 bénéficiaires.

Elle gère aussi les établissements hospitaliers de la Province Nord et les circonscriptions médico-sociales. Les DPASS de Nouvelle-Calédonie peuvent être apparentées au DASS de la France métropolitaine.

Pour rappel, en France métropolitaine, c'est l'Etat qui est chargé de l'organisation de la santé. Au niveau national, le Ministère des Affaires Sociales et le Ministère de la Santé, interviennent, au nom de l'Etat sur le système de santé. Par ailleurs, il existe des organismes déconcentrés de l'Etat : la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) et la DASS (Direction des Affaires Sanitaires et Sociales) qui interviennent, respectivement aux niveaux régionaux et départementaux. Les DRASS, sous l'autorité des préfets régionaux, sont chargées d'analyser des besoins sanitaires et sociaux, de planifier des établissements sanitaires et sociaux et d'examiner les demandes de financement des établissements sanitaires et sociaux. Les DDASS sont responsables du bon fonctionnement de la distribution des soins, des actions de prévention et de promotion de la santé décidées au niveau local.

3.2. Les circonscriptions médicales [232]

Ce sont les premiers niveaux d'accès au soin dans un rayon de 50 km dans les Provinces Nord et des Iles Loyauté. Les différents niveaux d'accès au soin de Nouvelle-Calédonie sont résumés par la figure 6 ci-après.

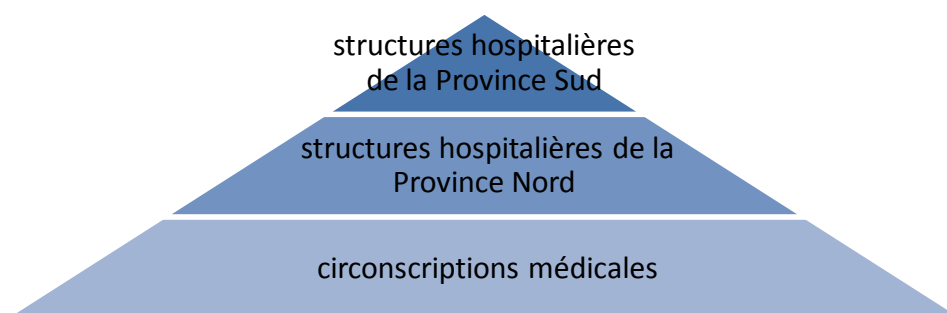


Figure 6 : Les différents niveaux d'accès au soin en Nouvelle-Calédonie.

Les circonscriptions médicales sont, soit des centres médico-sociaux, soit des centres médicaux. On en dénombre 26 au total ; leur répartition est détaillée dans le tableau VII, ci-dessous.

Tableau VII : Localisation des centres médico-sociaux de Nouvelle-Calédonie

Province	quantité	localisation
Nord	14	Belep, Poum, Koumac, Voh, Koné, Poya-Népoui, Ouégoa, Pouébo, Hienghène, Touho, Poindimié, Ponérihouen, Houailou, Kouaoua-Canala.
Sud	7	Boulari, Bourail, Ile des Pins, La Foa, Païta, Thio, Yaté
Iles loyauté	5	- Lifou : Chépénéhé, Wé - Maré : La Roche, Tadine - Ouvéa : Ouloup.

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%201%202%20Les%20autres%20structures%20de%20soins%20web.pdf>

Les centres médico-sociaux ou dispensaires sont caractérisés par une présence médicale et paramédicale permanente (y compris la nuit et les week-ends); c'est un lieu où l'hospitalisation est possible. A la différence des centres médicaux, qui permettent aussi l'hospitalisation, mais où il n'y a une présence médicale de jour seulement et une présence paramédicale (infirmière) 24h/24.

Ces centres ont tous des missions préventives et curatives : PMI (Protection Maternelle et Infantile), médecine scolaire, médecine de soins (visites médicales, soins infirmiers), soins dentaires, EVASAN (Evacuation Sanitaires) vers les centres hospitaliers de la Grande Terre.

3.3. Les hôpitaux : structures hospitalières publiques

Tous les hôpitaux sont situés sur la Grande Terre. Il n'y en a pas dans la Province des îles Loyauté.

- En Province Sud

Il existe 2 centres hospitaliers : le CHT (Centre Hospitalier Territorial) et le CHS (Centre Hospitalier Spécialisé).

Le CHT est un établissement public à personnalité morale et autonomie financière. Organisé par une délibération de congrès, son fonctionnement se fait sous la tutelle du Conseil d'Administration supervisant les services administratifs placés sous l'autorité du Directeur. Le CHT dispose d'un budget annuel de fonctionnement de plus de 16 milliards de FCFP et ses ressources proviennent essentiellement de la CAFAT et de l'ASSNC. Sa capacité est de 486 lits et 34 places d'hospitalisation de jour qui se répartissent ainsi : (voir tableaux VIII et IX, ci-dessous).

Tableau VIII. Structures hospitalières de la Province Sud

	Nombre de lits	Nombre de places en hospitalisation de jour	Services
Hôpital Gaston Bourret Situé au centre ville de Nouméa	281	20	Court séjour : médecine, chirurgie, plateforme technique (radiologie)
Hôpital de Magenta Situé à 3 km du centre ville de Nouméa	160	14	Court séjour : gynécologie, pédiatrie, maladie infectieuse, unité d'hémodialyse
Centre Raoul Follereau Situé à Ducos (à 5 km du centre ville de Nouméa)	15		Centre de long séjour qui accueille et soigne les patients atteints de la lèpre.
Col de la pirogue	34		Centre de convalescence et de rééducation de moyen séjour pour les patients atteints essentiellement de pathologies respiratoires (tuberculose, asthmes, infection respiratoire chronique).
Total	486	34	

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/Lits%20et%20places%20hospitalisation%20web.pdf>

Quant aux CHS Albert Bousquet, il regroupe les services de psychiatrie et de pédopsychiatre (104 lits) et de gériatrie (80 lits).

Tableau IX. Structures hospitalières de la Province Nord

Hôpital Paula Thavoavianon de Koumac	
Nombres de lits	Services
15	chirurgie viscérale
9	gynécologie obstétrique
17	médecine interne
12	anesthésiologie-réanimation chirurgicale
Hôpital Raymond Doui Nebayes de Poindimié	
14	médecine interne
14	moyen séjour

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/Lits%20et%20places%20hospitalisation%20web.pdf>

En comparaison avec la France métropolitaine, le plateau technique sanitaire est incomplet : l'IRM n'est disponible que depuis 2005, il n'y a pas de scintigraphie, pas de Pet scan.

Par ailleurs, toutes les spécialités médicales ne sont pas présentes en Nouvelle-Calédonie : pas de service d'oncologie, de neurochirurgie et de chirurgie cardiaque. La CAFAT et les DPASS peuvent organiser des EVASAN vers l'Australie, la France métropolitaine et la Nouvelle-Zélande.

3.4. Les cliniques : structures hospitalières privées

Elles sont au nombre de 3, toutes situées dans le Grand Nouméa et ne comprennent que les services de médecine, chirurgie, réanimation et obstétrique. Toutes ces données sont résumées dans le tableau X, ci-après.

Tableau X. Capacité d'hospitalisation en court séjour des cliniques

Clinique	Services de Médecine	Services de Chirurgie	Services de réanimation /Obstétrique	Total
Anse- Vata	26	7	7	40
Baie des Citrons	31	36	5	72
Magnin	16	50	26	92

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/Lits%20et%20places%20hospitalisation%20web.pdf>

3.5. Organisation du système pharmaceutique

En 2008, on dénombre 57 officines de pharmacie : 54 en secteur libéral, et 3 mutualistes ; ainsi que 11 PUI (Pharmacie à Usage Intérieur). Toutes ces données sont résumées dans le tableau XI, ci-dessous.

Tableau XI : Répartition des officines en Nouvelle-Calédonie

Lieu	Officines libérales	Pharmacie mutualiste	PUI
Nouméa	21	2	7 : CHT, CHS, Clinique Magnin, Clinique de l'Anse-Vata, Clinique de la Baie des Citrons, Province Sud.
Grand Nouméa	14	0	0
Reste de l'île	19	1	4 : CHP P. THAVOAVIANON, CHP D. NEBAYES, Province îles Loyauté, Province Nord,

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%201%204%20Le%20secteur%20medico%20technique%20web.pdf>

En 2008, la densité de pharmaciens, toutes catégories confondues, est de 57,7 pour 100 000 habitants en Nouvelle-Calédonie. En France métropolitaine, cette densité est plus élevée : 118 au 1^{er} janvier 2008 [233].

On constate également que 7 médecins propharmaciens sont en exercice en dehors du Grand Nouméa ; ce qui est une conséquence directe de la mauvaise répartition des pharmacies en Nouvelle-Calédonie, qui sont toutes réparties à Nouméa ou dans le Grand Nouméa. [234]

- Les grossistes pharmaceutiques

Il existe 2 établissements grossistes-répartiteurs pharmaceutiques « officiels » : l'OCDP (Office Calédonien de Distribution Pharmaceutique), et le GPNC (Groupement de Pharmaciens de Nouvelle-Calédonie).

Tous les médicaments sont commandés et importés de France métropolitaine ; l'acheminement peut être effectué par bateau (environ 82 jours) ou par avion (environ 28 jours). A la différence de la France métropolitaine, les grossistes répartiteurs de Nouvelle-Calédonie doivent assurer l'importation des médicaments sur l'île. Cela implique la prise en charge des exigences particulières de transport (produit de la chaîne du froid, flacons), les frais

de douanes, le stockage réfrigéré supplémentaire dû au climat tropical et le calcul des prix de vente au public de chaque référence. A ce propos, le calcul du prix public de vente dépend de l'équation suivante : prix public local (en FCFP) = Prix public HT (en euros) x coefficient de majoration. Depuis 1994, le coefficient de majoration est 164 pour les médicaments remboursés par les organismes de protection sociale et, 184 pour les médicaments de la LPPR (Liste des Produits et des Prestations Remboursables). Par ailleurs, il est important de préciser que le prix des médicaments subit une majoration supplémentaire de 10 % dans les pharmacies situées hors de l'agglomération de Nouméa et du Grand Nouméa. [235]

La densité des officines ouvertes étant insuffisante pour les besoins de la population, plusieurs « dépôts de médicaments », ont vu le jour en Nouvelle-Calédonie. Ils sont détenus par des commerçants non pharmaciens. On en dénombre 25 actuellement sur toute l'île. Ces dépôts, approvisionnés par des pharmacies (et non par des grossistes répartiteurs) sont habilités à vendre les médicaments, qui sont désormais en libre accès en France métropolitaine (exemples : Fervex®, Nurofen®, Imossel®, etc ...) [236].

Sur le Grand Nouméa, les pharmacies sont approvisionnées par deux livraisons quotidiennes ; les autres pharmacies de brousse ou des îles sont livrées une fois par jour via des colporteurs.

3.6. Démographies médicales [237]

- Nombre de médecins en 2008 :

Au 1^{er} septembre 2008, on dénombre 545 médecins en activité (255 généralistes et 290 spécialistes) dont 258 exercent dans le secteur public et 287 dans le secteur libéral. Soit une augmentation de 1,68% par rapport à 2007.

- Évolution du nombre et de la densité des médecins par secteur d'activité :

Jusqu'en 1990, le nombre de médecins salariés est plus élevé que le nombre de médecins libéraux, puis cette situation s'inverse et ce, jusqu'en 1998. A partir de 2000, de nouveau, le nombre de médecins salariés dépasse celui des médecins libéraux. En effet, l'installation en secteur libéral est conditionnée par un conventionnement qui a été régulé à partir de 1994 (dans le cadre de la mise en place des mesures visant à maîtriser les dépenses de santé) alors que le recrutement de médecins salariés est lié à des créations de poste selon d'autres règles et objectifs (ouverture d'un hôpital en Province Nord, renforcement des équipes médicales dans les dispensaires, ...)

Ainsi, la croissance limitée du secteur libéral est en partie liée à la régulation des conventionnements dans la zone réglementée de Nouméa et du Grand Nouméa, zone cependant plus attractive pour les installations.

- Densité des médecins :

En 2008, la densité est de 223 médecins pour 100 000 habitants, comme peut le confirmer le tableau 12 suivant :

Tableau XII : Données concernant la densité des médecins et des pharmaciens en 2002 et en 2008.

	2002	2008
Population au 1 ^{er} janvier	215889	244410
Nombre de médecin	476	545
Densité de médecin	220,5	223,0
Nombre de pharmacien	97	141
Densité pharmacien	44,93	57,7

Sources : DASSNC, Adresses URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%202%201%20Les%20medecins%20web.pdf>

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%202%202%20Les%20autres%20professionnels%20de%20sante%20web.pdf>

- Densité des médecins généralistes



Figure 7. Densité des médecins généralistes en Nouvelle-Calédonie en 2008

Source : DASSNC, Adresse URL

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%202%201%20Les%20medecins%20web.pdf>

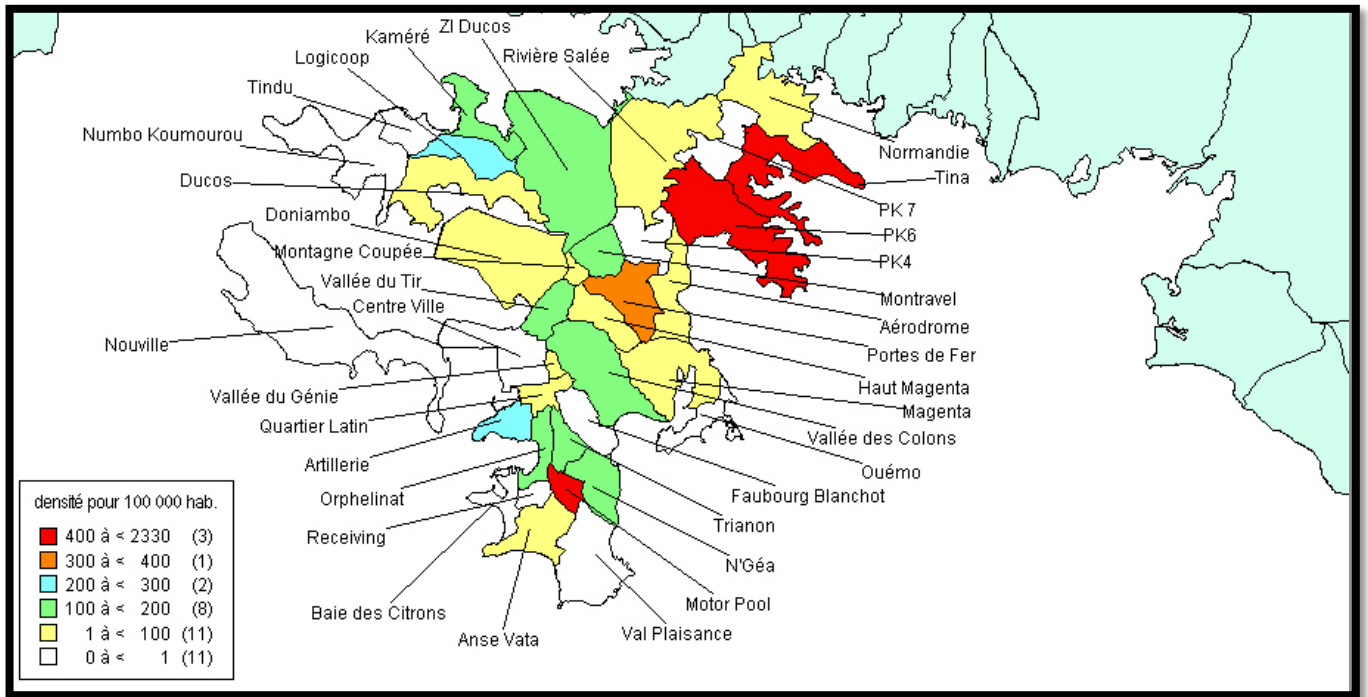


Figure 8. Densité des médecins dans la zone de Nouméa en 2008

Source : DASSNC, Adresse URL

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%202%201%20Les%20medecins%20web.pdf>

La densité des médecins généralistes est de 104,3 pour l'ensemble de l'île. En comparaison ces chiffres sont inférieurs à ceux de la France métropolitaine [238] où l'on dénombre 135 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2008.

Si l'on regarde de plus près, on remarque plusieurs disparités. En effet, la Province Sud a la densité la plus élevée (115,8) en raison de la présence des établissements hospitaliers. On note ainsi que la plus forte attraction est pour la ville de Nouméa (densité = 147,9). La forte densité de médecins à Yaté est une conséquence de l'implantation du site Goro- Nickel et du recrutement de médecins pour ce site.

- Densité des médecins spécialistes :

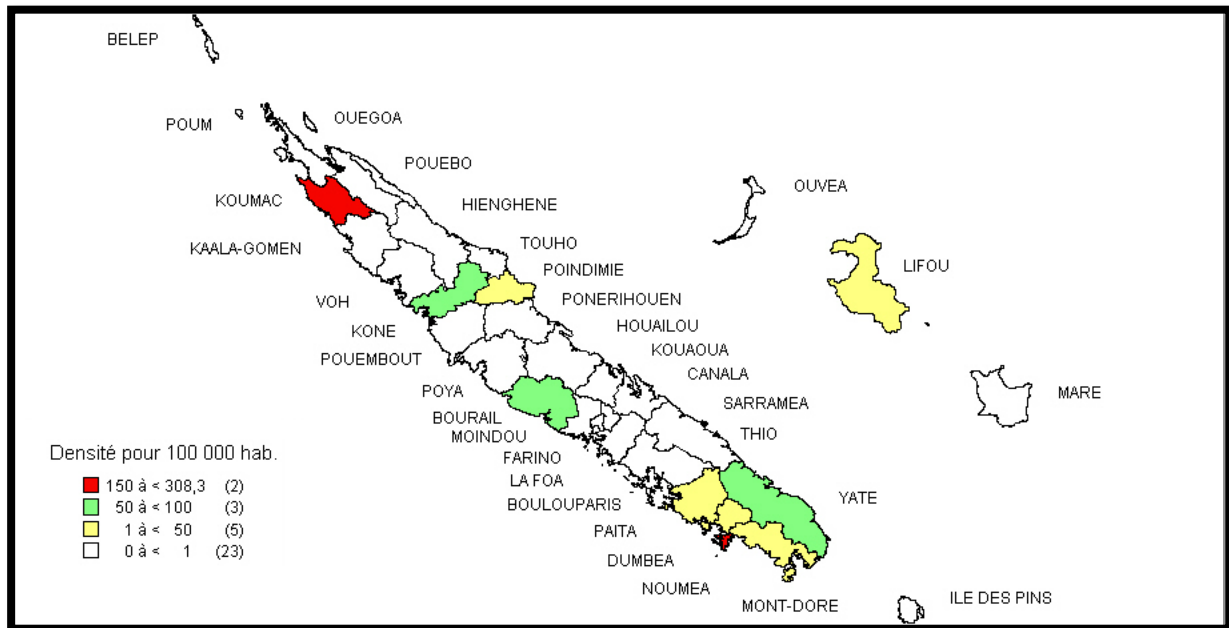


Figure 9 : Densité des médecins spécialistes en 2008.

Source : DASSNC, Adresse URL

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%202%201%20Les%20medecins%20web.pdf>

En raison de la présence des principaux établissements hospitaliers et plateaux techniques, la densité des médecins spécialistes est plus élevée en Province Sud (158,4) et plus particulièrement à Nouméa (268,2). Cette ville regroupe, en fait, 94,27% des spécialistes de la Province sud et donc 96 % de l'ensemble des spécialistes exerçant sur l'île. Les densités respectives des Provinces des îles Loyauté et du Nord sont 21,9 et 4,4.

4. Perception de la maladie par les Kanaks

Afin de mieux comprendre les disparités d'accès au soin en Nouvelle-Calédonie, une approche anthropologique de la perception de la maladie par les Kanaks semble nécessaire, car sur cette île la médecine occidentale côtoie la médecine traditionnelle.

Pour la culture kanak l'origine d'une maladie est souvent liée à la manière dont l'individu s'est comporté dans le monde (conflits, refus d'accomplir une obligation coutumière, transgressions d'interdits, etc.....). L'ethnologue Patrice Godin explique qu'il faudrait plutôt parler de « *malheurs* » que de maladies, dans la mesure où, les Kanaks les considèrent comme des événements dramatiques frappant le malade lui-même mais aussi sa famille, voire sa tribu [239].

Selon l'anthropologue, Christine Salomon [240] il existe plusieurs types de maladies :

- Les maladies « *importées* » encore appelées maladies « *des blancs* » ou maladies « *du docteur* », inconnues avant l'arrivée des colons européens et pour lesquelles les Kanaks consultent les médecins.
- Et les « *maladies d'autrefois* ».

On distingue plusieurs maladies d'autrefois :

- Les « *vraies maladies* » qui résultent d'accident climatique, de défauts d'hygiène alimentaires ou de rapports sexuels interdits. Ce sont des maladies bénignes.

- Les « *maladies des fautes commises* » (manque de respect à l'égard d'un membre de la famille, transgression d'un tabou, oubli d'exécuter un geste rituel....) qui sont des punitions ou des avertissements envoyés par les ancêtres au sens large.

- Les « *maladies provoquées* », qui relèvent de la sorcellerie ou « *boucan* ». Elles sont souvent le reflet de jalousie entre individu et se caractérisent par une survenue brutale et aiguë.

A ce propos, l'ethnologue Patrice Godin [239], explique que dans beaucoup de chefferies, du Nord de la Grande-Terre et des îles Loyauté, les grands chefs ont souvent une garde chargée de leur protection et, parmi elle, des spécialistes du « *boucan* » qui doivent punir tous ceux qui menacent la chefferie ou manquent de respect au chef.

Pour les Kanaks, les maladies non visibles sont plus graves que les maladies visibles. Ainsi, ils seront plus inquiets d'un mal de tête que d'une plaie, suintante et infectée.

De plus, plusieurs symptômes peuvent avoir la même cause. Ainsi les œdèmes, les bourdonnements d'oreilles, les écoulements de sang du nez ou des oreilles ont un point commun : l'augmentation de flux liquidien. Ils sont donc tous liés à l'ancêtre Gomââwe associé à l'eau et commun à tous les Kanaks et seront tous traités de la même manière.

De même qu'une même maladie peut avoir plusieurs origines. En effet, dans la culture kanak, les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) sont des « *maladies des femmes* ». Le VIH/SIDA, par exemple, peut être perçu comme telle puisqu'il s'agit d'une IST. La femme est considérée comme celle par qui arrive l'impureté. Etant donné que l'infection du VIH/SIDA trouve une explication dans la logique médicale ancestrale kanak, certains préfèrent avoir d'abord recours à des traitements traditionnels.

Le VIH/SIDA est aussi considéré comme une « *maladie des Blancs* », car il était inconnu en Nouvelle-Calédonie avant l'arrivée massive de militaires et des gendarmes sur le territoire

lors des Evénements de 1984-1988 (qui ont ensuite abouti à la signature de l'Accord de Nouméa). On retrouve ici un aspect de la stigmatisation liée à une pathologie.

Il existe une Pharmacopée « officielle » plus ou moins connue de tous, qui liste les plantes, dont l'usage est connu depuis longtemps. Les plantes sont répertoriées de la manière suivante :

- Celles qui guérissent les maladies traditionnelles, comme par exemple le bancoulier (*Aleurites moluccana*). L'écorce râpée de ses noix est utilisée pour soigner les blessures dues au corail.

- Celles qui guérissent les maladies liées à la transgression des interdits. L'écorce et les feuilles du kaori (*Agathis*), sont par exemple, nécessaires à l'élaboration de décoctions qui sont utilisées pour soigner les maladies provoquées par les « violations d'interdits. »

- Celles qui protègent et qui assurent la présence bénéfique des ancêtres, tel que le croton (*Codiaeum variegatum*). Ses feuilles portées sur l'oreille ou en bouquet serré sur le bras sont considérées comme étant des protections contre les agressions magiques. [241] [242]

Pour autant, beaucoup de familles kanak possèdent leur propre Pharmacopée végétale familiale ; c'est pourquoi, les « vraies maladies » peuvent se soigner dans le strict cadre familial.

Le traitement des « maladies liées aux ancêtres » nécessite l'intervention d'un guérisseur traditionnel, qui va chercher à connaître l'origine exacte du mal. Les plantes nécessaires au traitement lui apparaissent en rêve. Il est souvent nécessaire d'effectuer un rituel d'incantation aux esprits des ancêtres, car ces derniers, sont les seuls capables de rendre les médicaments efficaces. Des interdits sexuels, alimentaires sont à respecter durant la durée du traitement.

Les « maladies provoquées » nécessitent l'intervention d'un voyant ou d'un devin, qui travaillera en association avec le guérisseur. Un devin est l'héritier d'une tradition qui se transmet à l'intérieur de son clan et travaille en relation avec les ancêtres par le biais de tout un matériel liturgique. C'est toujours un homme. Alors que, le voyant est une personne qui a un don, très souvent apparu à la suite d'une maladie. C'est aussi bien un homme qu'une femme. Il n'utilise pas de « technique divinatoire » ; il « voit » la maladie en palpant le corps du malade.

Quelque soit la maladie, si le traitement est inefficace c'est qu'il y a une mauvaise observance, ou que le sort jeté est plus fort que le guérisseur. Le malade peut alors avoir recours aux médecins s'il le souhaite. [240]

5. Organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie

Le système de protection sociale de Nouvelle-Calédonie est indépendant de celui de la France métropolitaine. Il est basé sur 3 structures centrales : la CAFAT (Caisse de compensation des prestations Familiales et des Accidents du Travail), le RUAMM (Régime Unifié d'Assurance Maladie Maternité) et l'AMG (Aide Médicale Gratuite).

5.1. La CAFAT et le RUAMM [243]

Depuis 2002 l'ensemble des actifs et leurs ayant droits (salariés, fonctionnaires, travailleurs indépendants) de Nouvelle-Calédonie est affilié à une caisse d'assurance maladie unique.

L'organisation et le fonctionnement de la CAFAT sont déterminés par la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11.01.02 et la délibération modifiée n° 280 du 19.12.2001 relatives à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Tableau XIII. Historique de la création de la CAFAT et du RUAMM

1943	création de la première Caisse d'allocations familiales
1957	création du régime accidents du travail et maladies professionnelles
1958	création de la CAFAT
1961	création des régimes de retraite et de prévoyance
1969	mise en place d'un véritable régime de prévoyance, regroupant les assurances : maladie, chirurgie, longue maladie, invalidité et décès
1975	création d'un régime d'assurance chômage en faveur des travailleurs salariés
1976	création de l'assurance maternité, prenant en charge les frais d'accouchement
2002	mise en place du RUAMM
2005	création des allocations familiales de solidarité au profit des familles à revenus modestes, financées par la Nouvelle-Calédonie
2007	création du Complément Retraite de Solidarité (CRS) financé par la Nouvelle-Calédonie. Cette nouvelle prestation se substitue aux minima de retraite et à la bonification pour conjoint ou concubin à charge jusque là versés par le régime de retraite des salariés sur ses fonds propres

Source : CAFAT, Adresse URL

<http://www.cafat.nc/net/Cafat.nsf/Caf-present/Caf-present-030>

La CAFAT est chargée de la gestion des régimes :

- Maladie, longue maladie, maternité, invalidité et décès via le RUAMM.
- Accidents du travail et maladies professionnelles.
- Vieillesse (retraite) et veuvage.
- Famille.
- Chômage (on dénombre 6,7 % de chômeurs en 2008) [244]

Pour pouvoir bénéficier des prestations du RUAMM, l'assuré doit être inscrit à la CAFAT. L'ensemble de ces prestations sont résumées en annexe 4 de la partie IV.

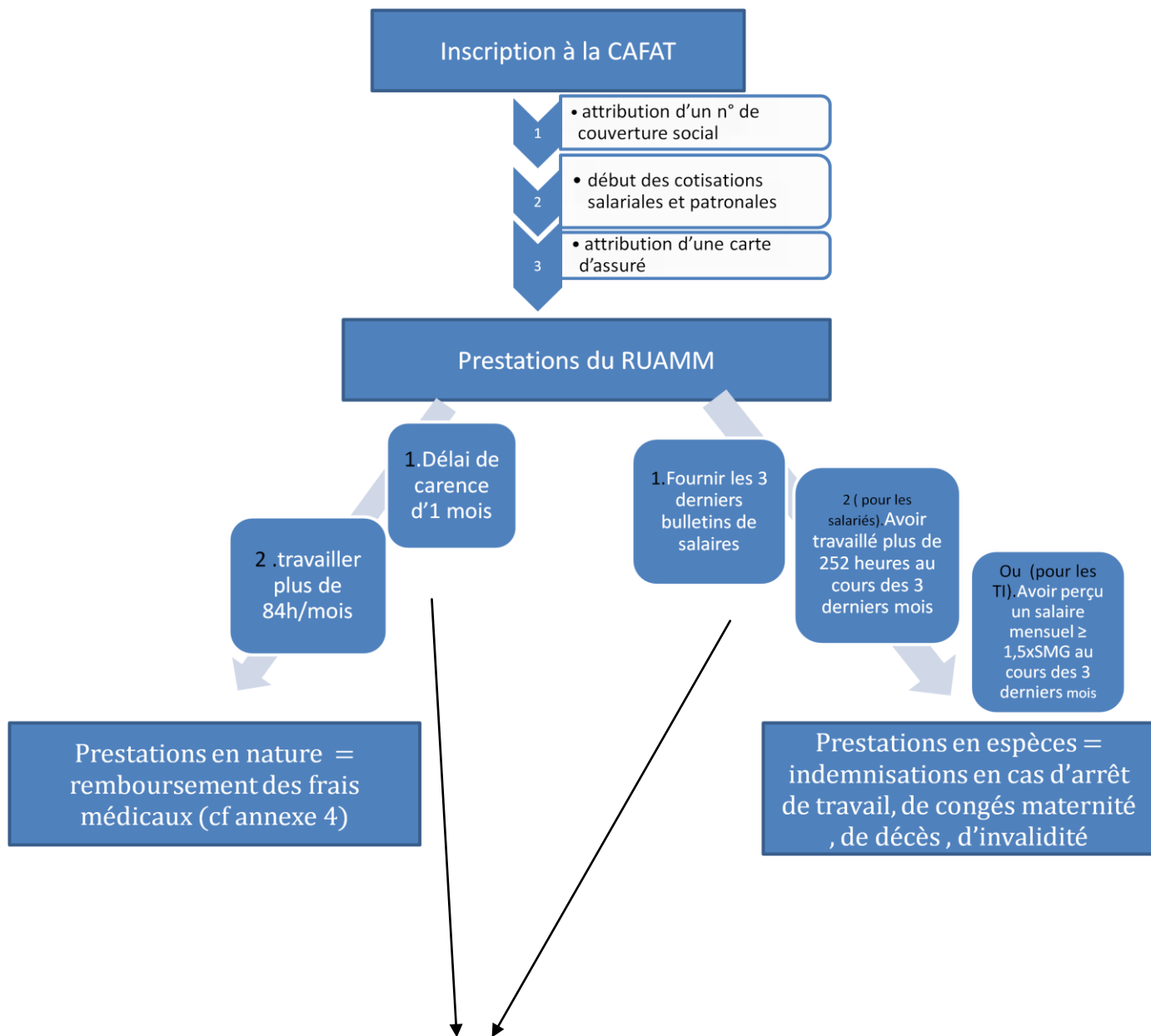
5.2. L'aide médicale gratuite (AMG)

Cette aide sociale gratuite a été créée par la DPASS (Directions Provinciales de l'Action Sanitaires et Sociales) et permet d'aider ceux qui ne peuvent supporter les coûts des soins de santé. Elle est totalement différente de l'Aide Médicale d'Etat de la France métropolitaine. L'AMG intervient de 2 manières : soit elle joue le rôle d'une sécurité sociale et intervient en tiers payant ; soit elle est apparentée à une mutuelle et intervient en complément des autres couvertures sociales. Elle prend en charge à 100% les frais d'hospitalisation, de transport en ambulance et d'EVASAN. Par ailleurs, à l'exception des personnes exemptées du ticket modérateur, les honoraires des médecins, des dentistes, des auxiliaires médicaux et les médicaments sont pris en charge à 90%. Un TM de 10% est donc laissé à la charge du patient.

Pour pouvoir en bénéficier, l'assuré doit remplir les conditions détaillées ci-après :

- Résider depuis plus de 6 mois dans la Province,
- Avoir des ressources mensuelles inférieures ou égales au SMG (Salaire Minimum Garanti) augmenté de 20 % par personne à charge. En 2009 ce plafond est de 125 464 pour une personne seule, de 92 601 CFP pour un couple (+ 20 % par enfant à charge).
- De plus, les personnes de nationalité étrangère doivent être en situation régulière de séjour et de travail et résider en Nouvelle-Calédonie depuis plus de 6 mois.

5.3 Organigrammes des modalités de prises en charge des organismes de protection sociale



Si l'assuré n'est pas en mesure de remplir ces conditions, il cotise bien à la CAFAT mais n'a pas droit aux prestations du RUAMM. Deux options s'offrent à lui : soit il essaie de cumuler plusieurs emplois, soit il fait les démarches nécessaires auprès de l'AMG de sa Province de résidence.

Figure 10. Modalités de prise en charge par la CAFAT et le RUAMM

Source : CAFAT, Adresse URL [http://www.cafat.nc/net/cafat.nsf/caf-accueil/\\$first](http://www.cafat.nc/net/cafat.nsf/caf-accueil/$first)

Dès que le dossier est accepté par l'AMG, l'assuré se voit attribuer une carte d'aide médicale (A, M, ALM, B ou C), valable pendant un an. Il est important de préciser que les demandes de renouvellement doivent être déposées un mois avant la date d'échéance de la carte. La figure 11, ci-après, explique à qui chaque carte est attribuée.

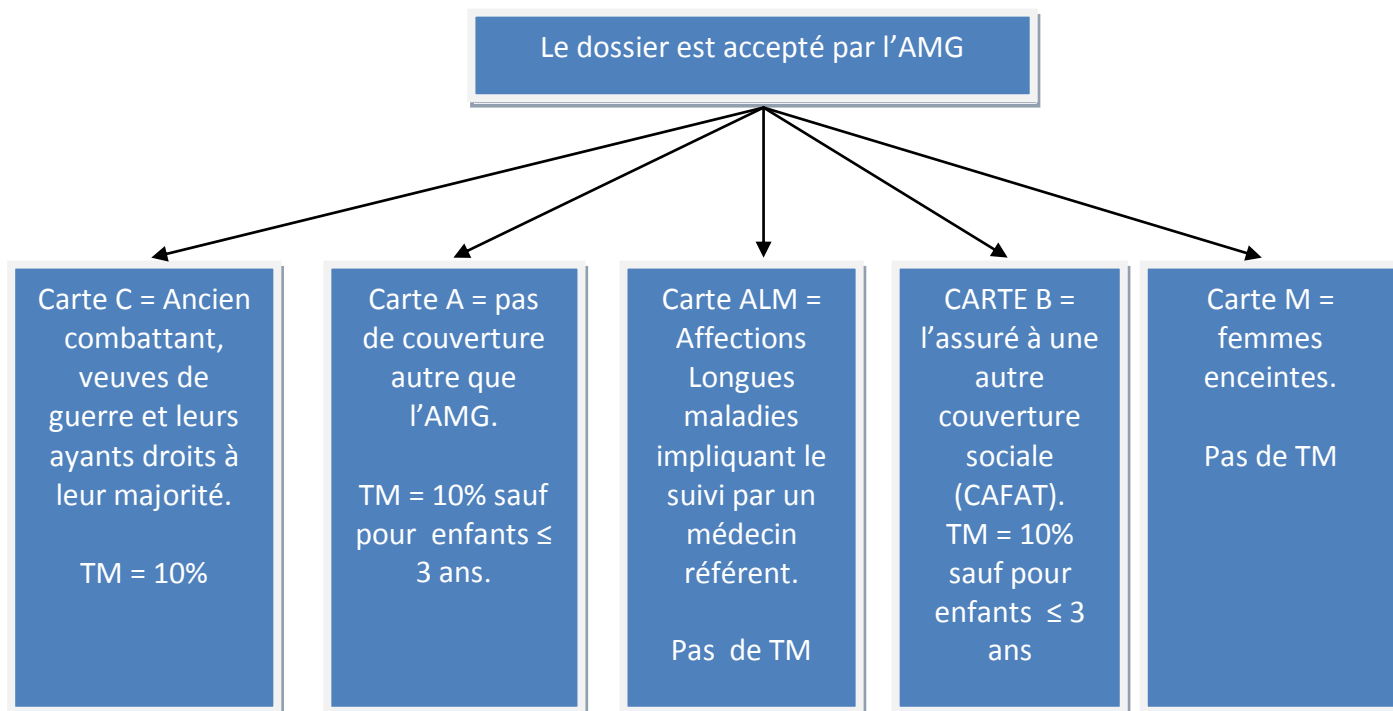


Figure 11. Descriptions des différentes cartes de l'Aide Médicale Gratuite

Source : DASSNC, Adresse URL :

http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/handicaps/protection_sociale_handicaps/aide_medicale

Sont classées parmi les Affections Longues Maladies : les mêmes pathologies que celles prises en charge à 100% par la CAFAT (dans le cadre des affections longues durées) et les maladies dites « sociales » : la TB, les IST, le VIH/SIDA, la maladie de Hansen, les pathologies psychiatriques et les cancers [245].

Chaque province étant autonome, chacune organise à sa façon les modalités de prise en charge des soins de santé au sein de sa Province. Cela engendre de grandes inégalités car la DPASS de la Province Nord a décidé de supprimer le TM : tous les titulaires de l'AMG seront pris en charge à 100% quelque soit la nature des frais engagés. D'autres aspects d'inégalités sont visibles : comme l'indique le tableau XIV ci-après. Les détenteurs de l'AMG seront pris en charge uniquement s'ils consultent dans certains lieux ou chez certains praticiens.

Tableau XIV. Modalité de prise en charge des soins pour les détenteurs de l'AMG

Prestations communes à toutes les Provinces					
<ul style="list-style-type: none"> • Les soins dispensés dans les structures sanitaires publiques (dispensaires y compris ceux de la CAFAT, CHP Koumac, CHT, CHS) sont pris en charge à 100% ou à 90% selon le type de carte. • Les soins dispensés en Australie ou en France métropolitaine dans le cadre d'une EVASAN sont pris en charge à 100%. 					
Prestations propres à chaque Province					
Province des îles loyauté		Province Nord		Province Sud	
Au sein de la Province	En dehors de la Province	Au sein de la Province	En dehors de la Province	Au sein de la Province	En dehors de la Province
Accès libre	Seuls les cas urgents, justifiés par une réquisition (établit par un praticien de l'une des circonscriptions médicales) seront pris en charge	Consultations uniquement chez les praticiens ayant obtenu un agrément des autorités provinciales	Seuls les assurés ayant obtenu un bon de consultation (délivré par la Province Nord) et consultant les praticiens du Grand Nouméa seront pris en charge	<u>Carte A</u> : accès uniquement aux prescripteurs publics du Grand Nouméa. <u>Carte B et ALM</u> : accès à tous les prescripteurs publics et privés	Accès libre

Source : DASSNC, Adresse URL :

http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/handicaps/protection_sociale_handicaps/aide_medicale

Conclusion :

Au regard de tout ce qui a été explicité précédemment, il apparaît alors clairement que l'accès au soin en Nouvelle-Calédonie, est inégale. Ces inégalités sont visibles aussi bien au niveau de l'accès aux centres de soin, qu'au niveau de la protection sociale.

En ce qui concerne l'accès aux établissements de santé, l'organisation du système de soin montre un déséquilibre entre les différentes provinces. En effet, les structures de soin de haut niveau, publiques comme privées sont surtout localisées dans la Province Sud, notamment à Nouméa. La Province Nord et celle des îles Loyauté, où il y a le plus de tribus mélanésiennes, ne sont couvertes que par les centres médicaux et les centres hospitaliers de Koumac et de Poindimié, dont les capacités de soin et d'hospitalisation sont beaucoup plus faibles que le CHT.

Il existe aussi de grandes disparités, selon les provinces concernant les ressources humaines : les zones rurales sont moins pourvues que la zone urbaine de Nouméa et du Grand

Nouméa. On rappellera que dans cette zone, la densité médicale par habitant rejoint celle de la France métropolitaine, même si l'installation du médecin libéral a été conditionnée par un *numerus clausus* qui visait à favoriser un recrutement de médecins salariés (dans le but de mieux répartir la population médicale, qui n'a pas spontanément tendance à s'écarter de Nouméa).

Ces inégalités d'installations sont autant, voire plus marquées, pour les médecins spécialistes qui sont tous regroupés en zone urbaine.

Par ailleurs, le relief de l'île gêne le développement des transports. En effet, la Grande Terre est parcourue, sur toute la longueur, par une chaîne montagneuse : les passages entre la côte Est et Ouest sont donc difficiles. De plus, la route qui ceint la Grande terre n'est pas totalement goudronnée, certaines zones ne sont pas desservies et il n'y a pas de transport ferroviaire. Il n'est donc pas facile de se rendre dans la zone du Grand Nouméa pour les populations vivant en « *brousse* » (Province Nord) ou dans la Province des îles Loyauté. En prenant un cas extrême, un habitant de Koumac, s'il n'a pas de voiture, doit parcourir 400km (soit 5 heures de trajet) en bus pour ce rendre à Nouméa.

Au vu des modalités de prise en charge contraignantes, de la CAFAT et du RUAMM, les personnes les plus pauvres sont contraintes d'avoir recours à l'AMG. En effet, il semble difficile de faire face aux coûts de santé lorsqu'un délai de carence est imposé ou lorsqu'un minimum d'heures de cotisations mensuelles est imposé aussi. En effet, lorsqu'un assuré nécessite des soins durant cette période de carence, il est obligé de payer lui-même les soins, et ne sera pas remboursé pour les frais engagés alors qu'il cotise bel et bien à la CAFAT. De plus, si un assuré travaille moins de 84h/mois, il cotise bien à la CAFAT mais n'a pas droit aux prestations du RUAMM.

Pour que des personnes ne soient plus exclues du système de santé, l'AMG a été créée. Seulement, le fonctionnement et les prestations de l'AMG diffèrent en fonction des provinces. Il en résulte un fonctionnement hétérogène et très complexe, dès lors qu'un patient change de province pour bénéficier de soins (on rappellera, par exemple, que la quasi-totalité du plateau technique est à Nouméa). Par conséquent, l'accès au soin est variable et inégal pour les détenteurs de l'AMG. Cette variabilité est fonction de la province de résidence et du type de carte. On rappellera aussi par exemple que les détenteurs de la carte A de la Province Sud sont contraints de consulter les établissements publics.

Un rapport d'enquête de l'INSERM [246] montre qu'actuellement, les pratiques de médecine traditionnelle persistent, voire se renforcent en Nouvelle-Calédonie. Ce rapport montre en effet que la difficulté de l'accès au soin, géographique ou financière et la méconnaissance des circuits de prises en charge sociale conditionne les Kanaks à choisir la médecine traditionnelle. La médecine occidentale est alors reléguée au second plan.

Toutefois, une autre étude [247], sur l'usage par les soignants du vocabulaire médical et de sa compréhension par les usagers, a ajouté une autre explication à ce phénomène : les Kanaks n'osent pas avouer qu'ils comprennent mal les termes médicaux et les traitements utilisés par le personnel soignant. De la même manière le personnel soignant comprend mal la démarche thérapeutique du mélanésien.

6. Le financement de la santé et dépenses en matière de santé

6.1. Le financement de la santé [248] [249]

La taxe alcool-tabac, joue un rôle important dans ce financement. En effet, les 2/3 de cette taxe sont donnés à l'ASSNC, qui s'en sert pour financer les établissements hospitaliers publics. Le tiers restant de cette taxe est versé à la CAFAT et au RUAMM. Ces derniers sont également financés, par la taxe de solidarités sur les services et à plus de 85%, par les cotisations sociales (salariés, fonctionnaires et travailleurs indépendants).

6.2. Les dépenses de santé [250]

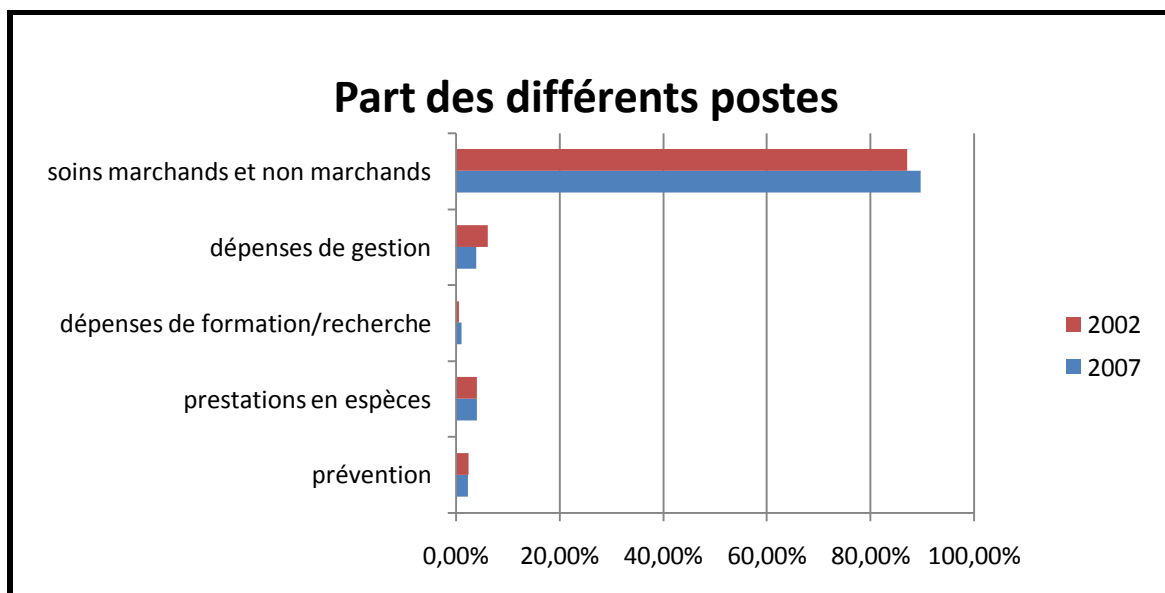


Figure 12. Répartition des dépenses de santé en Nouvelle-Calédonie

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/III%201%20Comptes%20de%20la%20sante.pdf>

f

La part consacrée à la prévention est faible, trop faible même ; cela a des répercussions sur la santé calédonienne. On note, par exemple, que la mauvaise information, le manque de lisibilité de circuit d'accès aux professionnels de santé (dont la prise en charge financière) sont trop souvent à l'origine d'échec en matière de contraception et donc, d'un taux élevé d'IVG [251] [252]. Par ailleurs, en ce qui concerne le RAA (Rhumatisme Articulaire Aigu), la population est peu informée de l'importance du traitement des infections des voies aériennes supérieures et, en dehors d'une plainte spécifique de l'enfant, le recours aux consultations médicales n'est pas systématique pour ce type de pathologie [253]. Ce n'est souvent que lors d'une première poussée de RAA ou même lorsque les séquelles cardiaques seront importantes que le médecin sera consulté. Les facteurs socio-économiques prédisposant à cette maladie sont ceux de la précarité avec un environnement défavorable ; promiscuité et surpopulation dans un habitat restreint, ressources financières faibles ou absentes, et la malnutrition qui en découle. Etant donné que les Provinces du Nord et des îles Loyauté ont une prévalence plus de 2 fois supérieure à celle de la province Sud [253], on peut donc affirmer que les mélanésiens sont les plus atteints.

Les dépenses de santé tiennent compte de 2 paramètres :

- La consommation médicale totale équivaut à la valeur des biens et des services utilisés pour les besoins individuels de santé c'est-à-dire, la valeur de la consommation de soins (hospitalier et ambulatoire) additionnée de la valeur des médicaments et autres bien médicaux (optique, prothèse, petits matériels et pansements).
- La dépense courante de santé est la somme des dépenses qu'engagent les financeurs du système : la CAFAT, les Provinces, l'AMG, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institution de prévoyance) et les ménages eux-mêmes.

A la consommation médicale totale, précédemment définie, s'ajoutent les indemnités journalières, la recherche, la formation des professionnels de santé, les frais de gestion du système de santé et les dépenses de prévention collectives (campagnes d'information et d'éducation à la santé).

Tableau XV. Evolution de la consommation médicale

	Consommation médicale en millions de FCFP	Dépense courante de santé en millions de FCFP
2004	47339,17	52 951,79
2005	54 303,63	58 596,49
2006	57 461,71	62 563,88

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/III%201%20Comptes%20de%20la%20sante.pdf>

Entre 2004 et 2006, la consommation médicale totale a augmenté de 21% et la dépense courante de santé de 18%.

Le développement de l'offre de soins, l'amélioration des conditions socio-économiques et l'approfondissement du système de protection sociale ont contribué à une amélioration de l'état sanitaire global mais se sont accompagnés d'une augmentation structurelle des dépenses de santé non maîtrisée.

Données actuelles :

Tableau XVI. Evolution de la consommation médicale et de la dépense de santé par habitant

	2004	2005	2006
Population	227 878	232 258	236528
Consommation médicale (FCFP)	207773	233807	243699
Dépense de santé par habitant (FCFP)	232 369	252 290	264 509

Source : DASSNC, Adresse URL

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/III%201%20Comptes%20de%20la%20sante.pdf>

Comparaison avec la France métropolitaine en 2006 :

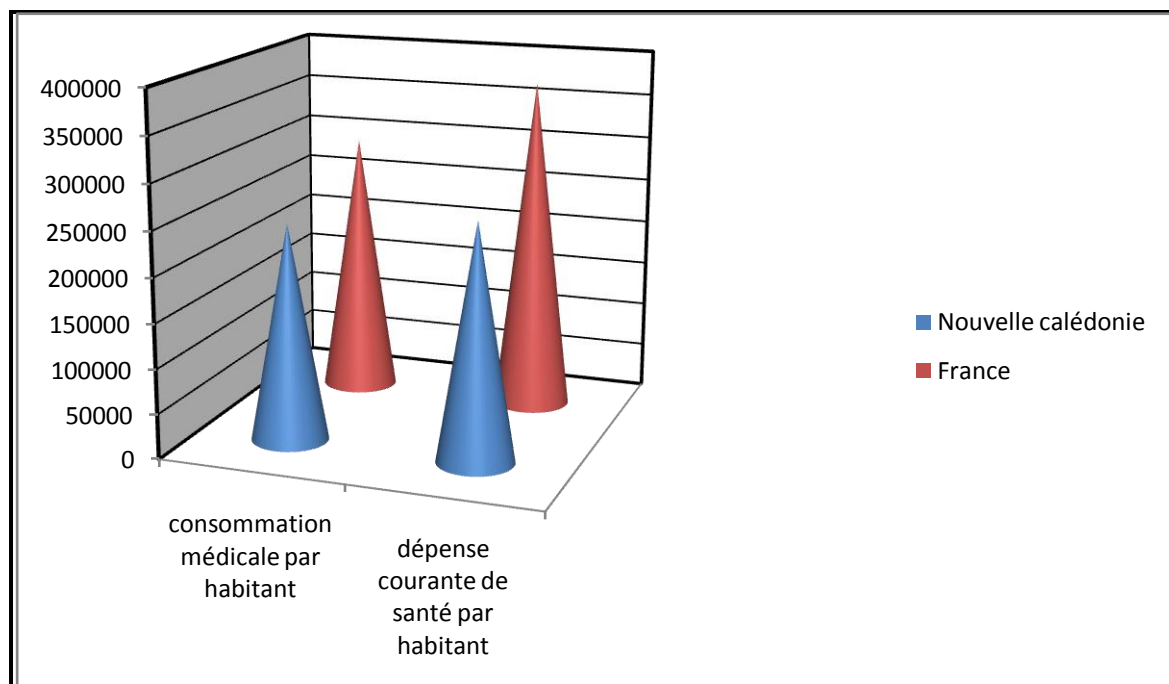


Figure 13. Comparaison de la consommation médicale et de la dépense courante par habitant de la Nouvelle-Calédonie et de la France métropolitaine

Source : DASSNC, Adresse URL

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/III%201%20Comptes%20de%20la%20sante.pdf>

f

La moindre consommation médicale par habitant en Nouvelle-Calédonie s'explique notamment par la structure en âge plus jeune de la population calédonienne, les jeunes étant moins consommateurs de soins.

Le montant moyen des dépenses de santé des personnes âgées de plus de 60 ans, est 3 fois plus élevé que celui des 20-49 ans.

A cette moindre consommation médicale par habitant s'ajoutent des dépenses de formation et de recherche beaucoup moins élevées en Nouvelle-Calédonie qu'en France métropolitaine, d'où une dépense courante de santé, elle aussi, relativement moins importante.

Tableau XVII : Evolution de la dépense courante de santé par le PIB :

	2004	2005	2006
PIB Nouvelle-Calédonie (milliards FCFP)	565,5	599,5	647
Consommation médicale rapporté au PIB (en %)	8,37	9,05	8,88
Dépenses courante de santé rapportée au PIB (en %)	9,36	9,77	9,66

Source : DASSNC, Adresse URL

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/III%201%20Comptes%20de%20la%20sante.pdf>

En 2005, la dépense nationale de santé calculée pour la Nouvelle-Calédonie est de 8,47% du PIB alors qu'en France métropolitaine, cette même dépense est 10,6% du PIB. [250]

7. La lutte contre la tuberculose en Nouvelle-Calédonie

Avant de s'intéresser à la TB, il paraît nécessaire de connaître le profil épidémiologique des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles de la Nouvelle-Calédonie. Nous verrons dans le graphique de la figure 14, ci-après, que le profil épidémiologique de la Nouvelle-Calédonie est semblable à ceux des pays à revenus élevés, qui ont subi la transition épidémiologique. En effet, en 2007, les principales causes de décès, tous sexes confondus, sont des maladies non transmissibles : les tumeurs (27,9%) et les maladies de l'appareil circulatoire (25,1%). Il en est de même pour la France métropolitaine, où les chiffres sont de 30% pour les tumeurs et de 28% pour les maladies de l'appareil circulatoire. [254]

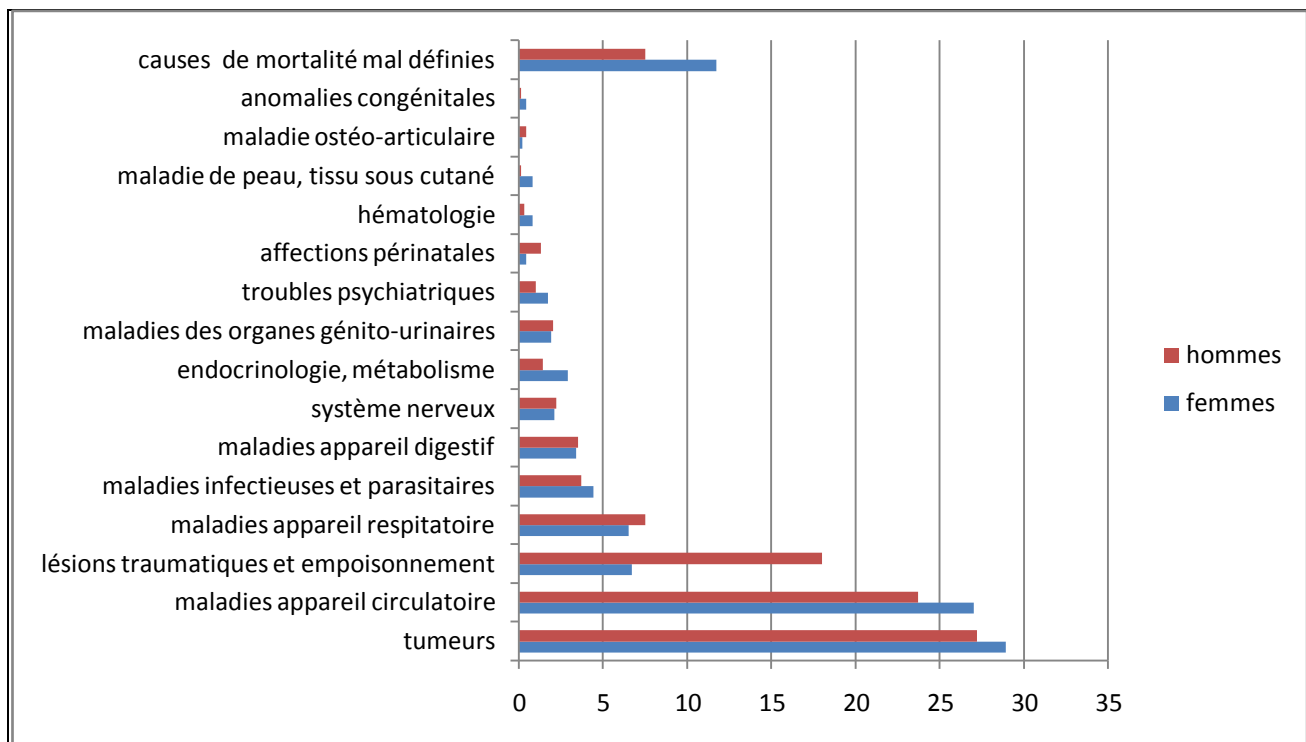


Figure 14. Les principales causes de décès en Nouvelle-Calédonie (en %, 2008)

Source : DASSNC, Adresse URL

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%201%202%20Causes%20deces%20Mortalite%20generale%20web.pdf>

Toutefois, il semble important de remarquer la fréquence non négligeable de décès par lésions traumatiques et empoisonnement (soit 13,4% tous sexe confondus) et celles des causes inconnues de décès (soit 9,6% tous sexes confondus) en Nouvelle-Calédonie.

Concernant les maladies infectieuses, la Nouvelle-Calédonie est épargnée par le paludisme. En revanche la TB (48 cas déclarés en 2008), la dengue (1179 cas déclarés en 2008), l'hépatite B (102 cas déclarés en 2008), le VIH/SIDA (15 cas déclarés en 2008), les IST (780 cas déclarés en 2008), le RAA (136 nouveaux cas en 2009), la leptospirose (150 cas déclarés en 2008), la lèpre (6 cas déclarés en 2008) font parties des dix premières causes de consultations.

[255]

7.1. La tuberculose dans le monde

La TB est une maladie infectieuse, due au bacille *Mycobacterium* du complexe *tuberculosis*, contagieuse principalement par voie aérienne.

En 1992, l'épidémie de TB a été qualifiée « d'urgence mondiale » par l'OMS. Toujours selon l'OMS, un tiers de la population mondiale est actuellement infecté ; 5 à 10% de cette population développeront la maladie ou deviendront contagieux au cours de leur existence. A

savoir, qu'en l'absence de traitement, une personne atteinte de TB évolutive peut infecter en moyenne 10 à 15 autres personnes en l'espace d'une année. Il y a eu en 2007, 9,2 millions de nouveaux cas de TB dans le monde, dont voici la répartition. (figure 15)

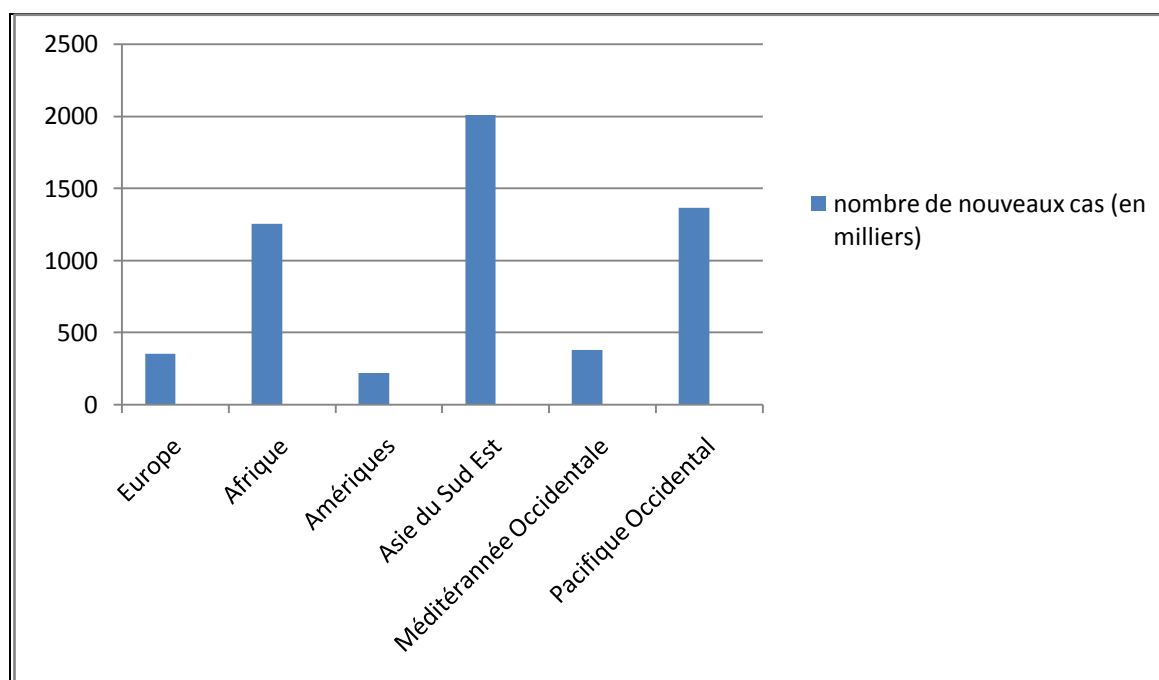


Figure 15 : Répartition de la TB dans le monde (2007)

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%202%205%20La%20tuberculose%20web.pdf>

f

Les PED sont les plus touchés, mais la maladie s'est aussi réactivée dans les pays industrialisés. Parmi les facteurs retenus pour expliquer cette résurgence, l'OMS signale la dégradation des programmes de lutte contre la TB et le lien entre la TB et le VIH/SIDA. En effet, les personnes infectées à la fois par le VIH/SIDA et le bacille tuberculeux sont beaucoup plus susceptibles de développer la maladie. Par ailleurs, de nouvelles souches de bactéries résistantes aux médicaments se développent dans le monde. Cependant les données les plus récentes suggèrent que le taux d'incidence diminue depuis 2004, que le taux de dépistage des cas atteignait 63% en 2007 et que le taux de succès thérapeutique atteignait 85% en 2006. Pour autant, la lutte contre la TB n'est pas finie, l'OMS a déjà énoncé les objectifs à atteindre pour 2015 : faire baisser son incidence et réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité par rapport à leur niveau de 1990 [256].

7.2. La situation en France métropolitaine [257] [258]

En 2007, le nombre de cas de TB maladie déclarées était de 5 588 en France, soit 8,9 cas pour 100 000 habitants. La France comme de nombreux pays occidentaux doit faire face à une recrudescence de TB. Si l'on s'attarde sur les taux d'incidence par région, on peut constater que, comme les années précédentes, le taux de déclaration est plus élevé en Ile-de-France et en Guyane ainsi que chez les personnes sans domicile fixe, les personnes nées en Afrique subsaharienne ou, d'une façon générale, celles nées à l'étranger dont l'arrivée en France est récente. Comparé à 2006, le nombre de cas a augmenté de 5% en 2007 alors qu'il avait baissé régulièrement jusqu'alors. Cette augmentation, même si elle paraît au moins en partie liée à une amélioration de l'exhaustivité des déclarations, ainsi que la persistance de risques élevés dans certaines populations, incitent à la vigilance.

7.3. Contexte épidémiologie de la tuberculose en Nouvelle-Calédonie [258]

Cette maladie infectieuse tient encore une place importante avec un taux d'incidence de 20,9 pour 100 000 habitants. La situation est plutôt favorable grâce au programme mis en place depuis 1992. Pour mémoire, on rappellera que le taux d'incidence était de 80 pour 100 000 habitants en 1992. Pour autant, malgré ces progrès considérables, l'incidence actuelle de la Nouvelle-Calédonie est 2 à 3 fois supérieure à celle des pays industrialisés.

Selon l'étude effectuée par la DASSNC en 2008, 51 nouveaux cas de TB ont été déclarés. Ces déclarations provenaient :

- Du CHT (29 cas).
- Du CHN (6 cas).
- Des établissements médicaux provinciaux (6 cas).
- Des médecins libéraux (10 cas).

La plupart sont des TB pulmonaires (68%), formes contagieuses de la maladie et favorisant la pérennisation de cette infection. La TB étant une maladie à déclaration obligatoire, les diagnostics doivent s'accompagner d'une fiche de déclaration obligatoire. A ce propos, l'étude des circonstances de diagnostics, révèle que 69% d'entre eux sont faits sur la présence de signes cliniques, 14% par un dépistage systématique, 6% lors d'enquête par examen direct et moins 1% des cas sont diagnostiqués par les visites d'embauches, les PMI et les visites scolaires.

Prévalence de la tuberculose par province, par communes et par ethnies :

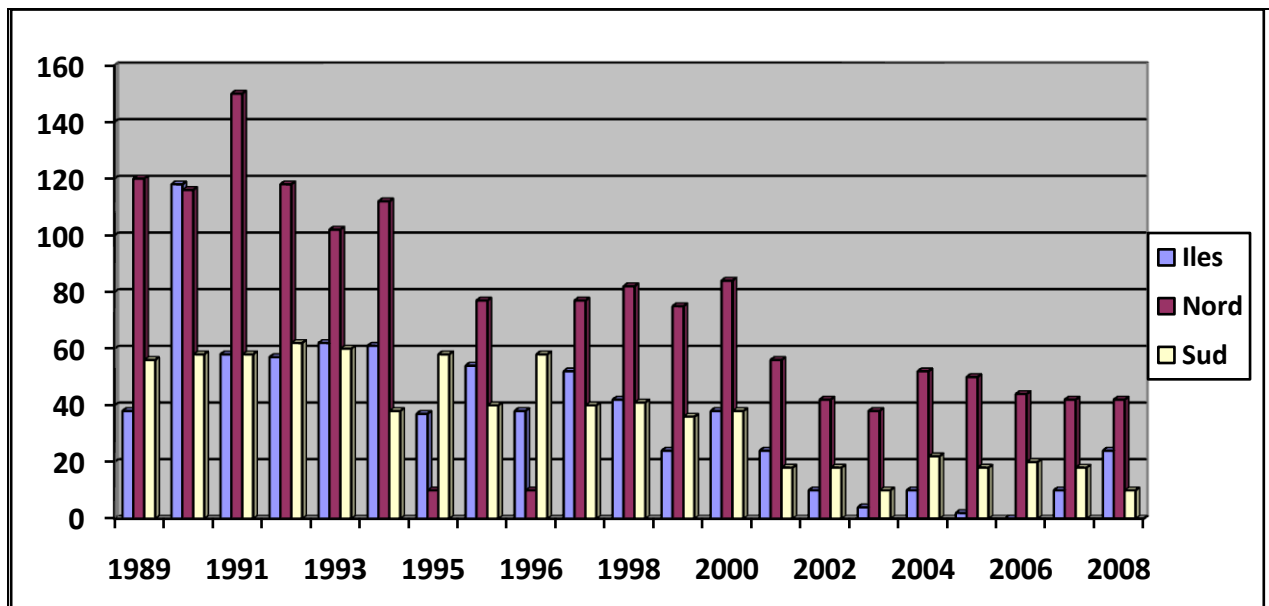


Figure 16. Evolution de l'incidence de la tuberculose par province

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%202%205%20La%20tuberculose%20web.pdf>

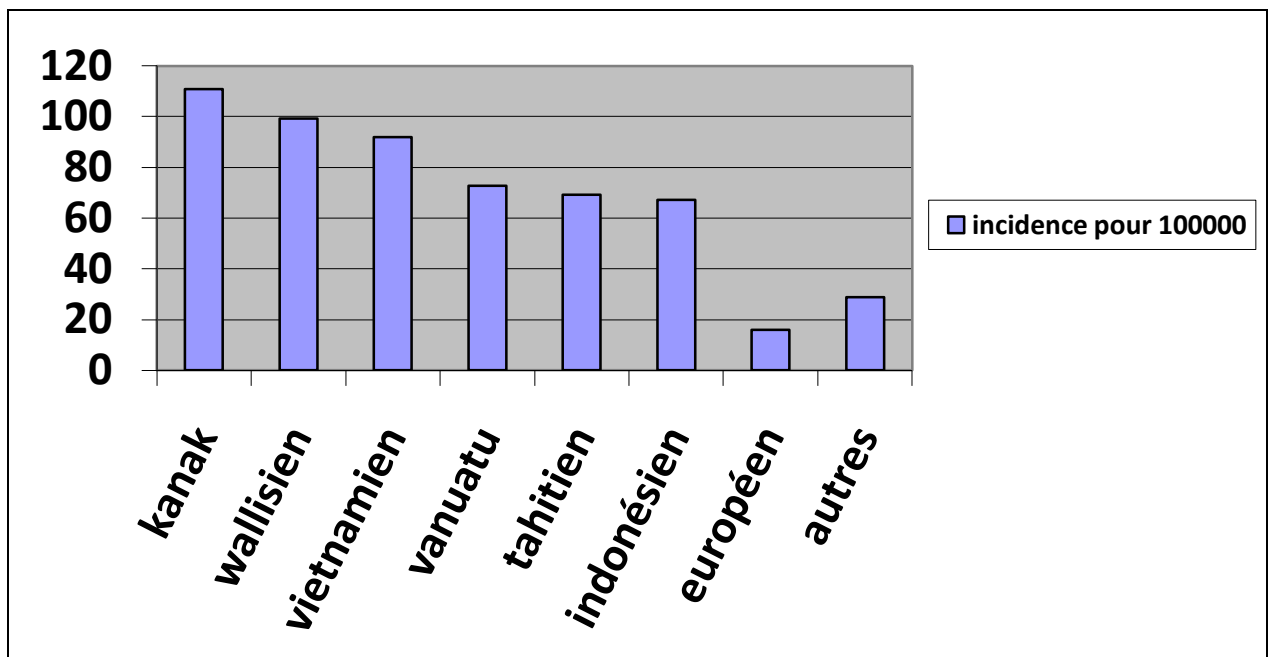


Figure 17. Incidence de la tuberculose par ethnies entre 1989 et 1995

Source : DASSNC, Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%202%205%20La%20tuberculose%20web.pdf>

Comme il a été dit précédemment, en 1992 le gouvernement calédonien a décidé la mise en place d'un programme de contrôle de la TB (ce programme sera abordé plus amplement dans le chapitre 7.4). Et c'est pourquoi l'on observe une nette diminution de l'incidence de la TB après 1994 (le graphique de la figure 16). De plus, au vu des graphiques des figures 16 et 17, on peut conclure que pratiquement toutes les communes de l'île sont touchées par la TB, avec cependant des disparités du taux d'incidence selon les communes. En effet, l'incidence en Province Nord reste plus élevée que la moyenne territoriale ; on peut donc en conclure que c'est essentiellement la population kanak qui en est atteinte. Il est aussi important de préciser que les communautés wallisiennes et vietnamiennes sont également très fortement touchées.

Par définition, la guérison est attestée par la négativité bactériologique des crachats deux et cinq mois après le début de traitement. La stratégie OMS estime qu'un programme est performant si le taux de guérison est supérieur à 85% [256]. Pour les patients dépistés en 2007 on a observé, en Nouvelle-Calédonie, un taux de guérison de 71,4 % (bacillifères).

7.4. Les actions de lutte et surveillance de la tuberculose [258]

L'une de ces actions passe par la prévention et donc par la vaccination. En Nouvelle-Calédonie la vaccination contre le BCG est obligatoire à la naissance alors qu'en France métropolitaine, il est seulement recommandé pour les enfants à risque.

Par ailleurs, la TB étant une maladie à déclaration obligatoire, la délibération n°100 du congrès territorial du 13 mars 1991 a fixé le modèle de déclaration. Il inclut une déclaration initiale, un plan d'enquête, une fiche de surveillance thérapeutique, une fiche de suivi prophylactique, les résultats bactériologiques. La surveillance est centralisée à l'Inspecteur de la santé de la DASSNC mais elle est le fruit du travail de tous les acteurs de santé, impliqués à chaque nouveau cas découvert.

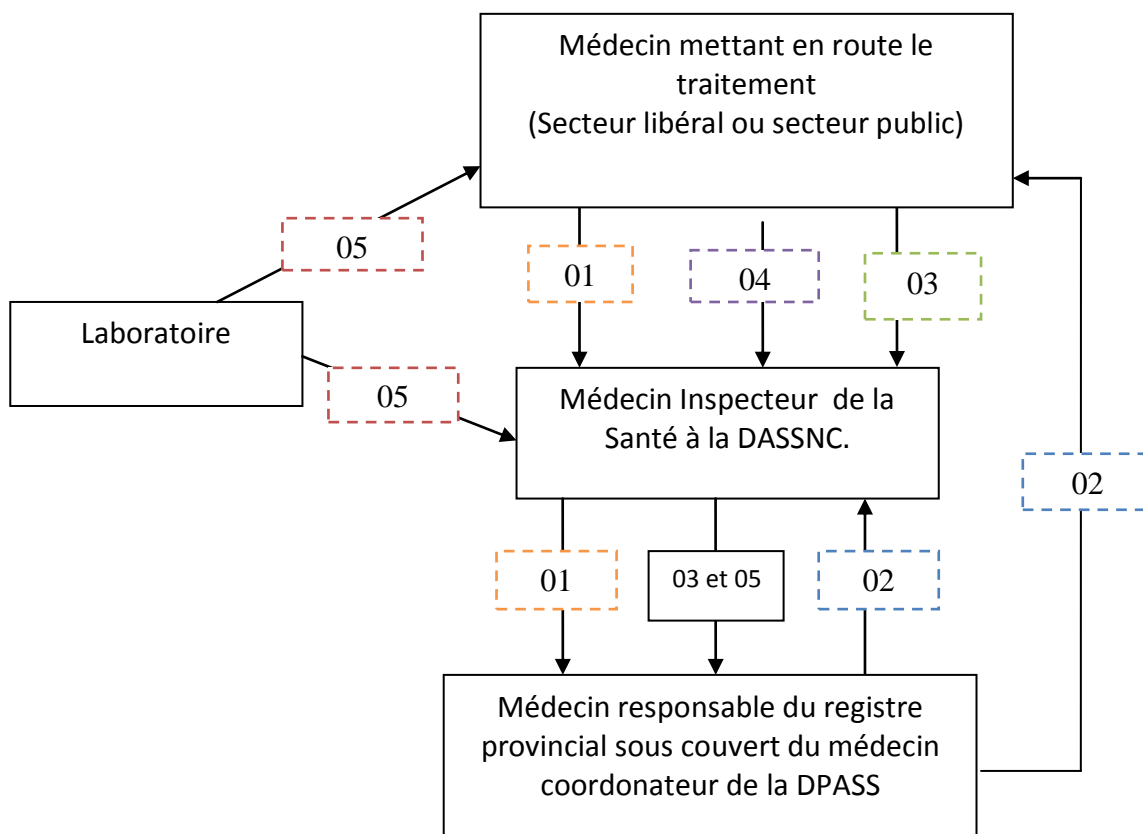


Figure 18 : Circuit de surveillance de la TB en Nouvelle-Calédonie

Source : DASSNC, Adresse URL

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%202%205%20La%20tuberculose%20web.pdf>

La figure 18 nous permet de décomposer le programme de surveillance de la manière suivante :

- 01 : une déclaration de la TB est remplie par le médecin qui met en route le traitement
- 02 : un plan d'enquête est établi par le médecin responsable du registre provincial ou par délégation par le médecin de santé publique de la résidence du patient. Il est adressé en même temps à tous les médecins devant intervenir dans l'enquête.
- 03 : une fiche complémentaire de résultats est envoyée dans tous les cas, (traitement terminé ou non) par le médecin assurant la surveillance du traitement dans le courant du 7^{ème} mois qui suit la date de début de traitement.
- 04 : une fiche de résultat du dépistage est adressée au médecin Inspecteur de la DASSNC dans les cinq mois qui suivent le début du traitement.
- 05 : une fiche de résultats bactériologiques est adressée par l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie à l'inspection de la santé, et en même temps au médecin traitant.

7.5. Itinéraire thérapeutique d'un patient atteint de tuberculose pulmonaire

Prenons l'exemple d'un patient habitant l'île de Maré. 97 % des personnes vivant sur cette île bénéficient de l'AMG des îles Loyauté. La TB faisant partie des maladies dites « *sociales* », elle entre dans le cadre des Affectations Longues Maladies ; il aura donc une carte ALM et sera exempté du TM.

En 2008, aucun spécialiste n'exerce à Maré et tous les pneumologues exercent à Nouméa ou dans la zone du Grand Nouméa. Cependant, une fois par trimestre, des vacances de pneumologue ont lieu au sein de l'un des deux dispensaires de Maré. Entre temps, le patient est obligé de consulter les praticiens du dispensaire ou s'il le souhaite se rendre à Nouméa (par avion ou par bateau). Cependant, la DPASS des îles Loyauté, ne prend en charge que les transports urgents, relevant de l'EVASAN (la durée d'attente entre l'appel du 15 et l'arrivée de l'équipe médicale du protocole EVASAN sur l'île, est d'1h30 minimum). Les transports hors EVASAN sont donc à la charge du patient.

La TB est une maladie qui se guérit à condition de respecter un traitement standardisé internationalement consistant en une association d'antibiotiques durant une période de 6 mois ou plus. Le traitement de la TB pulmonaire est basé sur l'association de 4 antituberculeux [259] :

- l'Isoniazide (INH) : Rimifon® 50mg (7183 FCFP), 150mg (8252 FCFP)
- le Rifampicine (RFP) : Rifadine 300 mg boîte de 8 gélules (979 FCFP), boîte de 30 gélules (2874 FCFP)
- l'Ethambutol (EMB) : Myambutol® 400mg (729 FCFP)
- le Pyrazinamide (PZD) : Pirilène® 500mg (1430 FCFP)

La DPASS des îles Loyauté n'impose pas, aux détenteurs de l'AMG, d'aller prendre leur traitement dans des pharmacies précises. Il peut donc, en théorie, se rendre dans la pharmacie qu'il souhaite. En réalité, l'accès aux médicaments leur est restreint. En effet, certaines pharmacies (notamment celle situées sur la Grande Terre) refusent de pratiquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'AMG, sous prétexte que les délais de remboursement de DPASS des îles Loyauté sont très longs (plusieurs mois). Dans ce cas, le patient est contraint d'avancer les frais.

Au final, la solution la plus simple semble être de prendre ses médicaments à la pharmacie de Maré. En fonction de sa tribu de résidence, le patient va devoir parcourir plusieurs Km pour obtenir ses médicaments car il n'y a qu'une seule pharmacie sur cette île, qui mesure 40 Km de long et 30 Km de large. Cette dernière est approvisionnée une fois par

jour via le transport aérien. Il est important de préciser que, concernant les vols internes au sein de l'île, il n'existe qu'une compagnie aérienne. Et cela pose problème lorsque cette compagnie est en grève (en 2009 par exemple, il y a eu 64 jours de grève), ou si les vols sont annulés pour causes météorologiques.

Conclusion de la partie IV

La Nouvelle-Calédonie est un territoire français, elle devrait donc en théorie offrir des prestations médicales et médico-sociales d'un niveau proche de celui des pays industrialisés. De plus, les principaux indicateurs de santé témoignent de l'amélioration de l'état de santé des calédoniens (espérance de vie [260], baisse de la mortalité); seulement des maladies évitables, infectieuses ou liées à un mode de vie traditionnel persistent encore sur cet archipel. On note, par exemple, que malgré les progrès sanitaires, la lèpre (6 cas en 2008 soit 285 cas depuis 1983) [261], la TB (2683 cas déclarés depuis 1983), le RAA (136 cas déclarés en 2008 soit 2372 cas enregistrés depuis 1994) sont encore d'actualité sur cet archipel. Leur persistance se fait avec des niveaux variables selon le type de population et selon la communauté d'appartenance : la population kanak est particulièrement concernée par ce problème. L'analyse de la médecine traditionnelle kanak permet, en partie, la compréhension de ces disparités d'accès au soin. Mais il existe aussi d'autres raisons : le secteur de santé calédonien est un système à deux vitesses avec un milieu urbain disposant d'un système de santé suffisant et un milieu rural où une pénurie médicale est observée.

Pour remédier à ces problèmes, des adaptations semblent nécessaires dans le domaine de la prévention; ainsi que dans le rééquilibrage des densités médicales et des différents organismes de protection sociale, car l'égalité des soins passe par une médecine accessible à tous.

Thèse soutenue par : BOUTY Chloé et RISTERUCCI Maud

Titre : L'accès aux soins dans les pays du Nord et du Sud, le cas des médicaments : Amorce de réflexion concernant l'accès aux antirétroviraux au Bénin et l'accès aux antituberculeux en Nouvelle-Calédonie.

Durant la période postcoloniale, les prêts octroyés aux Pays du Sud étaient soumis aux conditions des programmes d'ajustements structurels. Ces derniers, avaient des conséquences directes sur l'organisation sanitaire et, en particulier, sur l'accès aux soins et aux médicaments. Face à ce constat, une grande conférence internationale sur le thème de la santé et du développement, se déroula à Alma-Ata en 1978. La Déclaration d'Alma-Ata a incité les gouvernements à élaborer des politiques nationales visant à introduire les soins de santé primaires dans leur système national de santé, dont l'un des volets était la « *fourniture des médicaments essentiels* ».

Neuf ans après, l'initiative de Bamako avait pour objectif de relancer la stratégie des soins de santé primaires, par le biais du recouvrement des coûts. Son bilan est controversé, notamment à cause de son manque d'équité mais elle reste le modèle d'organisation du système de santé en Afrique subsaharienne. Elle aura tout de même eu le mérite de promouvoir les médicaments essentiels.

Des progrès significatifs ont été réalisés ces dernières années pour garantir l'accès aux médicaments. La liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé constitue un outil important dans l'équation de cet accès. Par l'adoption de politiques pharmaceutiques nationales, ayant entre autres comme outil, la définition de « *liste de médicaments essentiels* », les ministères de la santé ont réalisé des progrès concernant la santé publique dans leur pays [262].

Cependant, un tiers de la population mondiale ne peut avoir à ce jour un accès régulier aux médicaments essentiels. Dans les pays les plus pauvres d'Afrique et d'Asie, la moitié de la population est touchée par ce problème [262]. Plus de dix millions de décès par an pourraient être évités en multipliant les interventions contre les maladies transmissibles ou non transmissibles, et contre les affections maternelles et périnatales. La majorité de ces interventions reposent sur l'utilisation des médicaments essentiels. La difficulté d'accès aux traitements provient de différents problèmes : le prix des médicaments, leur financement mais

aussi les problèmes rencontrés lors de l'approvisionnement et de la distribution. L'accès aux médicaments est donc un sujet complexe : il dépend de la sélection de médicaments de qualité, de leurs acquisitions à un prix abordable, de leurs prescriptions accompagnées d'un usage rationnel. Cela implique aussi la mise en place de systèmes d'approvisionnement et de distribution fiables et soumis à un financement durable [263].

Pour l'acquisition des médicaments, plusieurs outils sont à la disposition des institutions publiques tels que :

- la sélection des médicaments ayant un bon rapport coût/efficacité.
- l'information sur les prix des médicaments permettant la comparaison sur des bases de données internationales.
- la négociation des prix et le recours à des mécanismes d'approvisionnement concurrentiels.
- le recours aux accords de réduction volontaires entre fournisseurs et gouvernements afin d'obtenir des médicaments à prix différenciés.
- le recours aux licences volontaires et aux licences obligatoires.
- la production locale et l'utilisation des flexibilités possibles sur la propriété intellectuelle (ADPIC et accords de Doha permettant une relative exception sanitaire), qui rendent possible une réduction des prix.
- la réduction des taxes d'importation et de douane.
- les groupements d'achat et la promotion des médicaments génériques [264].

Cependant, malgré des prix abaissés, de nombreux paramètres limitent encore l'accès aux médicaments. Le problème du prix des médicaments perdure. Il est lié d'une part, aux marges effectuées dans les systèmes de distribution, et d'autre part, par l'absence presque totale de prise en charge des soins (systèmes d'assurance-maladie, mutualisation). La question du manque d'infrastructures et de personnel s'ajoute à la problématique du prix.

Ainsi, même lorsque les traitements sont gratuits, comme nous l'avons vu dans l'exemple des antirétroviraux au Bénin, les problèmes d'accès ne sont pas pour autant résolus. En effet, l'achat et la distribution des médicaments peuvent dépendre, en grande partie, des bailleurs de fond. Il s'agit alors pour les gouvernements de concilier les directives et les procédures établies par ces derniers. De nouveaux circuits d'approvisionnement apparaissent, en particulier dans le cadre du système d'approvisionnement et de distribution des antirétroviraux mais ils sont parfois mal coordonnés et se superposent à ceux existant déjà ; les

moyens de stockage et de transport sont souvent dépassés et la distribution n'est pas régulière. Tous ces dysfonctionnements engendrent par des ruptures de stocks, [265] on ne peut alors pas parler d'accès au traitement s'il n'y a pas de traitements.

Afin d'améliorer la capacité d'accès aux soins de santé, la participation financière de l'Etat paraît incontournable. Les acteurs internationaux ont également un rôle majeur dans l'accès aux soins et aux médicaments. Ces dernières années la forte mobilisation a tout de même permis d'accroître de manière significative l'accès aux traitements, en particulier aux antirétroviraux, aux antituberculeux et aux traitements du paludisme dans les pays d'Afrique Subsaharienne. Toutefois, la dernière crise financière mondiale a eu pour conséquence la réduction des aides financières [267]. Par exemple Le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (institution clé dans le financement international en direction des Pays du Sud) peine aujourd'hui à réunir les fonds nécessaires aux financements des programmes de prévention et de traitement, ce qui interroge sur l'avenir et donc sur la pérennité de ce système exogène. Les difficultés actuelles de financement des principaux bailleurs de fonds montrent les limites de ce système fragile et fluctuant [267].

Mais ce problème d'accès aux soins ne concerne pas seulement les pays en développement. Selon le rapport sur la santé dans le monde de 2008, « *l'augmentation des coûts de la santé, les dépenses personnelles de santé, poussent désormais 100 millions de personnes sous le seuil de pauvreté chaque année* » [96]. Les disparités d'accès aux soins persistent et les inégalités du point de vue de la santé se creusent entre les différents groupes sociaux et géographiques et ce, malgré un progrès médical et technologique continu au cours des dernières années. Ce constat est d'autant plus paradoxal que la part des dépenses publiques, affectée à la santé, croît constamment pour atteindre des niveaux considérables. Un tel constat se retrouve, à des degrés divers, dans l'ensemble des pays industrialisés. Par exemple en France, il existe des inégalités d'accès aux soins dans un territoire autonome, qui fait partie de la République française : la Nouvelle-Calédonie. En effet, ses particularités politiques, géographiques, démographiques et socioculturelles peuvent rendre difficile la continuité de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, malgré la mise en place de circonscriptions médicales et de l'aide médicale gratuite. La diversité ethnique est l'un des caractères les plus marquants de la population néocalédonienne, et une ethnie semble particulièrement affectée par ce problème : les Kanaks, habitants originels de l'archipel.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

GRENOBLE, le

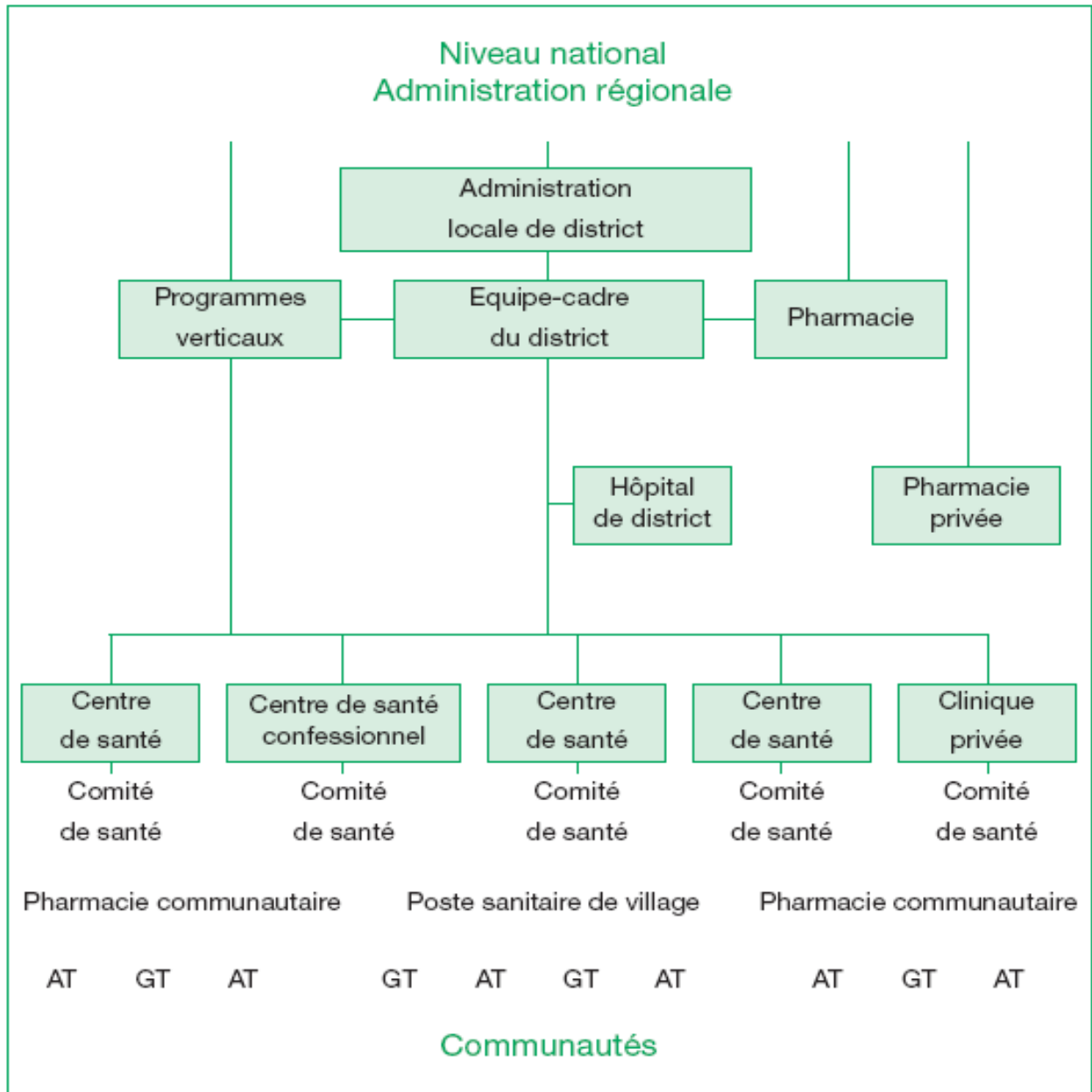
Le DOYEN de la FACULTE

Madame le Professeur Renée GRILLOT

Le PRESIDENT du JURY

Madame le Professeur Renée GRILLOT

ANNEXE 1 : Système de santé de district



Source : Éditeurs: Helmut Görger, Thomas Kirsch-Woik, Bergis Schmidt-Ehry Le système de santé de district expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'intention des professionnels de santé. Wiesbaden, 2^{ème} édition 2004. Adresse URL : <http://www.afronets.org/files/district-health-fr.pdf> p 32

Il s'agit là d'un exemple de structure possible et de nombreuses variantes sont concevables Les lignes représentent les liens fonctionnels (et non pas la hiérarchie).

AT = Accoucheuse traditionnelle, GT = Guérisseur traditionnel.

ANNEXE 1 : Les différentes stratégies d'acquisition des médicaments**Tableau 8. Caractéristiques des stratégies d'acquisition**

Caractéristiques	Confiance aveugle	Défiance systématique	Coopération
Procédures	achat direct	adjudication; gré à gré; appel d'offres ouvert	gré à gré appel d'offres fermé
Nombre de fournisseurs potentiels	très limité	très grand	limité
Critères de choix	pas de choix	prix	multiples
Niveau de choix	pas de choix	optimal	satisfaisant
Durée de l'accord	très courte	très courte	longue
Outils de gestion utilisés par l'acheteur	confiance totale	connaissance approfondie du marché; surveillance permanente des transactions	confiance; vérification d'absence d'abus
Compétences requises	nulles	très élevées	moyennes
Coûts de transaction	très faibles	très élevés	moyens
Prix	variables	très faibles	faibles
Risques	variables	très élevés	faibles

Source : Guide d'analyse économique du circuit du médicament
Jérôme Dumoulin, Miloud Kaddar, Germán Velásquez OMS 2001

**ANNEXE 1 : LES MUTUELLES PROMUS PAR LES ONG ET LES PARTENAIRES AU
DEVELOPPEMENT AU BENIN**

Organisation	Statuts	Milieu	Typologie	Nombre de mutuelles fonctionnelles	Taux cotisation	Nombre de membres
Bornefonden	ONG danoise	Rural	MUSA (familles des enfants démunis parrainés)	20	5.000francs/famille/an	N.d
Solidarité Mondiale (via PROMUSAF)	ONG belge	Rural et urbain (Mono,Atl antique, Couffo, Collines, Plateaux)	MUSA (couplageM USA -IES)	12	200/pers/mois	6.921
CIDR (Centre International de Développement et de Recherche)	ONG béninoise appuyée par la coopération suisse	Rural et urbain	MUSA	28	175 ou 375/pers/mois	N.d
Louvain Développement	ONG belge	Rural	MUSA (Mono)	1		N.d
PHR +	Programme américain	Rural		10		N.d
ADMAB (Association pour le Développement des Mutualités Agricoles au Bénin)	ONG locale appuyée par la Coopération Française	Rural	MUSA -Epargne-santé pour soins de base	12	Epargne : 10.000 par mois Cotisation :	N.d

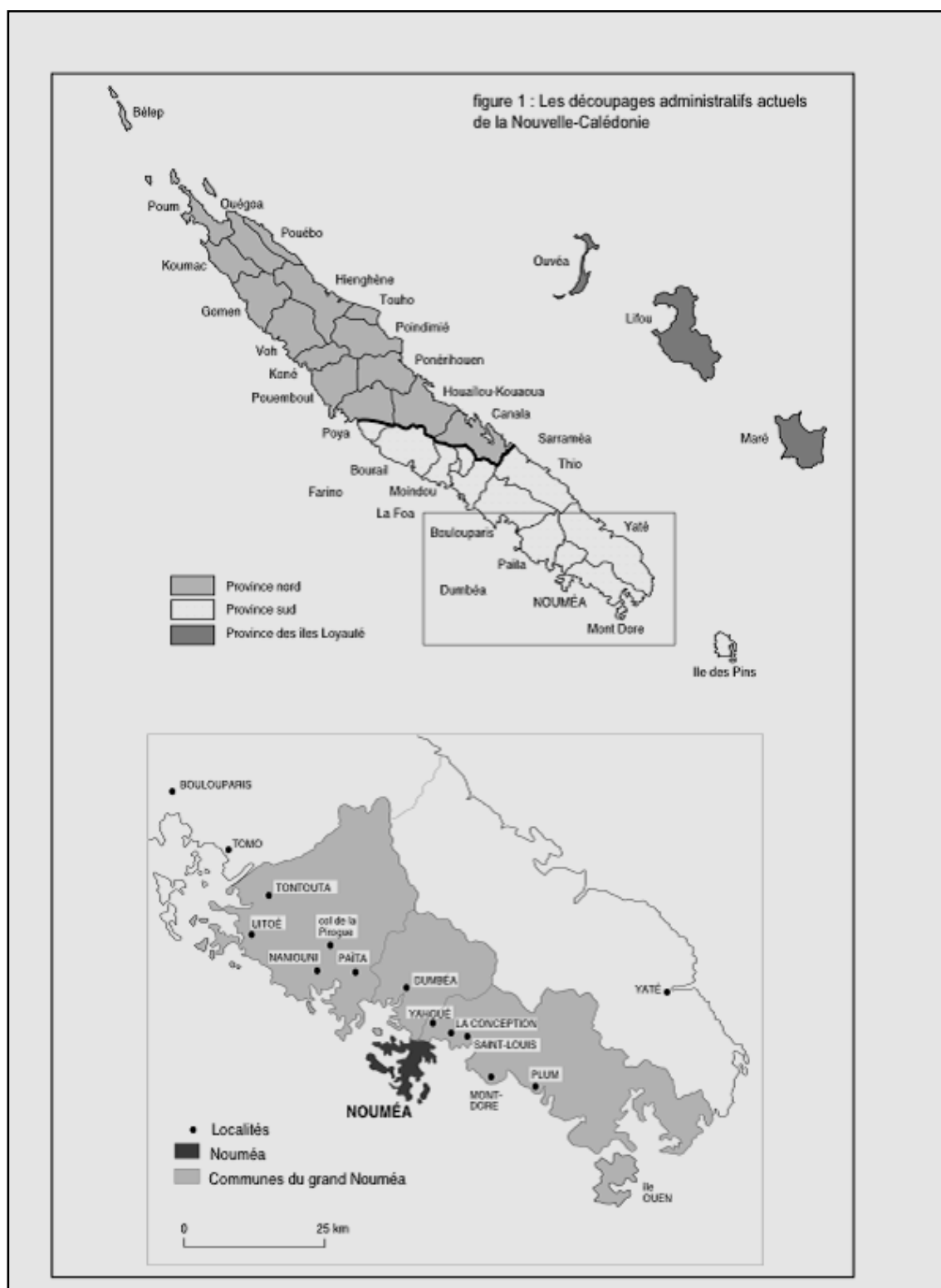
Source : TWAGILIMANA U, Strategies pour l'extension de la protection sociale cas du bénin par wsm – cnv Internationaal (Afrique)

ANNEXE 2 : PRIX DES MEDICAMENTS DE LA FONDATION CLINTON

Name and strength	Packaging	Per year	Per pack	Per pill/ml	Supplier					
					Cipla	Ranbaxy	Via CHAI	Aspen	Matrix	Strides
Pediatric product										
ABC (20mg/ml)	bottle 240ml	210	17.50	0.073	4			1,2		
ddI (2g or 10mg/ml)	bottle 200ml	72	4.00	0.020				1,2		
ddI (25mg)	bottle 60 tablets	12	0.50	0.008	4					
ddI (50mg)	bottle 60 tablets	12	1.00	0.017	4					
ddI (100mg)	bottle 60 tablets	187	7.80	0.130	4			1,2		
ddI (150mg)	bottle 60 tablets	211	11.70	0.195	4			1,2		
ddI (200mg)	bottle 60 tablets	187	15.60	0.260	4			1,2		
EFV (50mg)	bottle 30 tablets	30	2.49	0.083					1,2	
3TC+d4T+NVP (20/5/35mg)	bottle 60 tablets	63	2.70	0.045					3	
3TC+d4T+NVP (40/10/70mg)	bottle 60 tablets	63	5.25	0.088					3	
3TC+d4T+NVP (30/6/50mg)	bottle 60 tablets	54	2.24	0.037	3					
3TC+d4T+NVP (60/12/100mg)	bottle 60 tablets	54	4.49	0.075	3					
3TC (50mg/5ml)	bottle 240ml	22	1.80	0.008	1,2			1,2		
NVP (50mg/5ml)	bottle 240ml	44	1.95	0.008	3			1,2		
d4T (1mg/ml)	bottle 200ml	49	1.35	0.007	4			1,2		
d4T (15mg)	bottle 60 capsules	9	1.50	0.025	4			1,2		
d4T (20mg)	bottle 60 capsules	11	1.80	0.030	4			1,2		
AZT (50mg/5ml)	bottle 240ml	64	2.15	0.009	1			1,2		
AZT (100mg)	bottle 100 capsules	39	5.43	0.054	1			1,2		
Cotrimoxazole (240mg/5ml)	bottle 60ml	8	0.21	0.004						
Cotrimoxazole (480mg)	bottle 100 tablets	5	0.70	0.007						
Adult product										
ABC (300mg)	bottle 60 tablets	331	27.58	0.46						1,2
ddI (250mg) [enteric-coated]	bottle 30 capsules	156	12.97	0.43			3			
ddI (400mg) [enteric-coated]	bottle 30 capsules	248	20.65	0.69			3			
EFV (200mg)	bottle 90 capsules	240	19.80	0.22	4		1			3
EFV (600mg)	bottle 30 tablets	164	13.67	0.46	1,2					3
3TC+d4T+NVP (150/30/200mg)	bottle 60 tablets	132	10.80	0.18	1,2		1			3
3TC+d4T+NVP (150/40/200mg)	bottle 60 tablets	140	11.40	0.19	1,2		1			3
3TC+AZT+NVP (150/300/200mg)	bottle 60 tablets	174	14.50	0.24	1,2					4
3TC+AZT (150/300mg)	bottle 60 tablets	129	10.75	0.18	1,2					3
3TC (150mg)	bottle 60 tablets	36	3.00	0.05	1					1,2
3TC (300mg)	bottle 30 tablets	36	3.00	0.10	1					
LPV/r (200/50mg) [heat-stable]	bottle 120 tablets	695	57.92	0.48						3
NVP (200mg)	bottle 60 tablets	45	3.75	0.06	1,2					3
d4T (30mg)	bottle 60 capsules	36	3.00	0.05	3		1		1	1,2 1,2
d4T (40mg)	bottle 60 capsules	45	3.60	0.06	3		1		1	1,2 1,2
TDF (300mg)	bottle 30 tablets	149	12.42	0.41	3					3
TDF+3TC (300/300mg)	bottle 30 tablets	179	14.92	0.50	4					3
TDF+FTC (300/200mg)	bottle 30 tablets	225	18.75	0.63	4					4
TDF+3TC+EFV (300/300/600mg)	bottle 30 tablets	339	28.25	0.94						4
TDF+FTC+EFV (300/200/600mg)	bottle 30 tablets	385	32.08	1.07						4
AZT (300mg)	bottle 60 tablets	96	8.00	0.13	4					3

Source : ESTHER

Adresse URL : http://www.unicef.org/wcaro/Wcaro_ARV_PSM_study_Fr_juin_2008.pdf

ANNEXE 1. DECOUPAGE ADMINISTRATIF DE LA NOUVELLE-CALEDONIE

Source : DUSSY D. S'approprier la ville. Nouméa au miroir de ses squats

Adresse URL :

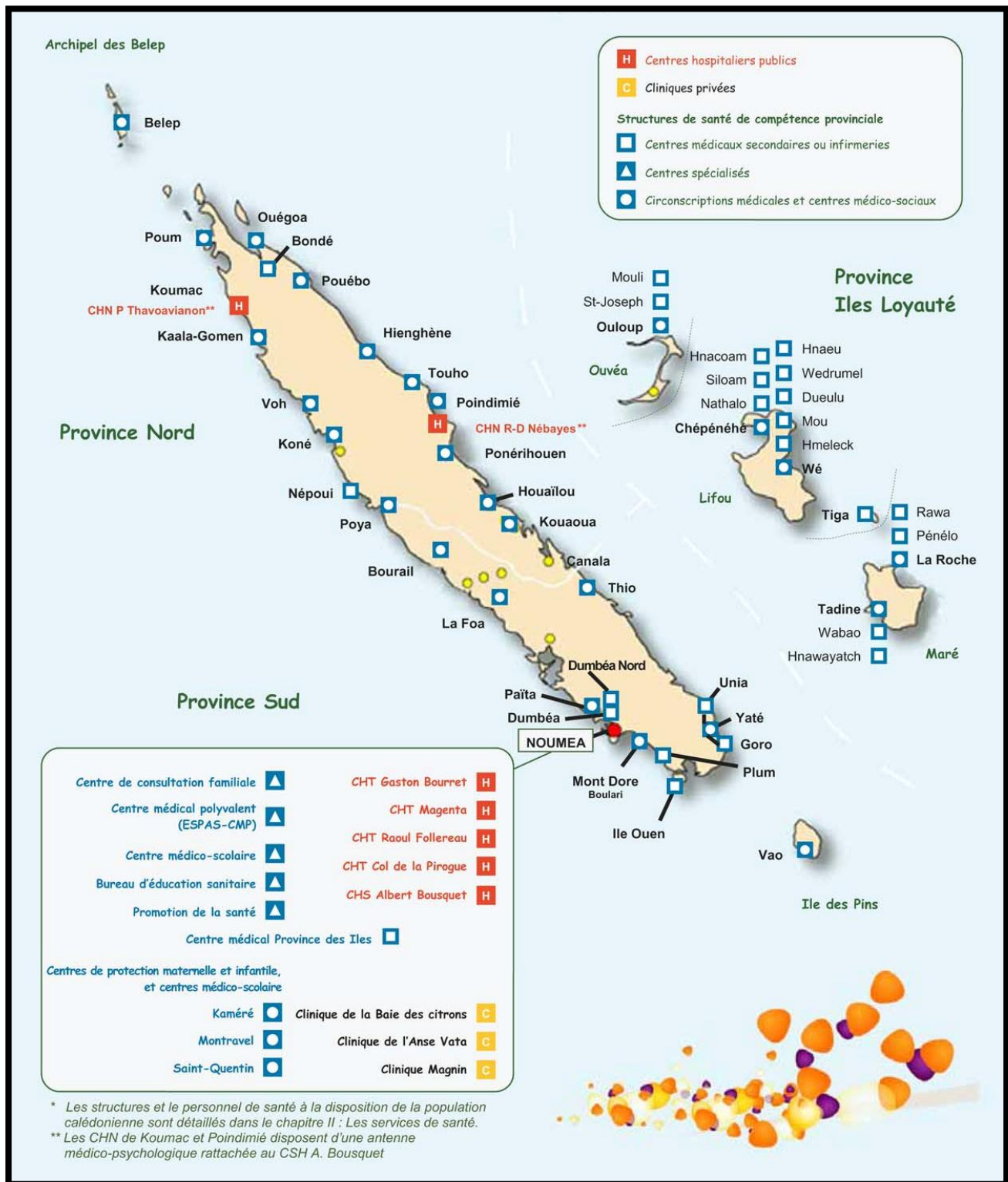
<http://halshs.archivesouvertes.fr/docs/00/03/41/43/PDF/dussySapproprierville.pdf>

ANNEXE 2 : EVOLUTION DE LA POPULATION ENTRE 1996 ET 2009

EVOLUTION DE LA POPULATION ENTRE 1996 ET 2009				
Communes	Population			Taux d'évolution annuel (%)
	1996	2004	2009	
Lifou	10 007	10 320	8 627	-1,13
Maré	6 896	7 401	5 417	-1,84
Ouvéa	3 974	4 359	3 392	-1,21
Province îles Loyauté	20 877	22 080	17 436	-1,38
Bélep	923	930	895	-0,24
Canala	3 374	3 512	3 341	-0,08
Hienghène	2 208	2 627	2 399	0,64
Houaïlou	4 332	4 537	3 945	-0,72
Kaala-Gomen	1 787	1 881	1 931	0,60
Koné	4 088	4 500	5 199	1,87
Kouaoua	1 524	1 586	1 345	-0,96
Koumac	2 647	3 003	3 690	2,59
Ouégoa	2 034	2 114	2 132	0,36
Poindimié	4 340	4 824	4 818	0,81
Ponérihouen	2 691	2 726	2 384	-0,93
Pouébo	2 352	2 381	2 416	0,21
Pouembout	1 189	1 471	2 078	4,39
Poum	1 320	1 390	1 388	0,39
Poya (Nord)	2 428	2 478	2 521	0,38
Touho	2 234	2 274	2 247	0,04
Voh	1 942	2 240	2 408	1,67
Province Nord	41 413	44 474	45 137	0,65
Boulouparis	1 591	2 089	2 418	3,27
Bourail	4 364	4 779	4 999	1,05
Dumbéa	13 888	18 602	24 103	4,33
Farino	279	459	598	6,04
Île des Pins (L)	1 671	1 840	1 969	1,27
La Foa	2 502	2 903	3 323	2,21
Moindou	568	602	704	1,66
Mont-Dore (Le)	20 780	24 195	25 683	1,64
Nouméa	76 293	91 386	97 579	1,91
Païta	7 862	12 062	16 358	5,80
Poya (Sud)	94	122	127	-
Sarraméa	486	610	636	2,09
Thio	2 614	2 743	2 629	0,04
Yaté	1 554	1 843	1 881	1,48
Province Sud	134 546	164 235	183 007	2,40
Nouvelle-Calédonie	196 836	230 789	245 580	1,72

Source : ISEE : Recensement de la population. Adresse URL :
<http://www.isee.nc/recenspop/evolpop96-09.html>

ANNEXE 3. CARTOGRAPHIE DES STRUCTURES SANITAIRES EN NOUVELLE-CALÉDONIE



Source : DASSNC, La situation sanitaire pour l'année 2008

Adresse URL :

http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/publications/sante_chiffres/situation%20sanitaire%202008

ANNEXE 4. TAUX DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS DU RUAMM

Prestations	Taux de remboursement
<ul style="list-style-type: none"> • Longue Maladie (32 maladies répertoriées) • les frais d'accouchement et la plupart des frais médicaux relatifs à la grossesse. • les interventions chirurgicales lourdes réalisées hors hospitalisation. • l'hospitalisation à partir du 13ème jour, ou dès le jour en cas d'intervention chirurgicale lourde ou en rapport avec une longue maladie. • les dépenses relatives aux évacuations sanitaires hors de la Nouvelle-Calédonie. • le gros appareillage (ortho-prothèses). • les transports sanitaires urgents médicalement justifiés. • l'interruption volontaire de grossesse. • certains actes de prévention (vaccinations obligatoires des enfants...) 	100%
<ul style="list-style-type: none"> • les contraceptifs hormonaux, l'acquisition et la pose des stérilets. • l'hospitalisation durant les douze premiers jours. • certains actes chirurgicaux et transports en rapport avec ces actes. • les actes et prescriptions relatifs à une maladie longue et coûteuse. • les actes d'orthophonie et d'orthoptie. 	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • 70% • 60% • 50% • 50%
<ul style="list-style-type: none"> • les consultations et visites médicales isolées. • tiers payant pharmacie • les soins dentaires. • les examens radiologiques et de laboratoire isolés. • les frais de rééducation effectuée par les masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes (liste limitative). • les frais d'optique. • les honoraires de sages-femmes. • les transports non urgents en rapport avec une consultation ou un examen de radiologie. 	40%
<ul style="list-style-type: none"> • les transports, soins infirmiers, séances de kinésithérapie (sauf soins visés au taux de 40 %), fournitures et appareils consécutifs à une hospitalisation ou une intervention chirurgicale (le taux de remboursement retenu étant celui de l'hospitalisation ou de l'intervention) 	100% - 70% - 60%

Source : CAFAT, les taux de remboursement du RUAMM

Adresse URL :

[http://www.cafat.nc/net/Cafat.nsf/caf-ruamm/img/\\$file/Txremb.pdf](http://www.cafat.nc/net/Cafat.nsf/caf-ruamm/img/$file/Txremb.pdf)

TEXTES OFFICIELS

[11] OMS, Déclaration d'Alma Ata

URL: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French. [consulté en septembre 2008]

[25] NU (Nations Unies), General Assembly, The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Adoptée le 18 décembre 1979 par l'Assemblée générale des Nations Unies

Adresse URL <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm> [consulté en décembre 2008]

[28] Déclaration d'Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en

Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire. Adresse URL :

http://www.unicef.org/wcaro/WCARO_Mtgs_OuagaDec-Fr.pdf, [consulté en décembre 2008]

[67] Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Assemblée générale des

Nations Unies, le 10 décembre 1948. Adresse URL : [http://www.assemblee-](http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/dudh/declara.asp#art22)

[nationale.fr/histoire/dudh/declara.asp#art22](http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/dudh/declara.asp#art22) [consulté en décembre 2009]

[129] OMC, Conférences des Nations unies sur le commerce et l'emploi à la Havane en 1947.

Adresse URL : http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/havana_f.pdf. [consulté en décembre 2009]

[130] OMC, Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce en 1947

Adresse URL http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/gatt47.pdf [consulté en décembre 2009]

[135] LEGIFRANCE, Article L5121-1(5) du code de la santé publique

Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv>

[132] OMC, Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique

Adresse URL : http://www.wto.org/french/thewto_f/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.htm
[consulté en décembre 2009]

[211] Accord sur la Nouvelle-Calédonie signé en 1988, Légifrance JO de 1988 p12569.

Adresse URL :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19881006&numT_exte=&pageDebut=12569&pageFin= [consulté en janvier 2009]

[212] Accord sur la Nouvelle-Calédonie signé à Nouméa le 5 mai 1998, Légifrance,
Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000555817&dateTexte>
[consulté en janvier 2009]

[236] Décret n° 55-1122 du 16 août 1955
Adresse URL : <http://rds.refer.sn/sites/rds.refer.sn/IMG/pdf/2c55-08-16profespharmaof.pdf>
[consulté en janvier 2010]

[245] Délibération Cadre n° 49 du 28 décembre 1989 Relative à l'AIDE MEDICALE ET
AUX AIDES SOCIALES, article 12

OUVRAGES

[21] PICHERAL H, Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé éd. 2001, in Le concept d'accessibilité et d'accès au soin, Bonnet P. (2002)
Montpellier: Université Montpellier 3 - Paul Valéry, 307p

[37] Lambert D.C., Lexique d'Economie de la Santé. 1985, Paris: Economica. 129p. in BONNET P, Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins : Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé

[57] RAINHORN J.D, BURNIER M.J, La santé au risque du marché : à l'aube du XXI^{ème} siècle
Nouveaux cahiers de l'IUED
ISBN 28824770398; Presses Universitaires de France (PUF) Edition Broché 332p 2001-2004

[64] FOIRRY J-P, MOUTON P., et al « Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé, Bilan et perspectives », ministère des Affaires étrangères, décembre 1998, p96 in AUDIBERT M., MATHONNAT J. et DE RODENBEKE E., Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, 2003, Editions Karthala, Paris, 498p

[66] AUDIBERT M., MATHONNAT J. et DE RODENBEKE E., Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, 2003, Editions Karthala, Paris, 498p

[70] MEESSEN B., « Quelles stratégies de couverture face aux risques liés à la santé ? Quelques points de repère microéconomique pour la réflexion sur les stratégies disponibles dans la société traditionnelles » p175-203 in AUDIBERT M., MATHONNAT J. et DE RODENBEKE E., Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, 2003, Editions Karthala, Paris, 498p

[76] KEROUEDAN D., Mise en place de la tarification des médicaments essentiels dans les centres de santé de base des 21 services de santé de districts de la province de Tuléar à Madagascar sur la période 1997-2000, in *Le Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie*- décembre 2000. Clermont-Ferrand, France

[86] OUENDO E., MAKOTOUTODE M., AGUEH V, MANKO D'ALMAEIDA A., Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge des indigents au Bénin et approche de solution, p 119-129 , in AUDIBERT M., MATHONNAT J. et DE RODENBEKE E. *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. 2003, Editions Karthala, Paris, 498p

[87] MASIYE, F., Analysis of health care exemption policy in Zambia : Key Issues and lessons Department of Economics, University of Zambia, Zambia, p139-159, in AUDIBERT M., MATHONNAT J. et DE RODENBEKE E. *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. 2003, Editions Karthala, Paris, 498p

[90] LEONARD K., MLIGA G., By passing Health Centers in Tanzania : Revealed Preferences for Quality p 59-76 in AUDIBERT M., MATHONNAT J. et DE RODENBEKE E. *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. 2003, Editions Karthala, Paris, 498p

[93] RIDDE V., Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso, Edition L'HARMATTAN, collection Etudes africaines, mars 2007, 536p

[119] *Le système de santé de district : Expériences et perspectives en Afrique*, Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique, 2^{ème} Edition 2004
Paris: Karthala, 2003: 498 pp. (Collection Economie et Développement)
Editeurs : GÖRGEN H, KIRSCH-WOIK T, SCHMIDT-EHRY B,
Adresse URL : www.scribd.com/.../Le-systeme-de-sante-de-district-Experiences-et-perspectives-en-Afrique-Manuel-a-lintention-...[consulté en janvier 2009]

[204] Pr Serge Paul EHOLIE, Pr Pierre-Marie GIRARD et al, *Mémento Thérapeutique du VIH / SIDA en Afrique*, 2009 ; 307p (deuxième édition)

Adresse URL :

http://vih.org/sites/default/files/memento_therapeutique_vih_sida_en_afrique.pdf [consulté en mars 2010]

[214] DEMMER C., *Secrets et organisation politique kanak. Pour sortir des catégories privé/public*. Éditions de l'EHESS. L'Homme 2009/2 - N° 190.

[215] BENSA A., *Océanie : organisations, règles et pouvoir* », in *L'Atlas des Religions*, Paris, Encyclopaedia Universalis, 1988, p 250-251.

[220] HAMELIN C., sociologue de l'INSERM, « Les gens de Nouméa ». Mutations et permanences en milieu urbain de. Éditions de la Maison des Sciences de L'Homme (Ethnologie de la France, 14), Paris, p. 339-354.

[240] SALOMON C., *Savoir et pouvoirs thérapeutiques kanak*, Paris, PUF, « Ethnologies », 2000, 160 p

[241] BOURRET D., Bonnes plantes de Nouvelle-Calédonie et les Loyauté. Editions du Lagon. Nouméa, 1981, 107p

SITES INTERNET

[2] ZERBO A., Le juste prix pour la santé !

Adresse URL : [http://www.who.int/alliance-](http://www.who.int/alliance-hpsr/AidaZerbo_Le%20juste%20prix%20pour%20la%20sante.pdf)

[hpsr/AidaZerbo_Le%20juste%20prix%20pour%20la%20sante.pdf](http://www.who.int/alliance-hpsr/AidaZerbo_Le%20juste%20prix%20pour%20la%20sante.pdf) [consulté en mars 2010]

[4] DUMOULIN J., MAVILLE E., REMED, Prix et accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud : que peuvent faire la communauté internationale et les laboratoires pharmaceutiques ?, 1999

Adresse URL : http://www.remed.org/Campagne_Medicaments.pdf [consulté en avril 2010]

[5] MSF (Médecin Sans Frontières), Pretoria : chronique d'un mauvais procès, avril 2002

Adresse URL : <http://www.msf.fr/2008/04/07/473/pretoria-chronique-dun-mauvais-proces/>

[consulté en mars 2010]

[6] MSF, Des médicaments trop chers, juillet 2008

Adresse URL : [http://www.msf.fr/2008/08/01/879/sida-des-nouveaux-medicaments-trop-](http://www.msf.fr/2008/08/01/879/sida-des-nouveaux-medicaments-trop-chers/)

[chers/](http://www.msf.fr/2008/08/01/879/sida-des-nouveaux-medicaments-trop-chers/) [consulté en mars 2010]

[7] OMS, L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde, 2000

Adresse URL : http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/index.html

[consulté en avril 2010]

[8] OBSERVATOIRE DES INEGALITES, L'inégal accès à la complémentaire santé, 2008

Adresse URL : http://www.inegalites.fr/spip.php?article914&id_mot=127 [consulté en avril

2010]

[14] BELANGER M., Existe-t-il un droit africain à la santé : 362-369 in DARBON D., et DU BOIS DE GAUDUSSON J., La création du droit en Afrique, Paris, Karthala, 496p

Adresse URL: <http://www.refer.sn/rds/IMG/pdf/BELANGERinGaudusson-2.pdf>, [consulté en

janvier 2009]

[16] OMS, Questions-Réponses. Comment l'OMS définit elle la santé ?

Adresse URL <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/index.html> [consulté en novembre 2008]

[17] PIERSON A., D'Alma Ata à Bamako

Adresse URL: <http://www.bioltrop.cooperation.org/00-entete/ib.htm> [consulté en septembre 2008]

[27] MDM (Médecins du Monde), Médecins du monde auprès des femmes victimes de violences, février 2007

Adresse URL : www.medecinsdumonde.org/fr/.../dp_MdM_femmes07.pdf [consulté en décembre 2008]

[31] ROGEL T, La stigmatisation. Sociologie, DES 107/mars 1997

Adresse URL : <http://www.sceren.fr/revueedes/pdf/107/05306011.pdf> [consulté en décembre 2009]

[32] GOFFMAN E, Stigmates. Les usages sociaux des handicaps, Extrait du chapitre 1, Stigmate et identité sociale

Adresse URL : http://socio.univ-lyon2.fr/IMG/pdf_cours_E_Goffman.pdf
[consulté en décembre 2008]

[34] I-TECH, Stigmatisation et Discrimination liées aux VIH/Sida dans les dispensaires des soins de santé des Caraïbes Université de Washington, manuel du formateur Avril 2008S

UW, I-TECH-901 Boren Avenue, Suite 1100-Seattle, Washington 98104 USA -www.go2itech

Adresse URL : <http://www.searchitech.org/pdf/p06-db/db-51027-FR.pdf> [consulté en décembre 2009]

[35] ONUSIDA et OMS, Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2003, p. 31.

Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf [consulté en janvier 2010]

[36] MAHENDRA V.S, et al. Making hospitals more PLHA-friendly: findings from operations research in New Delhi, India (2004). 132e Réunion de l'Association américaine de Santé publique (APHA), Washington, DC., novembre 2004.

Adresse URL : <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/inplhafriendly.pdf> [consulté en février 2010]

[38] LAWSON A., La pauvreté et l'ignorance les pousses vers les médicaments de la rue. Inter Press Service, Johannesbourg. Mis en ligne le 8 décembre 2004. Reçu de remed@remed.org le 15 décembre 2008

[40] MDM, L'accès gratuit au soin de santé primaire : une stratégie payante, 2008.

Adresse URL : www.medecinsdumonde.org/fr/content/.../gratuite_des_soins.pdf - France .
[consulté janvier 2009]

[41] UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization), Aperçu régional : Afrique subsaharienne, 2009

Adresse URL : <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001865/186526f.pdf> [consulté en janvier 2010]

[43] BORREL A, Nouvelle vague d'ondes africaines, mars 2002

Adresse URL : http://www.afrikeco.com/articles/economie.php3?id_article=4095 [consulté en novembre 2008]

-
- [44] KOUROUMA B. et al, epilepsie, langue et culture en Afrique,
Adresse URL : http://pagesperso-orange.fr/psycause/020_21/epilepsie.htm [consulté en janvier 2009]
- [45] OMS, La santé des populations autochtones, Octobre 2007
Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/fr/index.html> [consulté en décembre 2008]
- [47] OMS, Promoting the role of traditional medicine in health care systems: A strategy for the African Region, mars 2000
Adresse URL : http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc...gid..
.[consulté en septembre 2008]
- [51] RUIZ DIAZ BALBUENA H., MENDES FRANCE M., Les mutations du droit international (II) les institutions financières et commerciales internationales: réforme ou restructuration.
Adresse URL : [http://www.rinoceros.org/IMG/rtf/MENDES_FRANCE_RUIZ_DIAZ -
_Les Institutions financieres et commerciales internationales.rtf](http://www.rinoceros.org/IMG/rtf/MENDES_FRANCE_RUIZ_DIAZ_-_Les_Institutions_financieres_et_commerciales_internationales.rtf) [consulté en décembre 2008]
- [52] TOUSSAINT E. et MILLET D., L'origine de la crise de la dette du tiers-monde. Extrait de " 50 Questions/50 réponses sur la Dette, Le Fmi et la Banque mondiale " coédition CADTM / Syllepse (2002).
Adresse URL : http://www.cadtm.org/IMG/pdf/toussaintmillet_origine-2.pdf [consulté en novembre 2008]
- [54] CADTM (Comité pour l'annulation de la dette du Tiers Monde), La dette du tiers monde ?, 1999
Adresse URL : <http://www.cadtm.org/La-dette-du-Tiers-Monde> [consulté en décembre 2008]
- [55] MILLET D., Observatoire International de la dette : « L'Afrique fracassée » ,2005. Adresse URL : <http://www.oid-ido.org/IMG/pdf/Afriquefracassee.pdf>. [consulté en décembre 2008]
- [56] CATDM, Le CADTM salue les conclusions de la CNUCED sur la dette africaine, 2004
Adresse URL : <http://www.cadtm.org/Le-CADTM-salue-les-conclusions-de> [consulté en novembre 2008]
- [58] Dr TRAORE C., FOULON G., Les limites des mécanismes de recouvrement des coûts nés de l'Initiative de Bamako. Directeur de la santé, de la Protection Sociale et de la Mutualité. Département du Développement Social et Culturel, Table ronde ReMed – Paris 12 novembre 2007.
Adresse URL [http://www.remed.org/Microsoft_PowerPoint -
_Les limites des mecanismes de recouvrement des couts nes de l initiative de Bamako
- G.Foulon C.pdf](http://www.remed.org/Microsoft_PowerPoint_-_Les_limites_des_mecanismes_de_recouvrement_des_couts_nes_de_l_initiative_de_Bamako_-_G.Foulon_C.pdf) [consulté en décembre 2008]

-
- [69] WAEKENS M.P et CRIEL B, Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne Etat des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche, mars 2004
The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
Adresse URL : <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Waelkens-LesMutuelles-whole.pdf> [consulté en mars 2010]
- [72] BOYER S., FOIRRY J.P, PRIEUR C., DELESVAUX C., Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les P.V.D, Paris CREDES, DGCID 2000, p90.
Adresse URL : http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Le_risque_maladie_dans_les_assurances_sociales.pdf [consulté en décembre 2009]
- [78] GIRARD J.E et RIDDE V., L'équité d'accès aux services de santé pour les indigents dans un contexte africain de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, 2000, CNRS/CERDI, Université d'Auvergne, France.
Adresse URL : http://www.geocities.com/valery_ridde/Girard-Ridde_final.Pdf [consulté le 17/03/09]
- [99] OMS, Comment élaborer et mettre en œuvre une politique pharmaceutique nationale ? Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments N°06 2003 (2003; 6 pages), Janvier 2003
Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4870f/> [consulté en janvier 2010]
- [100] OMS, Médicaments : liste des médicaments essentiels (LME)
Liste modèle OMS des médicaments essentiels (WHO - OMS, 2002, 24 p.)
Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/fr/index.html> [consulté en janvier 2010]
- [101] OMS, Comment élaborer et mettre en œuvre une politique pharmaceutique nationale Deuxième édition. Met à jour et remplace la publication Directives pour l'élaboration des politiques pharmaceutiques nationales, 1989
Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5409f/> [consulté en janvier 2009]
- [102] OMS, Le concept de médicaments essentiels : sélectionner un nombre limité de médicaments pour élargir l'accès aux soins et en améliorer la qualité, 2004
Adresse URL : http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.3_fre.pdf [consulté en janvier 2010]
- [103] OMS, La sélection des médicaments essentiels Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments N°4 Juin 2002 (2002 ; 6 pages) WHO/EDM/2002.2
Le concept des médicaments essentiels
Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jh3007f/4.html> [consulté en janvier 2009]

[104] REMED, Le concept des médicaments essentiels

Adresse URL : www.remed.org/concept_medicamentsessentiels_OM.pdf [consulté en janvier 2010]

[105] OMS, Principes opérationnels de Bonnes Pratiques pour les Achats de Produits Pharmaceutiques. Organisation Mondiale De La Santé, Fonds Des Nations Unies Pour L'enfance, Fonds Des Nations Unies Pour La Population, Banque Mondiale, OMS 2001
WHO/EDM/PAR/99.5

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip49e/whozip49e.pdf>
[consulté en janvier 2010]

[106] ACAME (Association des Centrales d'Achat africaines de Médicaments Essentiels Génériques), ACAME site web,

Adresse URL : <http://www.acame.org/public/membres.php> [consulté en février 2010]

[107] SAMBO M, ReMed, Activité d'assurance qualité de l'Acame, Novembre 2009
Activites_d_assurance_qualite_de_l_Acame_-_M.Sambo.pdf

Adresse URL : http://www.remed.org/Activites_d_assurance_qualite_de_l_Acame_-_M.Sambo.pdf [consulté en mars 2010]

[108] DUMOULIN J, KADDAR M, VELASQUEZ G, Guide d'analyse économique du circuit du médicament, OMS 2001, 70p

Adresse URL : <http://archives.who.int/tbs/prices/s5518f.pdf> [consulté en mars 2010]

[110] OMS, Rôles des secteurs public et privé dans le domaine pharmaceutique - Incidences sur l'équité en matière d'accès et sur l'usage rationnel des médicaments - Série "Economie de la santé et médicaments", No. 05
(1997; 126 pages) p 1-7; 16-20

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jwhozip44f/5.html#Jwhozip44f.5>
[consulté en mars 2010]

[111] REMED, Bien dispenser les médicaments Une contribution essentielle au bon usage des médicaments Inventaire dans les pays africains

Adresse URL : www.remed.org/Bien_dispenser_les_medicaments.rtf [consulté en mars 2010]

[112] OMS, Médicaments essentiels: Le point No 25 & 26 -
(1998; 36 pages)

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2244f/1.5.html> [consulté en janvier 2008]

[113] MSF, Sida : patients en danger face aux ruptures de financement des médicaments, juillet 2009

Adresse URL : <http://www.msf.fr/2009/07/20/1376/sida-patients-en-danger-face-aux-ruptures-de-financement-des-medicaments/> [consulté en septembre 2009]

[116] BRUNETON C., NABOULET J.P., VAN DER HEIDE B., Les échanges de Médicaments entre Pays Européens et Pays En Développement : efficacité des systèmes de régulation, problèmes et perspectives, 1996

Adresse URL : http://www.remed.org/echanges_texte.pdf [consulté en janvier 2009]

[117] TRAPSIDA JM, OMS, REMED, Règlementation pharmaceutique dans les pays de la zone franc et pays associés, 2004

Adresse URL <http://www.remed.org/OMS-AFRO.pdf> [consulté en janvier 2009]

[118] OMS, Programme oms de pré qualification des médicaments, 2006

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14151f/s14151f.pdf> [consulté en janvier 2009]

[122] OMS, Etudes des prix des médicaments et interventions proposées pour améliorer durablement l'accès aux médicaments dans 6 pays de l'Afrique subsaharienne p 15-20 2006

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14864b/s14864b.pdf> [consulté en décembre 2008]

[123] OMS, Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments, Accès équitable aux médicaments ; 2004, 6p

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js4963f/5.html> [consulté en décembre 2008]

[126] DUMOULIN J, MAVILLE E, Prix et accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud : que peuvent faire la communauté internationale et les laboratoires pharmaceutiques ?

Adresse URL : www.remed.org/Campagne_Medicaments.pdf [consulté en janvier 2010]

[127] OMS, OMC, Les accords de l'OMC et la santé publique, étude conjointe de l'OMS et du secrétariat de l'OMC 2002

Adresse URL : http://www.wto.org/french/res_f/booksp_f/who_wto_f.pdf [consulté en Avril 2010]

[131] OMC, Qu'est ce que l'OMC ?

Adresse URL : http://www.wto.org/French/thewto_f/whatis_f/whatis_f.htm [consulté en décembre 2009]

[136] OMS, HAI (Health Action International). Le prix des médicaments : une nouvelle approche pour les mesurer. OMS, 2003.

Adresse URL : http://www.who.int/medicines/library/prices/French_medprices.pdf [consulté en janvier 2010]

[137] MSF, Les conséquences de la mise en œuvre de l'Accord sur les ADPIC en 2005 sur l'accès aux médicaments.

Adresse URL : <http://www.msf.fr/documents/base/2005-02-01-came.pdf> [consulté en février 2010]

[138] OMC, Une décision permet de lever le dernier obstacle constitué par les brevets à l'importation de médicaments bon marché.

Adresse URL : http://www.wto.org/french/news_f/pres03_f/pr350_f.htm [consulté en Mars 2010]

[139] CORREA C., Implication d la déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique adopté à Doha. Série économie de la santé et médicament n°12 (WHO/EDM/PAR/2002.3), OMS ; 2002

Adresse URL : <http://www.who.int/medicines/library/par/who-edm-par-2002-3/who-edm-par-.....>, [consulté en janvier 2010]

[140] OMC, L'accord sur les ADPIC et les brevets pharmaceutiques. Fiche récapitulative sept 2003.

Adresse URL : <http://www.wto.org>, [consulté en janvier 2010]

[141] OMS, OMC. Les accords de l'OMC et la santé publique : étude conjointe de l'OMS et du secrétariat de l'OMC, 2000

Adresse URL : [http://www.wto.org/french/res_f/booksp_f/who_wto_f.pdf] [consulté en janvier 2010]

[142] OMS, Mondialisation, ADPIC et accès aux produits pharmaceutiques - Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments, No. 03 mars 2001 (2001; 6 pages)

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2241f/3.html#Js2241f.3> [consulté en février 2010]

[145] OMC, Accord sur les ADPIC et les brevets pharmaceutique, fiche récapitulative, 2006

Adresse URL: http://www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/tripsfactsheet_pharma_2006_f.pdf [consulté en février 2010]

[146] The Thomas database, The Hatch-Waxman Act and New Legislation to Close Its Loopholes, Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act of 1984, Status, 2002

Adresse URL : <http://www.cptech.org/ip/health/generic/hw.html> [consulté en février 2010]

[147] LADAME P., Brevet et médicaments en Inde, janvier 2007

Adresse URL : <http://citron-vert.info/spip.php?article816> [consulté en mars 2010]

[149] SISULE F. MUSUNGU, CECILIA O.H., Recours aux flexibilités de l'Accord sur les ADPIC dans les pays en développement : Peuvent-elles promouvoir l'accès aux médicaments ? , novembre 2006

Adresse URL :

http://www.southcentre.org/components/com_docman/themes/default/images/icons/16x16/pdf.png [consulté en mars 2010]

[150] MONDE DIPLOMATIQUE, Pas de médicaments pour les pays pauvres

L'Europe et les Etats-Unis prolongent l'apartheid sanitaire, 2003

Adresse URL : <http://www.monde-diplomatique.fr/2003/03/LOVE/9999> [consulté en mars 2010]

[153] OMS, Stratégie de Coopération de L'OMS avec les pays Bénin 2004-2008

Adresse URL : http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ben_fr.pdf [consulté en mars 2010]

[156] OMS, Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 Bénin : css_bénin_2009_2013. pdf

Adresse URL : <http://www.who->

[africa.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3311&Itemid=2111](http://www.who-africa.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3311&Itemid=2111) [consulté en janvier 2010]

[158] OMS, Les principales causes de décès dans le monde, Classement selon les catégories de revenu (2004), Aide-mémoire N°310 Révisé en octobre 2008

Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index.html> [consulté en janvier 2010]

[160] OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2009

Adresse URL : <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/index.html> [consulté en janvier 2010]

[161] OMS, Country health profile of Togo 2006

Adresse URL : http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/togo.pdf

<http://www.afro.who.int/en/togo/country-health-profile.html> [consulté en mars 2010]

[162] OMS, Country health profile of Benin 2006

Adresse URL : http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/benin.pdf

<http://www.afro.who.int/en/benin/country-health-profile.html> [consulté en mars 2010]

[163] République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction de la Programmation et de la Prospective, Service des statistique et de la documentation Annuaire des Statistiques Sanitaire (ASS), 2007

[164] Ministère de la Santé Burkina Faso

Adresse URL : http://www.sante.gov.bf/SiteSante/formulaires/LE_NOMA.htm [consulté en mars 2010]

[166] REMED, Fiche d'identité du Bénin, Politique Pharmaceutique du Bénin

Adresse URL : http://www.remed.org/html/politique_pharmaceutique_benin.html [consulté en mars 2010]

[167] SAINHOUNDE KOUKPO R, Animation régionale de Dakar Réseau des chercheurs "Droit de la Santé" Agence Universitaire de la Francophonie

Le droit de la santé au Bénin : état des lieux

Cotonou, mars 2005

Adresse URL : <http://www.ds.auf.org/IMG/doc/2.8KROUPKOANIMA.doc> [consulté en mars 2010]

[168] Ministère de la santé- République du Bénin, Pyramide de santé

Site web : www.ministeresantebenin.com

Adresse URL : <http://www.ministeresantebenin.com/pyramidesante.php> [consulté en mars 2010]

[169] ADEYA G. , BIGIRIMANA A., CAVANAUGH K., MILLER FRANCO L.,

Évaluation rapide du système de santé du Bénin, avril 2006

Imprimé : février 2007

Adresse URL : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADJ104.pdf [consulté en mars 2010]

[170] REMED, Les politiques pharmaceutiques en Afrique, mis à jour le janvier 2010

Adresse URL : http://www.remed.org/html/les_politiques_pharmaceutiques.html [consulté en février]

[171] MINISTERE de la SANTE BENIN, DPM (Direction de la Pharmacie et du Médicament), Activités, missions et perspectives de la direction des pharmacies et du médicament.

Adresse URL : <http://www.ministeresantebenin.com/dpm.php> [consulté en février]

[172] ESTHER, Evaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks de Médicaments antirétroviraux en Afrique de l'Ouest et du Centre, Publication ESTHER, OMS, UNICEF, juin 2008

Adresse URL : www.unicef.org/wcaro/wcaro_PSM_low_res_FR.pdf [consulté en mars 2010]

[173] NDOYE T, CHENIN B et Al, USAID, MSH, Évaluation de la gouvernance, de la transparence et des opérations de la Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels du Bénin, décembre 2008. Imprimé février 2008 ; 118p

Adresse URL : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACO438.pdf [consulté en mars 2010]

[174] OMS, Mécanisme d'endigement des coûts des médicaments essentiels, y compris les ARV, en Chine

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4908f/s4908f.pdf> [consulté en mars 2010]

[175] REMED, Accès aux ARV dans 18 pays d'Afrique francophone : état des lieux au troisième trimestre 2004

Adresse URL : <http://www.remed.org/Esther.pdf> [consulté en mars 2010]

[176] OMS, UNICEF, ONUSIDA, MSF, Sources et prix d'une sélection de médicaments et tests diagnostiques pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, juin 2003 ; 95p

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4889f/> [consulté en mars 2010]

[177] Ordre national des pharmaciens : Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones

Adresse URL : <http://www.ciopf.org> [consulté en février 2010]

[179] CLEISS (Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale), Le régime béninois de sécurité sociale

CLEISS 2009

Adresse URL : http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_benin.html [consulté en mars 2010]

[180] MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DU TRAVAIL ET DE LA REFORME ADMINISTRATIVE ; Présentation de l'Office Béninois de Sécurité Sociale (OBSS)

Adresse URL <http://www.celmor.bj.refer.org/site/secsite/volume4/obss.htm> [consulté en mars 2010]

[181] BARRIENTOS A., Senior Research Fellow Brooks World Poverty Institute
Université de Manchester Royaume-Uni

Étendre la couverture des systèmes de pension de sécurité sociale Nouvelles stratégies pour la sécurité de revenu des personnes âgées en Afrique ISSA/AFRICA/RSSF/RWANDA/2008

Adresse URL :

<http://www.issa.int/chi/layout/set/print/content/download/57464/1053759/file/1-Barrientos.pdf> [consulté en mars 2010]

[182] TWAGILIMANA U, Stratégies pour l'extension de la protection sociale cas du Bénin par wsm – cnv Internationaal (Afrique)

Adresse URL : training.itcilo.org/.../BENIN%20-%20TWAGILIMANA%20&%20JOHNSON.pdf - [consulté en mars 2010]

[183] SCHEIL-ADLUNG X, L'assurance maladie de la sécurité sociale La sécurité sociale et le VIH/SIDA S, Bureau international du Travail (BI ISSA/AFRICA/RC/LUSAKA-3(c)

Adresse URL : www.issa.int/fre/content/download/51399/944868/file/1scheil-adlung.pdf [consulté en mars 2010]

[184] DEDEHOUANOU H. Ir, Le système de recouvrement des coûts dans les services sociaux : alternatives sociales ou lucratives du financement des soins de santé primaires au Bénin
Département d'Economie, Socio-Anthropologie et Communication (DESAC)
Faculté des Sciences Agronomiques (FSA) Université d'Abomey-Calavi (UAC)01 BP 526 Cotonou
(Rép. du Bénin)

Adresse URL : www.aed.auf.org/IMG/doc/H.Dedehounaou.doc [consulté en mars 2010]

[186] FOURNIER P., BICABA A. et al;
Politiques publiques et lutte contre l'exclusion : un réseau de chercheurs/décideurs pour
l'équité en santé 2001-2009

(Centre de Recherche en Développement International).

Adresse URL : <https://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/123456789/41155/1/129086.pdf>

[consulté en janvier 2010]

[187] WAELKENS M.P et CRIEL B, Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne
Etat des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche

Mars 2004

The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

Adresse URL :

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Waelkens-LesMutuelles-whole.pdf> [consulté en mars 2010]

[188] CIRD (Centre International de développement et de Recherche), Etude de cas des
mutuelles d'assurance maladie du Sud Borgou et du Nord Zou au Bénin

Bénin – Mutuelles d'assurance maladie – Janvier 2001

Adresse URL : http://lamicrofinance.org/files/14603_mutuellesassurances.pdf [consulté en mars 2010]

[191] CNLS Bénin, UNAIDS, REPUBLIQUE DU BENIN, Estimation des flux de ressources et de
dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (REDES) Bénin,
2006-2007 CNLS 2007 financements

Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/nasa_benin_0607_11032009_fr.pdf

[consulté en mars 2010]

[192] MS Bénin (Ministère de la Santé Bénin), PNLs 2006 annuaire des statistiques du
Programme National de Lutte contre le Sida république du Benin

Ministère de la sante Direction nationale de la protection sanitaire

Adresse URL : <http://www.pnl-benin.bj/french/#> [consulté en février 2010]

-
- [193] MS Bénin (Ministère de la Santé Bénin), PNLS 2007 annuaire des statistiques du Programme National de Lutte contre le Sida République du Bénin
Ministère de la sante Direction nationale de la protection sanitaire
Adresse URL : <http://www.pnls-benin.bj/french/#> [consulté en février 2010]
- [194] MS Bénin (Ministère de la Santé Bénin), PNLS 2008 annuaire des statistiques du Programme National de Lutte contre le Sida République du Bénin
Ministère de la sante Direction nationale de la protection sanitaire
- [195] CNRS, Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Bénin septembre 2009
Adresse URL : <http://femmesida.veille.inist.fr/spip.php?article1181> [consulté en mars 2010]
- [196] MS Bénin, PNLS Monitoring premier semestre 2008
Site web : <http://www.pnls-benin.bj/french/#> [consulté en février 2010]
- [197] Esther, La lettre de n°35
Adresse URL : http://www.esther.fr/download.php?type=pdf&file_name=lettre_35_-juin2008 [consulté en février 2010]
- [198] FAGBEMI A.A, Les protocoles thérapeutiques pour le traitement du VIH/SIDA au Bénin Pharmacien PNLS-Bénin
Formation à la gestion et la dispensation des antirétroviraux au Bénin
4 – 8 décembre 2006 ReMeD-Esther-OMS-PNLS
Adresse URL : http://www.remed.org/protocoles_thera_du_sida_au_Benin_2006.ppt [consulté en mars 2010]
- [199] ESTHER, ARV : Approvisionnement, Logistique, Gestion, Dispensation...La problématique de l'approvisionnement dans les pays du Sud
Adresse URL : <http://www.esther.fr/articles.php?id=829> [consulté en mars 2010]
- [200] MSF, Challenges: Second-Class AIDS Treatment, Campaign for access to essential medicines, 2010
Adresse URL : <http://utw.msfacecess.org/background/challenges> [consulté en Avril 2010]
- [201] CORIAT B, D'ALMEIDA C, Propriété intellectuelle, «deuxième ligne» et accès aux traitements dans les pays du Sud, mars 2009
Adresse URL : <http://www.vih.org/20090306/propriete-intellectuelle-deuxieme-ligne-et-acces-aux-traitements-dans-pays-sud-2092> [consulté en mars 2010]
- [203] FONDATION CLINTON, Liste des prix - antirétroviraux (ARV)
Adresse URL : http://www.clintonfoundation.org/files/chairarvpricelistaugust2009_french.pdf [consulté en mars 2010]

[205] OMS, Fabrication d'antirétroviraux dans les pays en développement et défis pour l'avenir

Adresse URL : <http://www.who.int/medicines> [consulté en mars 2010]

[206] GROSS O, OMS, REMED, Programme OMS de Pré-qualification OMS VIH/SIDA Tuberculose Malaria

Table ronde ReMed Mieux s'engager dans la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose Paris, 15 novembre 2005

Adresse URL : <http://www.remed.org/olivier-gross-oms.pdf> [consulté en mars 2010]

[207] MS Bénin, PNLS, Politiques, Normes et procédures pour la prise en charge des patients vivants avec le VIH

Bénin 2004

[209] DAMOUR C., ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau)

Adresse URL : <http://www.esther.fr/articles.php?id=1095> [consulté en avril 2010]

[213] ISEE (Institut de la Statistique et des Etudes Economique de Nouvelle-Calédonie) ISEE-TEC, édition 2006

Adresse URL : <http://www.isee.nc/tec/atlas/telechargements/4-1-organcoutum.pdf> [consulté en janvier 2009]

[216] DASSNC (Directions des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie), La situation sanitaire pour l'année 2008, Démographie et causes de décès, 2008.

Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%201%201%20La%20demographie%20web.pdf> [consulté en février 2009]

[217] INSEE (Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques), Population de la France.

Adresse URL :

http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/25813/telechargement_fichier_fr_publici_pdf1_454.pdf [consulté en février 2009]

[218] INSEE, Age moyen et Age médian de la population.

Adresse URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&id=628 [consulté en janvier 2009]

[219] INSEE, Taux de mortalité en France métropolitaine.

Adresse URL :

http://www.indices.insee.fr/bsweb/servlet/bsweb?action=BS_SERIE&BS_IDBANK=000436395&BS_IDARBO=01000000000000 [consulté en janvier 2009]

-
- [221] INSEE, Wallis et Futuna : Recensement de la population de 2008.
Adresse URL : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1251 [consulté en janvier 2009]
- [223] ISEE (Institut de la Statistique et des Etudes Economique), Population et société
Adresse URL : <http://www.isee.nc/tec/popsociete/popucommunaut.html> [consulté en janvier 2009]
- [225] Enquête TNS, Recensement des squats pour le compte de la Province Sud in Le Monde, Les squats de Nouméa, un phénomène urbain original, 2008
Adresse URL : <http://villes.blog.lemonde.fr/2009/12/05/les-squats-du-grand-noumea-un-phenomene-urbain-original/> [consulté en janvier 2010]
- [226] DUSSY D., Tribus urbaines ou squats ? L'habitat océanien spontané de Nouméa.
Adresse URL : http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers08-09/010014865-65.pdf [consulté en décembre 2009]
- [227] DASSNC, Maladies infectieuses transmissibles : la leptospirose, 2008
Adresse URL :
<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/I%202%207%20La%20leptospirose%20web.pdf> [consulté en janvier 2010]
- [229] DUSSY D., S'approprier la ville. Nouméa au miroir de ses squats, 2005, 255p
Adresse URL : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/03/41/43/PDF/dussySapproprierville.pdf> [consulté en janvier 2010]
- [230] ISEE, Economie et finances
Adresse URL : <http://www.isee.nc/tec/popsociete/telechargements/6-1-generalites.pdf>
[consulté en janvier 2009]
- [231] ISEE, Les chiffres clés
Adresse URL : <http://www.isee.nc/chiffresc/chiffresc.html> [consulté en avril 2009]
- [232] DASSNC, Situation Sanitaire pour l'année 2008, Les autres structures de soin
Adresse URL :
<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%201%202%20Les%20autres%20structures%20de%20soins%20web.pdf> [consulté en janvier 2009]
- [234] DASSNC, Situation sanitaire pour l'année 2008, Les services de santé, le secteur médico-technique, 2008
Adresse URL :
<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%201%204%20Le%20secteur%20medico%20technique%20web.pdf> [consulté en décembre 2009]

[237] DASSNC, La situation sanitaire pour l'année 2008, Les professionnels de santé : les médecins, 2008

Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/II%20%201%20Les%20medecins%20web.pdf> [consulté en janvier 2009]

[238] DREES, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales», Rapport de la DREES, février 2009

Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er679.pdf> [consulté en janvier 2009]

[243] CAFAT

Adresse URL : [http://www.cafat.nc/net/cafat.nsf/caf-accueil/\\$first](http://www.cafat.nc/net/cafat.nsf/caf-accueil/$first) [consulté en novembre 2009]

[244] Taux de chômage en Nouvelle-Calédonie en 2008.

Adresse URL : <http://www.mediapart.fr/club/blog/estelle-tabcaud/161008/la-nouvelle-caledonie-le-pays-ou-l-ne-connaît-pas-la-crise-0> [consulté en janvier 2009]

[248] ROUCHON B., L'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie, n°46, septembre 2006

Adresse URL : http://www.bmc.nc/web_45/pdf/BM4503.pdf [consulté en janvier 2009]

[249] CAFAT (Caisse de compensation des prestations Familiales et des Accidents de Travail), Le financement

Adresse URL : [http://www.cafat.nc/net/cafat.nsf/caf-accueil/\\$first](http://www.cafat.nc/net/cafat.nsf/caf-accueil/$first) [consulté en janvier 2009]

[250] DASSNC, Situation sanitaire pour l'année 2008, Les comptes de la santé,

Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/III%20%20Comptes%20de%20la%20sante.pdf> [consulté en décembre 2009]

[251] DASSNC, Situation sanitaire pour l'année 2008, La population féminine

Adresse URL :

<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/I%20%204%201%20La%20population%20feminine%20web.pdf> [consulté en janvier 2009]

[252] JUBEAU T., Un enfant singulier, une équipe plurielle. Aider à construire les coordinations autour de l'enfant en Nouvelle- Calédonie, 2001.

Adresse URL : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2001/misp/jubeau.pdf?1MQ88-G431D-Q89Q4-01JDD-9W4K1> [consulté en novembre 2009]

-
- [253] DASSNC, Situation sanitaires en Nouvelle Calédonie pour l'année 2004, Le Rhumatisme Articulaire Aigu. Adresse URL : <http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%202%208%20Le%20RAA%20web.pdf> [consulté en décembre 2009]
- [254] INSEE, Les principales causes de mortalité en France métropolitaine, 2006
Adresse URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfps06205 [consulté en novembre 2009]
- [255] DASSNC, La situation sanitaire pour l'année 2008, Les maladies infectieuses ou transmissibles
Adresse URL : [http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/letatdesanteMaladies%20rans%20ou%20infect%2008.pdf](http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/letatdesanteMaladies%20trans%20infect%2008.pdf) [consulté en janvier 2010]
- [258] DASSNC, La situation sanitaire pour l'année 2008, Le registre de la tuberculose
Adresse URL : <http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%202%205%20La%20tuberculose%20web.pdf> [consulté en janvier 2009]
- [259] Haute Autorité de Santé (HAS), La tuberculose active
Adresse URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-029_tuberculose-guide_edite_sans_lap.pdf [consulté en février 2010]
- [260] CAMILLE S., La population calédonienne.
Adresse URL <http://www.maisonnouvellecaledonieparis.nc/site/doc/POPULATION.pdf>
[consulté en janvier 2010]
- [261] DASSNC, Situation sanitaire pour l'année 2008, Le registre de la lèpre
Adresse URL : <http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%202%204%20La%20lepre%20web.pdf> [consulté en janvier 2010]
- [262] Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP), Déclaration de la FIP sur la politique Améliorer l'accès aux médicaments dans les pays en développement, septembre 2005
Adresse URL : http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=265&table_id=
[consulté avril 2010]
- [263] OMS, Médicaments: liste des médicaments essentiels (LME), Trente ans de soins de santé vitaux, Aide-mémoire N°325, novembre 2007
Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/fr/index.html> [consulté avril 2010]

[264] ESTHER, ARV, La problématique de l'approvisionnement dans les pays du Sud
Adresse URL : <http://www.esther.fr/articles.php?id=829> [consulté avril 2010]

[265] REMED, Revue n°42, Propriété intellectuelle vs santé publique : les nouveaux enjeux
janvier 2010
Adresse URL : http://www.remed.org/Revue_ReMeD_no42_P.pdf [consulté en avril 2010]

[266] MSF, Journée mondiale de lutte contre le sida, Dossier de presse, décembre 2009
Adresse URL : <http://www.msf.fr/cms/filemanager/files/dossier%20presse%20sida.pdf>
[consulté avril 2010]

RAPPORTS

[1] NU, Objectif pour le Millénaire sur le Développement Rapport 2008
Objectif 6 : Combattre le VIH /SIDA, le paludisme et autres maladies : p28-34
Adresse URL : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/goal6.pdf>. [consulté en mars 2010]

[3] OMS, Mondialisation et accès aux médicaments - Série "Economie de la santé et médicaments", No. 07, 1999, 118 p
Adresse URL <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jwhozip36f/3.2.html#Jwhozip36f.3.2>
[consulté en mars 2010]

[9] DASSNC (Directions des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie), Situation sanitaire pour l'année 2008, Le VIH et le SIDA, 2008
Adresse URL :
<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/l%202%203%20Le%20VIH%20Sida%20web.pdf> [consulté en mars 2010]

[10] Ministère des Affaires étrangères/DGCID, Quelles approches pour le financement des systèmes de santé dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire ?
octobre 2001 ; p53-70
Adresse URL : http://www.financementsante.org/files/pdf_realisation_1 [consulté en novembre 2008]

[12] OMS, Stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000
Adresse URL : http://www.wpro.who.int/rcm/fr/archives/rc36/wpr_rc36_r08.htm [consulté en décembre 2008]

[18] OIT (Organisation internationale du travail), « Sécurité sociale. Un nouveau consensus », Genève, 2001
Adresse URL : http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2001/101B09_301_fren.pdf [consulté en décembre 2008]

[19] OMS/MSH, Rapport de consultation de réunion, Ferney Voltaire
Defining and Measuring Access Background paper for the WHO-MSH consultative meeting on
Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities (Décembre 2000) : pB7
Adresse URL : http://www.msh.org/seam/reports/measuring_access_Dec2000.pdf [consulté en
décembre 2008]

[22] OMS, Le droit à la santé. Aide-mémoire N°323
Août 2007, Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/index.html>
[consulté en novembre 2009]

[23] NU (Nations Unies), Droits économiques, sociaux et culturels
Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible
d'être atteint
Rapport du Rapporteur spécial, Paul Hunt, soumis conformément
à la résolution 3003/31 de la Commission (2003)
Adresse URL : http://www.aidh.org/sante/images/Rapp_03_Drt_sante.pdfDROITS [consulté en
décembre 2008]

[24] OMS, statistique sanitaire mondiale, Rapport 2008
Adresse URL : http://www.who.int/whosis/whostat/FR_PDF_WHS08_Full.pdf [consulté en
décembre 2008]

[26] OMS, World Health Statistics 2008.
Adresse URL : <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html> [consulté en
décembre 2008]

[29] PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement), Human Development
Report (HDR). 2007 – 2008
Adresse URL : <http://hdr.undp.org> [consulté en décembre 2008]

[42] UNICEF (United Nations Children's Emergency Fund), La situation des enfants dans le
monde en 2007. Femmes et enfants le double dividende de l'inégalité des sexes, 2007 p4
Adresse URL : http://www.unicef.org/french/sowc07/docs/sowc07_fr.pdf, [consulté en
septembre 2008]

[53] TAVERNIER Y. Rapport de la Commission des Finances de l'Assemblée nationale sur les
activités et le contrôle du FMI et de la Banque mondiale, 2000.
Adresse URL : http://ultraliberalisme.online.fr/FMI_BanqueMondiale_Resume.htm [consulté en
octobre 2008]

[63] LEVINAIS S. KADDAR M.
Analyse de l'expérience des centrales d'achat des médicaments essentiels et de matériel
médical dans le cadre de l'initiative de Bamako. Cas des pays d'Afrique subsaharienne
francophone. Rapport sur le Burkina Faso.
Paris : Centre International de l'Enfance ; 1996.

[77] Save the Children (2005), An Unnecessary Evil ? User fees for healthcare in LICs, p 14, Save the Children, London in MDM Userfee Report.

Adresse URL : <http://www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/174227-userfeesmdmreport.pdf>
[consulté en janvier 2009]

[81] PEARSON M., The case for abolition of User Fees for Primary Health Services, London, DFID health systems resource centre, 2004 in VOGEL T., User Fees in Health Arguments in the Current Debate A brief stocktaking paper, A paper established in the frame of the SDC Backstopping Mandate 2006 of the Social Development Division's Health Desk, 2006

[89] JAFFRE, Y., et al., Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique du projet "santé urbaine" (Unicef-Coopération Française). Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. 2002. p. 289

[92] OMS, Rapport sur la sante dans le monde, 2004.

Adresse URL : <http://www.who.int/whr/2008/overview/fr/index2.html> [consulté en décembre 2008]

[94] DE ROODENBEKE E., Financement de la santé : efficience solidarité et lutte conte la pauvreté CHU de Tours

[95] BM, Health, Nutrition and Population Sector Strategy, § 105 : "Upon client-country demand, the Bank stands ready to support countries that want to remove user fees from public facilities", avril 2007

[96] OMS, Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais, 2008

Adresse URL http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf [consulté en décembre 2008]

[120] PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004

La liberté culturelle dans un monde diversifié

Publié pour le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Adresse URL: pnud.org [consulté en janvier 2010]

[124] OMS, OMC, rapport de l'atelier sur la fixation différenciée des prix, avril 2001

Adresse URL : http://www.wto.org/French/tratop_f/trips_f/hosbjor_report_f.doc [consulté en janvier 2010]

[143] OMS, Intégration de considérations de santé publique dans la législation en matière de brevets des pays en développement
(2001; 156 pages)

Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jh2961f/> [consulté en mars 2010]

[144] VELASQUEZ G., BOULET P., Mondialisation et accès aux médicaments : perspectives sur l'accord ADPIC de l'OMC (WHO/DAP/98-9 Révisé).

Adresse URL : <http://www.who.org/medicines/francais/who-dap-98-9fr/who-dap-98-9revfr.pdf>
[consulté en février 2010]

[151] FEZEU M., Inventaire des Mutuelles de Santé en Afrique de l’Ouest et du Centre (Rapport de consultation), Base de données des Mutuelles de santé en Afrique : Bénin

Yaoundé, Septembre 2000

Adresse URL :

http://www.ilo.org/gimi/concertation/resource.do?page=/concertation/publications/carte/cameroun/Etudes_3208965206_13370.pdf [consulté en mars 2010]

[152] République du Bénin, CNLS, UNAIDS ; Rapport national de situation à l’intention de l’UNGASS Bénin (2008_country_progress_report)

Adresse URL :

http://data.unaids.org/pub/Report/2008/benin_2008_country_progress_report_fr.pdf
[consulté en mars 2010]

[154] UNPD (United Nations Development Programme), HDR 2007_2008

Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008 : La lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé,

Adresse URL : http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Complete.pdf [consulté en mars 2010]

[155] UNPD, HDR 2006, Rapport mondial sur le Développement humain Année 2006 : Rapport mondial sur le développement humain 2006 : Au-delà de la pénurie : pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l’eau

Adresse URL : <http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rmdh2006/> [consulté en mars 2010]

[157] OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008 p8

Adresse URL : http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf [consulté en mars 2010]

[159] OMS, Global Burden of Diseases 2004 Update WHO

(2004, 160p) p 17

Adresse URL :

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
[consulté en janvier 2010]

[165] ONUSIA, Rapport sur l’épidémie mondiale du Sida, 2008

Adresse URL :

http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp#p35 [consulté en mars 2010]

-
- [178] International Health Partnership (IHP), Rapport d'inventaire Bénin Mars 2008, rapport d'inventaire Partenariat International pour la santé et Initiatives connexes (PIS+) en collaboration avec le dispositif d'harmonisation pour la santé en Afrique (HSA) p6-29 mars 2008; 24p
Adresse URL : http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/01_BENIN_TSR_FR_FINAL.pdf [consulté en mars 2010]
- [189] CNLS (Comite National De Lutte Contre Le Sida) Rapport UNGASS 2005-2006
Adresse URL : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_benin_fr.pdf [consulté en février 2010]
- [190] OMS, Rapport sur la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA dans la Région OMS de l'Afrique Mise à jour 2005 ; 74p
Adresse URL : www.afro.who.int/fr/publications.../75-rapport-sur-la-surveillance-.html [consulté en mars 2010]
- [208] DOUALA M, Rapport conférence Afrique de l'Ouest, du Nord et du Centre sur l'accès aux traitements VIH/SIDA, 11 – 14 juillet 2005
- [233] SICART D., DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistique), Document de travail n°123, Les professions de santé au 1er janvier 2008, 2008
- [235] Assemblée Nationale. Rapport d'information n°3780. Adresse URL : http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3780.asp#P2002_181430 [consulté en janvier 2009]
- [246] FAVIER C., Modalités au cours de soin dans la banlieue de Nouméa, Rapport d'enquête de contrat d'étude pilote, INSERM, Paris, 1995
- [256] OMS, Rapport 2009 sur la tuberculose dans le monde
Adresse URL : http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/key_points/fr/index.html [consulté en janvier 2010]
- [247] FAVIER C., L'usage par les soignants du vocabulaire médical et de sa compréhension par les usagers, INSERM
- [257] OMS, Who report 2009, global control of tuberculosis
Adresse URL : http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/annex_3/en/index.html
http://www.invs.sante.fr/beh/2009/12_13/beh_12_13_2009.pdf [consulté en janvier 2010]

[267] OMS, Rapport mondial sur la santé 2008
Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr38/fr/index.html>
[consulté en avril 2010]

ARTICLES

[13] RIDDE V., L'initiative de Bamako, 15 ans après, un agenda inachevé. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, 2004

Adresse URL:

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BamakoInitiativeReview.pdf> [consulté en décembre 2008]

[20] PENCHANSKY R, THOMAS JW, The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction, *Med Care*, 1981 Feb.; 19(2):127-40.

[30] TURSZ A, CROST M Étude épidémiologique du recours aux soins selon le sexe chez les enfants de moins de 5 ans en pays en développement.

Revue d'épidémiologie et de santé publique

ISSN 0398-7620. 1999, vol. 47, SUP2 (158 p.) (51 ref.), pp. 2S133-2S156

[33] BECKY L et al., Assessing HIV/AIDS Stigma and discrimination in Developing Countries.

AIDS Behav, 2008 12:772-780

DOI 10.1007/s1046-007-9340-6

[39] PERRY B, GESLER W, Physical access to primary health care in Andean Bolivia.148297

Social Science and Medicine, mai 2000 ; 50(9):1177-88.

[46] KOFI-TSEKPO M, i-ii. Institutionalization of African traditional medicine in health care systems in Africa. Kenya Medical Research Institute.

2004;11(1-2): Afr J Health Sci

[49] MWAMBO Z.H., MAHUNNAH R.L.A., kayombo ej, Traditionnal health practioner and the

scientist : bridging the gap in contemporary health research in Tanzania, *Tanzania Health*

Research bulletin Vol9, N°2, Mai 2007, p115-120

[50] EDMUND J, et al. Experience of initiating collaboration of traditional healers in managing

HIV and AIDS in Tanzania. *J Ethnobiol Ethnomedicine*. (2007); 3: 6.

[59] CHABOT J. The Bamako Initiative, *The Lancet*, décembre 1988 ; 2(8624) : 1366-7

[60] FASSIN D, GENTILINI M, The Bamako Initiative, *The Lancet*, janvier 1989, p162

[61] LAWN J.E. et al., Alma-Ata 30 years : revolutionary, relevant, and time to revitalise, *Lancet*,

vol 372 Septembre 2008, p917-946

-
- [62] WALSH JA, WARREN KS, Selective primary health-care – Interim strategy for disease control in developing-countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
- [65] TIZIO S. et FLORI Y.A., L’initiative de Bamako : « santé pour tous » ou « maladie pour chacun » *Revue Tiers Monde*, volume 38, n°152 Octobre-Décembre 1997, pages 840-884
- [68] OMS. Réformes de santé et financement des médicaments, séries Economie de la Santé n°6, 1998, 60p. Adresse URL <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jwhozip34f/3.html>. [consulté en décembre 2008]
- [71] LETOURMY A., On the development of health insurance in low-income countries the case of African countries. *Comptes Rendus Biologies Volume 331, Issue 12*, décembre 2008, p 952-963
- [73] KNIPPENBERG R., et al., Sustainability of primary health care including expanded program of immunizations in Bamako Initiative programs in west Africa : an assesment of 5 years' field experience in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management*, 12(Suppl. 1) 1997: p. 9-28.
- [74] COLLIN S.M., ANWAR I., RONSMANS C., A decade of inequality in maternity care: antenatal care, professional attendance at delivery, and caesarean section in Bangladesh (1991–2004), *International Journal for Equity in Health* 2007, 6:9doi:10.1186/1475-9276-6-9
- [75] AUDIBERT, M. and J. MATHONNAT, Cost recovery in Mauritania: initial lessons. *Health Policy and Planning*, 2000. 15(1): p. 66-75.
- [79] ZERE E., MOETI M., KIRIGIA J., MWASE T., et Edward KATAIKA, Equity in health and healthcare in Malawi : analysis of trends, *BMC Public Health* v.7; 2007
- [80] SOUCAT, A., et al., Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea : assuring the financial viability of primary health care. *International Journal of Health Planning and Management*, 1997. 12(suppl.1): p. S109-S135
- [82] ZERE E., MOETI M, KIRIGIA J, MWASE T, KATAIKA E, Equity in health and healthcare in Malawi: analysis of trends, *BMC Public Health* v.7; 2007.
- [83] RIDDE V. et GIRARD J.-E., Douze ans après l’initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l’équité d’accès aux services de santé des indigents africains, *Santé publique* 2004, volume 15 n°1, p. 37-51
- [84] DUSSAULT G., LETOURMY A, FOURNIER P., L’assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l’accès au soin et lutter contre la pauvreté. *Banque mondiale, Série nutrition, santé et population* n°37149 p201.

-
- [85] RUSSEL S., GILSON L., User fee policies to promote health access for the poor: a wolf in sheep's clothing?" Int J Health Services in RIDDE V. et GIRARD J.-E., Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains, Santé publique 2004, volume 15 n°1, p. 37-51
- [88] DOUMBOUYA M., Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée. Working paper n° 2008-2 Janvier 2008. Laboratoire d'Économie de la Firme et des Institutions, halshs-00229696, version 1, 31 janvier 2008
- [91] GOBBERS D, L'équité dans l'accès au soin des pays d'Afrique de l'Ouest. ADSP n° 38 mars 2002
- [97] RHODE J. et al, 30 years after Alma-Ata : has primary health care worked in countries ?, Lancet 2008; 372 : 950-61
- [98] WALLEY J. et al, Primary health care: making Alma-Ata a reality, Lancet, septembre 2008 13; 372 (9642):1001-7.
- [109] CAMERON A, EWEN M, ROSS-DEGNAN D, BALL D, LAING R, Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis DOI : 10.1016/S0140-6736(08)61762-6 1, décembre 2008
- [114] BARBEREAU S., La contrefaçon des médicaments : Un phénomène en pleine expansion = Counterfeit medicines : A growing threat BARBEREAU S ; ReMeD, Paris, France Médecine tropicale, 2006, ISSN 0025-682X CODEN METRA2 2006, vol. 66, n°6, pp. 529-532
- [115] VIDEAU J.Y, La Qualité des médicaments dans les pays les plus défavorisés Med Trop 2006, Med Trop 2006; 66 : 533-537
Adresse URL : <http://www.remed.org/533-537 - sm - videau.pdf> [consulté en mars 2010]
- [121] OMS, Le secteur pharmaceutique privé commercial au Sénégal - Dynamique de développement et effets sur l'accès aux médicaments essentiels
Série de recherche, No. 23 (1997; 51 pages)
OMS 1997 WHO/DAP/97.3
Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2234f/> [consulté en février 2010]
- [125] OMS, Mécanismes d'endiguement des coûts des médicaments essentiels, y compris les antirétroviraux, en Chine - Série "Economie de la santé et médicaments", No. 13 (2003; 30 pages)
Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4908f/3.7.html> [consulté en janvier 2010]
- [128] OMS, Mondialisation et accès aux médicaments - Série "Economie de la santé et médicaments", No. 07 (1999; 118 pages)
Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip36f/> [consulté en janvier 2010]

[185] OUENDO E.M., MAKOUTODE M., WILMET-DRAMAIX M., PARAISO M., DUJARDINUIN B.
Accès aux soins de santé au Bénin : indigence et réseaux d'aide communautaire
Cahiers Santé 2004 ; 14 : 217-21008
Adresse URL : http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/0A/94/vers_alt/VersionPDF.pdf [consulté en mars 2010]

[148] OMS, Mondialisation et accès aux médicaments - Série "Economie de la santé et médicaments", N°7, 1999; 118 p
Adresse URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jwhozip36f/> [consulté en mars 2010]

[210] DOUALA M., Revue REMED
Editorial n°42 Janvier 2010

[222] MIROUX D., Le monde de l'argent et la fracture sociale en Nouvelle-Calédonie
Journal de la société des océanistes, volume 108, numéro 108, p 19-31

[224] SALOMON C. et HAMELIN C., Parenté et violences faites aux femmes en Nouvelle-Calédonie. Un éclairage sur l'ethnicité différenciée des violences subies au sein de la famille, Espaces, Populations, Sociétés, 2004-4, p307-322

[228] DUSSY D. Les squats, zone d'habitation spontanée. Journal de la Société des Océanistes no IQ3, vol. 2, p 275-287

[239] GODIN P. La place de la médecine kanak en Nouvelle-Calédonie, Bulletin Médicale Calédonien et Polynésien n°42, 2005

[242] DUBOIS, M-J, Ethnobotanique de Maré, Iles Loyauté. J. Agr. Trop. Bot. Appliquée 28(7-10), 1971 : p1-116.

AUTRES

[15] RIDDE V., Entre efficacité et équité : qu'en est-il de l'Initiative de Bamako ? Une revue des expériences ouest Africain. Communication réalisée aux XXVI^{èmes} Journées des Économistes Français de la Santé "SANTE ET DEVELOPPEMENT" Clermont-Ferrand, CERDI, 10 janvier 2003

[48] OMS, Conférence internationale sur les SSP et systèmes de santé en Afrique à Ouagadougou le 28/ 30 avril 2008 : Expérience et progrès du Burkina Faso en matière d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé.

[76] KEROUEDAN, D. Mise en place de la tarification des médicaments essentiels dans les centres de santé de base des 21 services de santé de districts de la province de Tuléar à Madagascar sur la période 1997-2000. in Le Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie- décembre 2000, Clermont-Ferrand, France,



Serment des Apothicaire

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.









]















