

L'ACCÈS
AUX SOINS
EST UN DROIT
FONDAMENTAL
POUR TOUS.



SOMMAIRE

L'accès aux soins : un parcours d'obstacles	4-5
Loin des services de santé	6-7
Sans argent, pas de soins	8-9
Ruptures de stock	10-11
Pas de soins sans personnel de santé pour les dispenser	12-13
Zones de conflits	14-15
Un autre regard	16-17
Le manque d'infrastructures sanitaires opérationnelles	18-19

L'ACCÈS AUX SOINS : UN PARCOURS D'OBSTACLES

« Près de 7 millions
d'enfants de moins de cinq
ans sont morts en 2011.

L'expérience des pays à haut
revenu montre que la
quasi-totalité de ces décès
peut être évitée.
Mais comment y parvenir
dans le monde entier ? ¹»

¹Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS
(Rapport sur la santé dans le monde 2013,
La recherche pour la couverture universelle).

L'ESPÉRANCE DE VIE DÉPEND DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES NÉ !



De profondes inégalités dans l'accès aux soins de santé existent dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le risque pour un enfant de décéder avant son cinquième anniversaire est 8 fois plus élevé en Afrique qu'en Europe. Les pays riches disposent en moyenne de près de 90 infirmières et sages-femmes pour 10.000 habitants, tandis que dans les pays à revenu faible, la densité de ce type de personnel soignant est à peine supérieure à 5 pour 10.000 habitants.

L'inégal accès aux soins est fortement dépendant de l'endroit où l'on se trouve. Dans certains pays, et particulièrement dans

les pays pauvres, les obstacles s'accumulent pour les personnes qui doivent accéder aux soins : les difficultés à trouver certains médicaments, les ruptures de stock, l'absence d'infrastructures sanitaires, le manque de personnel médical qualifié, ou encore les longues distances à parcourir pour atteindre un centre de santé souvent aggravées par le contexte d'insécurité. Si on y ajoute encore le manque d'argent et le coût trop élevé des soins, il apparaît crucial d'apporter des solutions concrètes et adaptées à ces populations qui ont d'autant plus besoin d'accéder quotidiennement aux soins qu'elles sont dans une situation de grande vulnérabilité.

INDICATEURS	MONDE	EUROPE	AFRIQUE	LUXEMBOURG
Espérance de vie à la naissance en 2012 (en années)	70	76	58	82
Moyenne du nombre de docteurs pour 10.000 habitants de 2006 à 2013	14,1	33,1	2,6	28,2
Mortalité des enfants de -5 ans pour 1.000 naissances en 2012	48	12	95	2
Mortalité maternelle pour 100.000 naissances en 2013	210	17	500	11
Mortalité néonatale pour 1.000 naissances en 2012	21	6	32	1

Source OMS

DES SOLUTIONS EXISTENT !

Pour veiller à ce que tous les individus aient accès aux soins de santé dont ils ont besoin, les solutions toutes faites, applicables en tous lieux et toutes circonstances, n'existent pas ; principalement parce que les obstacles responsables de l'inégal accès aux soins diffèrent d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, d'une communauté à l'autre. Mais des solutions adaptées, réalisables et efficaces existent bel et bien. Dans cette brochure, nous n'avons pas l'intention d'être exhaustif, simplement de suggérer quelques

solutions qui ont déjà fait leur preuve et qui une fois mises en œuvre ont amélioré significativement l'accès aux soins.

Au début des années 2000, le Malawi comptait un million de personnes vivant avec le VIH-sida. Faute de pouvoir bénéficier d'un traitement antirétroviral, 100.000 Malawites mouraient chaque année du sida. Une recherche a montré qu'il était possible de fournir rapidement et efficacement des antirétroviraux à 500.000

habitants d'un district rural du Malawi.

Aujourd'hui, plus de 650.000 patients malawites ont accès aux antirétroviraux. Cet exemple montre qu'il est possible d'améliorer de manière significative l'accès aux soins de santé à des personnes qui en étaient privées et ceci, grâce à la recherche de solutions concrètes et applicables.

« Il n'y a pas de docteur dans notre village. Il n'y a pas de transport pour nous en amener un, particulièrement la nuit. Si nous pouvons trouver une voiture, nous nous mettons en danger pour amener les blessés graves, avec tous les combats et les bombardements. Mais généralement, nous ne trouvons pas de voiture, alors nous apportons nous-mêmes des soins de bases pour aider ceux qui sont restés en vie jusqu'au matin. J'ai appris les premiers soins, et d'autres dans le village ont aussi appris comment nettoyer les blessures et appliquer des bandages. C'est tout ce que nous pouvons faire, jusqu'à ce qu'il soit possible d'amener les blessés à l'hôpital. »

Fermier de 48 ans, province de Kunduz, Afghanistan.

LOIN DES SERVICES DE SANTÉ

2H

le temps pour courir
le semi-marathon du
Luxembourg

OU

le temps minimum
de marche à pied
pour atteindre
l'hôpital le plus proche
quand on vit dans une zone
reculée au Zimbabwe.

L'offre de soins de qualité n'est pas toujours à portée raisonnable des personnes qui en ont besoin. La distance-temps (trajet) entre le malade et la ressource sanitaire, la qualité des moyens de transport, l'état du réseau routier ne sont pas toujours acceptables. En l'absence de routes ou lorsque les conditions climatiques sont mauvaises, même une courte distance peut ne pas être une indication d'accès facile.

Dans certains pays africains, plus de la moitié de la population vit à plus de 10 km du premier centre de soins. Les patients sont alors contraints de se déplacer pendant des heures pour le rejoindre. C'est le cas de nombreuses femmes enceintes. Dès les premières contractions, elle se mettent en route parce qu'elles ne veulent pas accoucher sans assistance. Pouvoir accéder à des soins de base et à des soins obstétricaux d'urgence est une question de survie. Jusqu'à 15% des accouchements rencontrent des complications nécessitant des soins d'urgence. Sans une réponse rapide et qualifiée, la vie de la mère, mais aussi celle de son bébé, est en danger.

En 2013, près de 300.000 femmes sont mortes de complications dues ou aggravées par la grossesse et l'accouchement. Or seulement 44 % des femmes ont accès aux quatre consultations prénatales préconisées par l'OMS. Au Burkina Faso par exemple, si 85 % des femmes accèdent à une première consultation, seulement 18 % effectuent les

quatre visites requises. L'éloignement des centres de santé et les difficultés liées au transport en sont une des explications principales.

Faire le voyage vers un centre de santé pour obtenir des médicaments peut vous coûter beaucoup de temps. Vous pouvez alors très bien vous retrouver sans d'autre choix que d'interrompre votre traitement. C'est le cas de beaucoup de patients atteints du VIH/sida en Afrique qui interrompent leur traitement antirétroviral car les trop nombreuses visites à la clinique sont trop coûteuses en temps et en frais de voyage, même si cela signifie pour eux une mort assurée.

De même, pour qu'un enfant soit immunisé contre les maladies les plus courantes, cinq visites de vaccination sont nécessaires durant sa première année. Mais les heures de marche, le coût du transport, les nombreuses heures prises pour se déplacer sont autant de facteurs qui peuvent contraindre les mères à abandonner le traitement de leurs enfants.

De plus, les contextes d'insécurité rendent encore plus dangereux tous ces déplacements. Pour rejoindre un hôpital qui fonctionne dans une zone de conflit ou d'extrême violence, vous pouvez toujours espérer une période d'accalmie, mais si ce n'est pas le cas, vous devrez prendre le risque de devenir une cible pour recevoir à temps les soins nécessaires.



© Peter Casar

« J'habite à 2 km à pied de la route la plus proche. Je devais aller tous les jours à la clinique pendant deux mois pour recevoir mon injection quotidienne contre la tuberculose. Départ à 4 heures du matin, arrivée à 10 heures à la clinique et retour chez moi vers 16 heures. Maintenant, j'apprends que j'ai la tuberculose multirésistante. Je vais devoir faire ces trajets tous les jours pendant six mois ! Je suis malade. Comment voyager tous les jours dans ces conditions ? »

Témoignage d'un Afghan vivant dans la province de Khost.

5 KM : La distance acceptable entre le lieu d'habitation et un centre de soins de qualité se situe entre 5 et 10 km dans les pays en développement.

57,4 % : C'est le pourcentage de la population afghane qui vit à au moins une heure de route d'un centre public de soins de santé.

800 : C'est le nombre de femmes qui décèdent chaque jour par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. Celles-ci sont très souvent dues à une prise en charge trop tardive (source OMS).

SOLUTIONS

- Décentraliser les centres de santé avec personnel qualifié afin qu'il n'y ait que 5 km à parcourir pour les populations dans le besoin.

- Fournir des soins décentralisés pour être au plus près des populations grâce à des équipes mobiles.

- Promouvoir des approches communautaires décentralisées pour réduire le nombre d'abandons de thérapies. Cette approche consiste en la formation de membres de communautés pour qu'ils y assurent le conseil, le suivi, le dépistage et le traitement de certaines maladies ou symptômes (paludisme,

malnutrition, diarrhées, détresse respiratoire, etc.).

- Investir dans un système de transfert fonctionnel et efficace afin de référer les patients rapidement. Un modèle de soins de santé maternelle déployé au Burundi basé sur un système de transfert par ambulance a permis de réduire la mortalité maternelle de 74% en permettant l'accès à des services obstétricaux d'urgence.

- Prévention : informer et sensibiliser les populations qui, trop souvent, sont inconscientes des signes de danger et ne recherchent une aide médicale que lorsqu'il est déjà trop tard.

- Créer des « maisons d'attente » établies à proximité des hôpitaux où les femmes enceintes qui vivent loin de centres de santé et présentent des grossesses à risque ou des complications peuvent séjourner et bénéficier d'une observation médicale régulière jusqu'à l'accouchement.

- Réduire au maximum les coûts cachés afin d'aider les patients à poursuivre leur traitement. Il faut notamment limiter les visites nécessaires à la clinique en leur donnant des quantités plus importantes de médicaments à emmener chez eux ou en permettant qu'une personne retire des médicaments pour un groupe de patients.

SANS ARGENT, PAS DE SOINS

1 \$

le prix d'une bouteille d'eau
au Luxembourg

OU

le budget journalier
d'un ménage pauvre dans les
pays en développement.

Des millions de personnes à travers le monde ne peuvent accéder aux services de santé parce qu'elles doivent payer un prix trop élevé par rapport à leurs moyens pour pouvoir bénéficier des soins de santé dont elles ont besoin. Le moindre problème de santé peut alors les mettre devant un choix cornélien : ne pas se soigner ou plonger dans la pauvreté.

L'OMS estime d'une part que chaque année, 150 millions de personnes se retrouvent dans une situation financière catastrophique du fait des dépenses de santé qu'elles doivent financer elles-mêmes et d'autre part à 100 millions le nombre de celles qui passent sous le seuil de pauvreté suite à des dépenses de santé. De plus, si les patients et leurs familles sont contraints de s'endetter ou de vendre leurs biens de manière à couvrir leurs soins de santé, cela les rend incapables de payer tout traitement ultérieur.

Les pauvres s'excluent aussi délibérément des soins de santé. Selon une étude menée par MSF en 2013 à Walikale, province du Nord-Kivu en République démocratique du Congo (RDC), neuf foyers sur dix comptaient un malade au cours des deux dernières semaines. Plus de 35 % ont déclaré renoncer à chercher des soins, la grande majorité invoquant le manque

d'argent. En RDC, les structures de santé officielles fonctionnent en effet sur la base du recouvrement des frais, ce qui signifie que les patients doivent payer chaque composante du traitement qu'ils reçoivent. Pourtant, dans des situations d'urgence (conflit, épidémie, catastrophe naturelle), le système national de santé publique garantit en théorie la gratuité des soins. Mais dans la réalité, l'État s'est révélé incapable de tenir cet engagement.

Demander à des personnes extrêmement vulnérables de payer pour leurs soins de santé, alors qu'elles peuvent à peine nourrir leurs familles, est totalement aberrant. Du coup, bon nombre de personnes ne recherchent des soins que lorsque leur santé s'est sérieusement détériorée. Il est souvent déjà trop tard.

Malgré des progrès enregistrés, notamment dans la mise en place de services de soins gratuits dans plusieurs pays en développement, la situation reste critique pour beaucoup d'hommes, de femmes et d'enfants pauvres de par le monde. L'objectif d'une couverture sanitaire universelle, c'est-à-dire l'accès pour toutes les personnes à des services de soins de santé à un prix abordable et sans difficultés financières, est encore très loin d'être atteint.



**« En janvier 2013, mon neveu était malade.
Il avait de terribles diarrhées.
Nous étions trop pauvres
pour pouvoir nous rendre chez un docteur.
Il avait neuf mois, il est mort. »**

Un patient atteint de tuberculose multirésistante au Swaziland.

150 millions de personnes se retrouvent dans une situation financière catastrophique du fait des dépenses de santé qu'elles doivent financer elles-mêmes.

66 % : c'est le pourcentage de ménage qui, en Afghanistan, est dans une situation d'extrême pauvreté et vit avec moins d'un dollar par jour. 44% de la population a dû emprunter de l'argent ou vendre des biens pour payer leurs soins.

80 % des médicaments antirétroviraux utilisés par MSF dans les pays en développement sont des génériques produits en Inde. L'Inde est le premier exportateur mondial de génériques bon marché, jouant le rôle de « pharmacie du monde en développement ».

SOLUTIONS

- Un recours moindre aux paiements directs afin de protéger les populations des conséquences financières des dépenses de santé.

- Instaurer la gratuité des soins de santé lors de situations d'urgence.

- Veiller à ce que les intérêts commerciaux ne l'emportent pas sur les besoins en santé publique. Faire pression pour faire baisser le prix des médicaments, des vaccins et des tests diagnostiques en stimulant la production de produits génériques plus abordables.

- Trouver des modèles de financement pour la recherche médicale qui répondent aux besoins médicaux des populations vulnérables.

- Effectuer des recherches pharmaceutiques plus équitables. En effet, très peu d'effort sont mis en œuvre au niveau de la recherche pharmaceutique pour développer des médicaments destinés à traiter des maladies n'existant pas dans les pays à haut revenu. Entre 1975 et 2004, seuls 21 des 1.556 nouveaux médicaments, soit 1,3%, appartenaient à cette catégorie.
Source OMS

RUPTURES DE STOCK

20%

la remise minimum
que vous espérez obtenir
pendant les soldes d’hiver
pour l’achat d’un vêtement

OU

le pourcentage
de personnes infectées par la
tuberculose multirésistante
qui ne reçoivent pas
de traitement efficace.

Assurer un approvisionnement ininterrompu en médicaments et en matériel médical est essentiel. Pourtant, très souvent, les patients qui ont un besoin urgent de traitements n’y ont pas accès en temps utiles en raison de ruptures de stocks. La déficience de la fourniture de médicaments ou de matériel médical est l’un des éléments de la déficience générale des services de soins observés dans les pays en développement.

Parmi les multiples causes de cette déficience, l’une d’elle est récurrente : la mauvaise estimation des besoins réels des patients en attente d’un traitement et qui vont se présenter dans un centre de soins. Une mauvaise gestion prévisionnelle de la consommation en médicaments des structures de santé entraîne fatalement l’indisponibilité de certains produits en raison de commandes inadaptées. C’est un grave problème pour tous les malades qui doivent suivre une thérapie ininterrompue, comme les malades atteints du sida par exemple.

L’anticipation des besoins de traitement peut pourtant être difficile. Cette difficulté à anticiper est particulièrement importante dans le cas de certains médicaments utilisés dans le traitement de la tuberculose multirésistante puisque la majorité d’entre eux sont uniquement fabriqués sur commande. Les raisons : faible demande ou délais de conservation assez courts de certains médicaments.

Or, le traitement des résistances est souvent unique à chaque patient puisqu’il repose sur son propre profil de résistance. Il est donc très difficile d’anticiper les besoins en médicaments et de connaître les quantités nécessaires pour la prise en charge des patients. C’est pourquoi il faut aussi de la flexibilité dans la chaîne d’approvisionnement et adapter les commandes en fonction d’un contexte toujours en évolution.

L’approvisionnement en médicaments vise à permettre l’accès au traitement pour la population. Il doit donc s’organiser en fonction des besoins des populations. L’un de ces besoins, c’est la proximité du lieu où le patient pourra se procurer des médicaments. D’où l’importance d’avoir une pharmacie fonctionnelle proche de son lieu de vie.

Les problèmes d’approvisionnement peuvent néanmoins résulter de situations spécifiques. C’est particulièrement vrai dans les zones de conflit, comme en Syrie, où la violence des combats a entraîné l’effondrement du système de santé. Conséquence : la population n’a plus eu accès aux médicaments contre les maladies curables, comme l’hypertension ou le diabète, et les enfants n’ont plus été vaccinés contre les maladies contagieuses, comme la rougeole ou la poliomyélite. Même le sang est venu à manquer lorsque la plus grande banque de stockage du pays a été détruite par les bombardements.



**« Affecté par la tuberculose,
ma maladie s’aggrave de plus en plus
car je n’ai plus de médicaments depuis plusieurs mois déjà.
Je ne peux pas dormir,
mon corps entier me fait souffrir.
J’ai de la fièvre.
Parfois, je tousse pendant 5 à 10 minutes,
sans pouvoir m’arrêter.
Je ne sais pas si je vais tenir encore longtemps. »**

Giblotte Nodjindo, 31 ans, deux enfants, vivant en République centrafricaine.

1,5 million d’enfants de moins de cinq ans meurent chaque année de maladies qui auraient pu être évitées par la vaccination.

66% de médicaments génériques sont indisponibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

35% des vaccins utilisés dans les pays en développement perdent de leur efficacité, car ils sont exposés accidentellement pendant de longues durées, lors de leur conservation en chaîne du froid, à des températures inférieures à 0°C.

SOLUTIONS

- Planifier annuellement les commandes de médicaments et de matériels en fonction d’une évaluation réelle des besoins tout en gardant une certaine flexibilité afin de pouvoir répondre aux crises.
- Rationaliser l’utilisation des ressources disponibles. À l’échelle mondiale, entre 20 et 40% des ressources consacrées à la santé sont gaspillées.
- Améliorer la gestion des stocks des médicaments en formant les logisticiens à l’estimation des besoins des populations.
- Assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels et à un prix abordable aux populations, s’assurer que ces médicaments sont utilisés de façon rationnelle.
- Développer des produits plus simples à utiliser tels que des vaccins moins sensibles à la chaleur sur les derniers kilomètres de transport et, à terme, pouvant rester hors de la chaîne du froid pendant une certaine durée.

PAS DE SOINS SANS PERSONNEL DE SANTÉ POUR LES DISPENSER

91%

le pourcentage des personnes
ayant un accès à Internet au
Luxembourg

OU

celui des femmes qui
accouchent sans assistance
en Somalie.

Les systèmes de santé ne peuvent fonctionner qu'avec du personnel qualifié. Trop souvent, la densité en ressources humaines est insuffisante. En Afrique, on compte en moyenne 2,6 médecins et 12 infirmières ou sages-femmes pour 10.000 habitants, contre 30 médecins et 87 infirmières ou sages-femmes dans les pays à revenu élevé.

L'OMS estime qu'il manque dans le monde plus de 7 millions de professionnels de la santé et que ce chiffre atteindra 12,9 millions d'ici 2035. Cette pénurie a des conséquences désastreuses. Dans 58 pays parmi les plus pauvres, environ 90% des décès maternels et 80% des mortinaissances sont encore liés directement à un manque de sages-femmes qualifiées. En outre, la plus grande partie des 6,6 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans survenus en 2012 étaient dus à des maladies évitables si l'on disposait de davantage de personnel puisque des traitements existent. Mais ils ne servent à rien s'il n'y a personne pour les prodiguer.

La qualité de nombreuses pratiques de soins dépend de la maîtrise par les professionnels de santé de compétences souvent strictement techniques. Dans de nombreux pays, le système de santé est incapable d'assurer des interventions adaptées et efficaces, faute de personnel qualifié. En 2012, la Sierra Leone ne dénombrait que trois obstétriciens pour une population de plus de cinq millions de personnes.

Au Burundi, sur les 23 obstétriciens travaillant pour le ministère de la Santé, tous, sauf un, exerçaient dans la capitale Bujumbura.

Des investissements considérables ont pourtant été réalisés pour améliorer la formation dans les pays en développement. Mais une fois leur diplôme obtenu, nombre d'étudiants n'aspire qu'à une chose : émigrer pour échapper à de mauvaises conditions de travail ou à un niveau de rémunération insuffisant. 28% des étudiants interrogés dans une étude publiée récemment par l'OMS comptaient partir à l'étranger après leur formation en médecine et soins infirmiers. Même s'ils restent, à peine 18% envisageaient une carrière en zones rurales. Aux Philippines, sur les 7.000 infirmiers qui obtiennent chaque année leur diplôme, 70% émigrent vers des pays à plus hauts revenus.

La pénurie de personnel de santé a d'autant plus de répercussion dans les situations d'urgence, comme le montre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Avant celle-ci, la Sierra Leone et le Libéria peinaient déjà à satisfaire les soins de santé primaires de leur population. Il n'y avait respectivement que 2 et 1 docteur(s) pour 100.000 habitants. L'épidémie ayant fortement frappé le personnel des hôpitaux, la majorité des structures de santé ont dû fermer et les maladies courantes telles que le paludisme ou le choléra ne sont plus traités.



« Face à Ebola, on manque de ressources humaines. D'autant que plusieurs centres de santé ont perdu du personnel, touché par l'épidémie, ou sont désertés à cause de la peur d'aller travailler. Résultat : un grand nombre de patients atteints d'autres maladies ne peuvent plus avoir accès aux soins et meurent d'autres pathologies. »

Stefan Kruger, un médecin sud-africain travaillant en Sierra Leone pendant l'épidémie Ebola.

2 sages-femmes ou infirmières pour 10.000 habitants dans les pays en voie de développement, contre 90 dans les pays développés.

1 médecin pour 100.000 habitants au Libéria, cela signifierait moins de 6 médecins au Luxembourg.

40 millions d'accouchements dans les pays en développement ne sont pas assistés par un personnel soignant qualifié. Accoucher sans assistance est le premier facteur de risque pour la survie des femmes enceintes.

SOLUTIONS

- Pour garder leur personnel qualifié, les pays en développement ont besoin d'améliorer leurs conditions d'exercice et le niveau des revenus.

- Améliorer les conditions de sécurité des personnels soignants dans leur travail quotidien.

- Former du personnel et réussir à le retenir en prenant des mesures incitatives.

- Déléguer des tâches à des soignants moins qualifiés lorsque cela est possible. Dans de nombreux pays d'Afrique confrontés au VIH/sida, de plus en plus d'infirmières et d'officiers de santé remplacent les médecins pour les soins de base.

- Déléguer les consultations et le réapprovisionnement en médicaments pour les patients stables à des clubs d'observance organisés par des conseillers communautaires.

- Développer la télémédecine, c'est-à-dire de la « médecine à distance » ayant pour principe d'exporter l'expertise, mais pas les experts. Une telle mesure a montré son efficacité, notamment en Somalie dans un service de soins pédiatriques.

ZONES DE CONFLITS

50.000

le nombre de ménages
millionnaires au Luxembourg
(patrimoine inclus).

OU

le nombre d'enfants risquant
de mourir de malnutrition suite
à la guerre civile au Soudan du
Sud.

De violents conflits font rage dans de très nombreuses régions du monde et touchent d'importantes populations. Survivre est leur combat, trouver les soins médicaux nécessaires pour venir en aide aux blessés et aux malades est une angoisse permanente. L'accès aux hôpitaux est rythmé par les trêves et la reprise des hostilités. Lors de brefs cessez-le-feu, les nombreux blessés et les personnes malades vivant dans les zones frappées se ruent dans les centres de soins. Ceux-ci doivent alors faire face à un afflux de patients et sont submergés. Non seulement la demande en soins est fortement accrue, mais l'offre est réduite à cause du personnel de santé qui fuit les zones de combats et du matériel médical ainsi que des médicaments qui viennent à manquer.

Les structures sanitaires et le personnel médical sont en outre pris de plus en plus fréquemment comme cible par les belligérants, en contradiction formelle avec le droit international. En Syrie, au Soudan du Sud, en Palestine ou encore en Ukraine, pour ne citer que ces exemples, l'assistance médicale est visée délibérément pour servir les intérêts stratégiques des différentes factions en guerre. La destruction des hôpitaux et ainsi la diminution des possibilités pour le camp adverse de soigner ses blessés est devenue une arme de guerre.

Par ailleurs, la multiplication des incidents de sécurité dirigés contre les humanitaires sont très préoccupants. Elle peut conduire les ONG qui ne seraient pas ou plus en mesure de garantir la sécurité de leur personnel à abandonner ces zones. Ce qui a inmanquablement des impacts directs et des conséquences sur la santé et la survie des populations. En 2013, MSF s'est vue contrainte de se retirer de Somalie, après 22 ans de présence ininterrompue dans le pays, suite à une série d'attaques violentes visant son personnel. En 2014, après un an de conflit, la République centrafricaine a sombré dans le chaos provoquant des milliers de morts et de blessés et plus d'un million de déplacés et de réfugiés. En avril, lors d'un vol à main armée à l'hôpital MSF de Boguila, dix-huit personnes dont trois personnels de MSF ont été tués.

Les conflits provoquent le déplacement de centaines de millions de personnes à travers le monde. Rien que pour le conflit syrien, après trois ans de guerre, les Nations Unies estime qu'il y a près de 2,8 millions de réfugiés entassés dans des camps surpeuplés où règne l'insécurité. L'insalubrité de certains camps entraîne un risque majeur d'épidémies et l'accès aux services hospitaliers, aux médicaments et aux soins obstétricaux y deviennent des besoins absolument nécessaires à prodiguer. Les réfugiés qui ont tout quitté et sont totalement démunis, sont aussi fortement dépendant des services de santé.



« Lorsque nous avons dû fuir la zone, j'ai couru pour survivre, mais enceinte de huit mois ce fut le moment le plus difficile de ma vie. Une nuit, nous sommes montés dans un grand bateau avec 100 autres personnes parce que la sécurité ne s'améliorait pas. Le trajet dans de l'eau sale mélangée à des excréments fut horrible. Quand nous sommes arrivés, j'ai commencé à avoir des douleurs persistantes et ma mère m'a aidée à accoucher d'un garçon. »

Rhoda, 24 ans, enceinte et obligée de fuir à l'intérieur de son propre pays, le Soudan du Sud, théâtre d'une guerre civile.

33,3 millions de personnes dans le monde ont fui une zone de conflits, mais sont restées dans leur propre pays.

16,7 millions de personnes se sont réfugiées dans les pays limitrophes.

86% des réfugiés vivent dans des pays en voie de développement.

49% de patients afghans soignés dans quatre hôpitaux où MSF travaille ont dû faire face à des violences liées au conflit avant d'atteindre une structure de soins de santé.

SOLUTIONS

- Faire respecter le droit international qui interdit à tous belligérants de viser des structures de soins de santé.

- Faire respecter pleinement la mission médicale en garantissant la sécurité des patients, du personnel médical et des structures de santé.

- Garantir l'accès du personnel médical à l'ensemble des territoires touchés.

- Si besoin, créer des couloirs humanitaires afin d'évacuer les populations et leurs apporter les soins dont elles ont besoin.

UN AUTRE REGARD

2 MILLIONS

le nombre de visiteurs
lors d'une édition de la
Schueberfouer

OU

l'estimation du nombre
de femmes vivant avec une fistule
obstétricale en Asie et
en Afrique subsaharienne.

Les barrières culturelles peuvent rendre totalement inopérantes tous les efforts déployés pour améliorer la prise en charge de patients dans les pays en développement. Il peut s'agir par exemple de l'impératif de recourir à la médecine traditionnelle plutôt que d'aller se soigner dans un centre de santé en cas de maladie.

Le choix des recours thérapeutiques (centres de santé, guérisseur traditionnel, marabout, etc.) s'effectue selon diverses formes d'évaluation subjective de la qualité des structures de soins et de leur supposée capacité à traiter les maladies, non telles qu'elles sont médicalement définies, mais selon la manière dont elles sont ressenties et interprétées. En Afrique de l'Ouest, alors que l'épidémie d'Ebola fait des ravages, certains patients préfèrent consulter des guérisseurs afin de neutraliser l'influence maléfique du virus plutôt que de consulter le personnel d'un établissement de santé à proximité, intimement convaincus que les centres de traitement ne sont que des mouiroirs.

Faut-il en conclure que les patients se tournent vers la médecine traditionnelle par ignorance? Prenons pour exemple la prise en charge de patients atteints de VIH/sida. Contrairement à l'idée communément admise selon laquelle la culture des patients/des communautés déterminerait la

recherche de soins et l'accès tardif au traitement, les retards de prise en charge ou les réticences sont essentiellement dus à l'incapacité des institutions médicales à diagnostiquer le VIH/sida. Du médiocre diagnostic découle un traitement qui n'apporte pas le soulagement des symptômes souhaité et le manque de confiance accordée aux centres de soins. Cela influence alors le choix d'un traitement traditionnel comme alternative. Mais les résistances s'estompent généralement lorsque les patients sont convaincus de l'efficacité du traitement ou des mesures de précaution proposés.

Partout dans le monde, des malades atteints du VIH/sida, mais aussi par d'autres maladies qu'elles soient ou non contagieuses, sont cependant stigmatisés. C'est le cas des femmes souffrant d'une fistule obstétricale. Les fistules sont dues à des accouchements difficiles provoquant le déchirement des tissus entre l'appareil génital (vagin) et excréteur (vessie). Souffrant d'une incontinence permanente et souvent d'infertilité, ces femmes vivent dans la honte, sont stigmatisées et souvent rejetées par leur entourage. C'est aussi le cas des victimes d'agressions sexuelles. Les survivants de viol font face à un choix très difficile : solliciter un traitement qui implique de révéler ce qu'elles ont vécu et vraisemblablement être victime du rejet et de la stigmatisation ou garder le secret, ce qui peut affecter leur santé ou leur coûter la vie.



© Isabel Corthier

« J'étais partie chercher du bois à brûler pour ma famille lorsque trois hommes armés sont arrivés, m'ont attaché les mains et violée l'un après l'autre. Lorsque je suis rentrée chez moi, j'ai dit à ma famille ce qui s'était passé. Ils m'ont jetée dehors. J'étais fiancée à un homme et j'attendais avec impatience de me marier. Après mon viol, il a refusé de se marier et a annulé le mariage car selon lui j'étais maintenant déshonorée et salie. »

Jeune femme, 16 ans, Darfour Ouest.

61% des pays ont déclaré en 2012 disposer de lois contre la discrimination qui protègent les personnes vivant avec le VIH/sida.

120 millions de filles de moins de 20 ans, soit une sur 10 dans le monde, ont subi des violences sexuelles.

Plus de **2** millions de femmes souffrent de fistules obstétricales en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient.

SOLUTIONS

- Travailler avec les anthropologues pour mieux comprendre les mécanismes culturels qui ont un impact sur la santé et donc mieux comprendre les réticences.

- Lutter contre les préjugés et mettre en place une assistance psychosociale individualisée. L'assistance psychosociale peut-être assurée par des psychologues ou des assistants sociaux, ou

intégrée dans les soins de santé proposés par les médecins, les infirmières et d'autres membres du personnel soignant.

- Une écoute active est essentielle pour prendre en charge les personnes ayant connu un épisode traumatisant.

- Assurer la confidentialité et le respect de la vie privée dans les

services de santé.

- Identifier les différences culturelles et religieuses au sein d'une même population et dialoguer avec celle-ci afin de dégager des consensus entre les populations et les besoins médicaux.

- Informer et sensibiliser les populations sur les bonnes pratiques.

LE MANQUE D'INFRASTRUCTURES SANITAIRES OPÉRATIONNELLES

4

le nombre de stations
à essence pour
10.000 habitants au
Luxembourg

OU

le nombre de lits d'hôpitaux
pour 10.000 habitants
au Burkina Faso.

Beaucoup de pays en développement font face à un manque de densité des infrastructures sanitaires. Les hôpitaux sont souvent concentrés dans les grandes villes, et particulièrement dans les centres villes. Du coup, les zones à la périphérie des villes ou rurales en sont dépourvues.

Le recensement des lits d'hôpitaux est un indicateur de la disponibilité des services hospitaliers : cela permet d'avoir une appréciation à l'échelle globale de l'offre en services de santé, mais pas de la répartition inégale des infrastructures. En Europe, la population bénéficie de 53 lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants, contre 10 pour 10.000 en Asie du Sud-Est ou 8 pour 10.000 en Méditerranée orientale. L'importance des disparités géographiques à l'intérieur d'un pays, certaines zones pouvant ne pas avoir de centres de santé opérationnels contrairement à d'autres plus favorisées, est une réalité quotidienne pour les patients en attente de soins.

De plus, les établissements de soins de santé existant ne sont pas toujours opérationnels, à cause d'un manque de ressources en personnel de santé, de médicaments et de matériels essentiels, comme déjà évoqué précédemment.

Les systèmes de santé dysfonctionnels manquent principalement de cohérence et d'efficacité. Les services y sont fragmentés,

sous-financés et ne répondent pas de façon efficiente aux besoins de la population. L'accent y est mis de façon disproportionnée sur des offres étroites telles que des soins curatifs spécialisés au détriment de soins préventifs de base. Dans les pays à faible revenu, les soins primaires ne prennent en charge que quelques maladies courantes ou perçues comme prioritaires.

La priorité doit être portée sur une organisation et une gestion des services de santé qui s'adressent à une population qui a besoin de bénéficier de soins à un moment donné. Ceux-ci doivent être centrés sur la personne, d'un bon rapport qualité/prix et donner les résultats escomptés. De manière très concrète, il s'agit de savoir comment organiser les services de santé de telle sorte que tous ceux qui en ont besoin en bénéficient. Pour cela, de plus en plus de centres de santé offrent des soins de proximité pour un registre élargi à des pathologies relevant jusqu'alors de structures spécifiques.

Mais les conflits ou les catastrophes naturelles peuvent avoir un effet dévastateur immédiat ou différé sur les infrastructures de santé. Les installations sont endommagées ou détruites tandis que les personnels médicaux peuvent être portés disparus, blessés ou déplacés. Ceux qui restent sont alors sous-équipés et débordés.



© Nacho Hernandez

**« Ici, tout reste inachevé, à moitié terminé :
les structures d'assainissement, les bâtiments scolaires, les cliniques.
Cela signifie que l'eau potable
dont nous avons besoin n'est pas accessible gratuitement
et que nous ne disposons pas de soins de santé appropriés
dans notre région.
Beaucoup de médecins ont également fui la région
en raison des combats et de l'insécurité.
Personne ne veut venir travailler ici. »**

Un Afghan de 25 ans, habitant la Province de Baghlan.

41 des 49 pays les plus pauvres du monde ne pourront probablement pas financer leurs services de base sur leurs propres ressources intérieures d'ici 2015 (source OMS).

10 lits d'hôpitaux disponibles pour 10.000 habitants en Asie du Sud-Est

60 % des hôpitaux et **40 %** des établissements de soins ont été endommagés ou détruits en Syrie.

1.035 lits disponibles en Afrique de l'Ouest pour traiter les patients contaminés par Ebola, il en faudrait au minimum 4.707 (en date du 5 Novembre).

SOLUTIONS

- Améliorer l'opérationnalité des centres de soins qui existent déjà.

- Privilégier l'accès aux soins de santé primaires centrés sur les besoins des populations. Par exemple, inclure les antirétroviraux dans les soins primaires en Afrique du Sud, ou encore apporter une assistance psychosociale aux victimes de conflits.

- Concentrer les ressources disponibles sur des programmes donnant de meilleurs résultats sanitaires, notamment chez les plus démunis, grâce aux apports de la recherche.

- Encourager l'augmentation des dépenses publiques en soins de santé dans les pays en voie de développement.

- Accroître le financement extérieur, les pays les plus pauvres doivent pouvoir compter sur la solidarité internationale.

