

La santé publique en Amérique latine : un état des lieux

Miguel Lago

▶ **To cite this version:**

Miguel Lago. La santé publique en Amérique latine : un état des lieux. Les Études du CERI, 2021, 252-253, pp.85 - 99. 10.25647/etudesduceri.252-253.15 . hal-03578909

HAL Id: hal-03578909

https://sciencespo.hal.science/hal-03578909

Submitted on 17 Feb 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

La santé publique en Amérique latine : un état des lieux

par Miguel Lago

Fin mai 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifiait l'Amérique latine de nouvel épicentre de l'épidémie de coronavirus dans le monde[1]. Début septembre, la région comptait le plus grand nombre de victimes, avec un tiers des morts, alors qu'elle ne représente que 8 % de la population mondiale[2]. Pour la première fois, un virus occupe une place prépondérante dans une région entièrement composée de pays en développement, dont les capacités étatiques[3] sont moindres que celles des pays asiatiques et européens. La prévalence du virus sur le continent est due à la confluence tragique de trois tares endémiques dans la région : des inégalités sociales abyssales, le manque de capacité de l'Etat et un leadership politique défaillant.

La plupart des gouvernements d'Amérique latine ont réagi assez rapidement face à l'épidémie, si on les compare à leurs homologues européens. Ils ont eu le temps d'observer les décisions prises en Asie et en Europe, où l'épidémie a débuté, et ont pu concevoir et mettre en œuvre des politiques de manière relativement efficace. Au Pérou, par exemple, le confinement a été instauré le 16 mars[4] alors qu'il n'y avait que 86 cas confirmés, soit un jour après l'Espagne qui en comptait déjà 11 451. Le Chili, la Colombie, la Bolivie, l'Equateur, le Salvador et le Venezuela se sont également distingués par la mise en œuvre de confinements stricts dès le mois de mars[5].

L'Argentine, qui a connu le premier décès lié à la Covid-19 confirmé de la région[6], a initialement été un exemple en matière de contention du virus. Le 20 mars, à l'annonce du quatrième décès, le gouvernement a imposé un confinement national très strict. La politique d'isolement a été soutenue par des mesures telles que le versement d'un revenu d'urgence ou l'octroi de crédits à taux zéro pour les travailleurs indépendants. Trois mois plus tard, le pays comptait un peu plus d'un millier de morts et la courbe de contamination semblait maîtrisée.

Cependant, le nombre de cas confirmés de Covid-19 ne semble pas dépendre uniquement des politiques de distanciation sociale. Certains pays comme le Pérou n'ont pas réussi à contenir le virus en dépit de mesures d'isolement strictes. Ainsi, de bonnes décisions politiques n'ont pas suffi à pallier les profondes lacunes structurelles qui ont empêché certains citoyens de rester chez eux.

Procéder à un confinement en Amérique latine est bien plus ardu qu'en Europe. Dans une grande partie de la région, les ménages sont confrontés à d'énormes problèmes d'assainissement de base et d'approvisionnement en eau, ce qui complique la mise en œuvre des mesures

[1] « Pan American Health Organization response to Covid-19 in the Americas », 19 juin 2020 , **www.paho.org/en/documents/pan-american-health-organization-response-covid-19-americas**

[2] E. Gonzalez, L. Horwitz, P. Nagovitch, H. K. Sonneland et C. Zissis, *The Coronavirus in Latin America*, Americas Society/Council of the Americas, 2I octobre 2020, **www.as-coa.org/articles/coronavirus-latin-america**

[3] Capacité d'un Etat à mettre en œuvre effectivement des actions et des politiques publiques.

[4] « Coronavirus en Perú : Gobierno anuncia cuarentena obligatoria por 15 días por coronavirus », *Gestión*, 15 mars 2020.

[5] D. García Marco, « As vantagens relativas da America Latina no combate a pandemia », *BBC News Mundo*, 30 mars 2020 (**www.bbc.com/portuguese/internacional-52024934**).

[6] A. Wallace, « Que capacidad tienen realmente los paises de America Latina para hacer frente a la epidemia de Covid-19 », *BBC News Mundo*, 23 mars 2020, **www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51916767**

d'hygiène. A cela s'ajoute une forte densité de population, non seulement dans les agglomérations urbaines où vivent des populations vulnérables, mais aussi au sein des foyers. C'est le cas dans la favela da Maré, à Rio de Janeiro, où 24 % des habitants vivent à plus de quatre personnes par pièce. Une densité élevée accélère la transmission du virus, et la grande pauvreté de ces populations est génératrice de facteurs de risque pour la santé. En raison des fortes inégalités qui caractérisent la plupart des pays du continent, cette précarité s'accompagne de graves vulnérabilités économiques. Les politiques de distanciation sociale ne peuvent fonctionner que si les gens sont réellement en mesure de s'isoler. Dans des pays comme le Pérou ou le Brésil, où le taux d'informalité atteint respectivement 71 % et 41 %, arrêter de travailler pour rester chez soi n'est pas une option[7]. Au Pérou et en Equateur, les principaux pôles d'infection sont les marchés alimentaires, où convergent travailleurs des zones rurales et travailleurs urbains. L'absence d'alternative à l'offre entrave considérablement la possibilité de concevoir une politique efficace.

En ce sens, aucune politique de distanciation sociale ne peut se concevoir sans le versement d'un revenu minimum aux citoyens les plus vulnérables. Certains pays ont fait ce choix mais n'ont pas été en mesure de le mettre en œuvre en raison de leur capacité étatique défaillante. Au Pérou, la distribution de l'aide de 760 soles aux familles vulnérables a généré des files d'attente devant les banques, révélant ainsi les carences antérieures de l'Etat en matière de politiques sanitaires et sociales.

D'autres pays, pourtant en mesure de distribuer efficacement un revenu d'urgence, ont pâti d'un défaut de leadership. C'est le cas du Brésil, qui au cours des trois dernières décennies a développé une base de données permettant d'identifier et de localiser le tiers de la population le plus vulnérable du pays (soit quatre-vingts millions de personnes). De ce fait, la mise en œuvre d'une politique d'aide efficace permettant le respect de la distanciation sociale aurait dû être rapide et facile. Cependant, le président Jair Bolsonaro a longtemps refusé de s'y employer, jusqu'à ce que le Congrès l'y oblige fin mars. Puis le gouvernement a mis des semaines à appliquer cette décision, sans mettre à profit les compétences de son administration. Le Brésil comptait déjà plus de cent quarante mille morts en octobre 2020. De même, le Nicaragua a souffert du leadership défaillant de son président, principal responsable de la mauvaise gestion de la crise.

Les pays d'Amérique latine sont donc paralysés par ces trois problèmes chroniques, qui parfois se cumulent : des inégalités extrêmes, une capacité étatique défaillante et un mauvais leadership. La complexité des systèmes de santé des Etats de la région et leurs insuffisances systémiques doivent être analysées à la lumière de ces éléments de compréhension. L'étude de leurs réponses à l'épidémie de Covid-19 et de la capacité de leadership de leurs représentants politiques nous conduiront à émettre quelques recommandations en vue de perfectionner ces systèmes de santé.

[7] J. Chacaltana, « Rapid response to Covid-19 under high informality ? », International Labour Organisation, 2 juin 2020, **www.ilo.org/employment/units/emp-invest/informal-economy/WCMS_746116/lang--en/index.htm**

Les systèmes de santé de la région

Le droit à la santé en Amérique latine

A la différence de la puissance hégémonique du continent, la majorité des pays latino-américains conçoivent la santé comme un droit. En ce sens, l'Amérique latine est plus européenne que nord-américaine. Dans les pays hispanophones, où la tradition juridique est civiliste, le droit à la santé est inscrit dans la plupart des Constitutions[8]. En revanche, les Constitutions des pays anglo-saxons[9] n'en disent pas mot.

Parmi les pays d'Amérique latine qui garantissent le droit à la santé, le Brésil, l'Equateur, le Venezuela, Cuba, la Colombie, le Chili, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay et le Pérou reconnaissent son universalité, c'est-à-dire que toute personne a le droit d'accéder au système de santé. Néanmoins, comme pour de nombreux droits en Amérique latine, ce n'est pas tant sa reconnaissance qui pose problème que son effectivité. En définitive, seuls quelques pays assurent effectivement l'universalité du droit à la santé, et non sans rencontrer de graves problèmes de qualité et d'équité.

Un panorama épidémiologique complexe

Le discours politique relatif aux questions de santé a tendance à mettre l'accent sur les éléments constitutifs de l'offre de services de santé (hôpitaux, médecins, médicaments, etc.) et non de la demande (maladies, démographie, etc.). Pour mieux appréhender la genèse des systèmes de santé, il faut inverser cette logique en privilégiant une analyse des besoins sanitaires de la population, avant d'aborder les questions d'équipements et les actions de santé.

Le panorama épidémiologique latino-américain est plus complexe que celui d'autres régions du monde. Alors que dans les pays européens, les systèmes doivent répondre aux maladies chroniques non transmissibles, caractéristiques d'une population vieillissante, certains pays d'Afrique subsaharienne doivent affronter une plus ou moins forte prévalence de maladies infectieuses et transmissibles. Chaque catégorie de maladie requiert des actions de santé spécifiques. A cet égard, l'Amérique latine présente des traits caractéristiques de certains pays européens et de certains pays africains. Face à une population vieillissante, les pays de la région doivent s'équiper pour faire face aux maladies chroniques, et dans le même temps, la tuberculose, le virus Zika, la rougeole, entre autres, posent encore de graves problèmes de santé. En effet, en 2019, l'Amérique latine a battu son record historique concernant la dengue, avec plus de trois millions de cas signalés. En juin 2020, on recensait déjà 1,6 million de

[8] Le droit à la santé est reconnu dans les Constitutions des pays suivants : Bolivie, Colombie, Cuba, Chili, République dominicaine, Equateur, Salvador, Guatemala, Guyane, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Suriname et Venezuela.

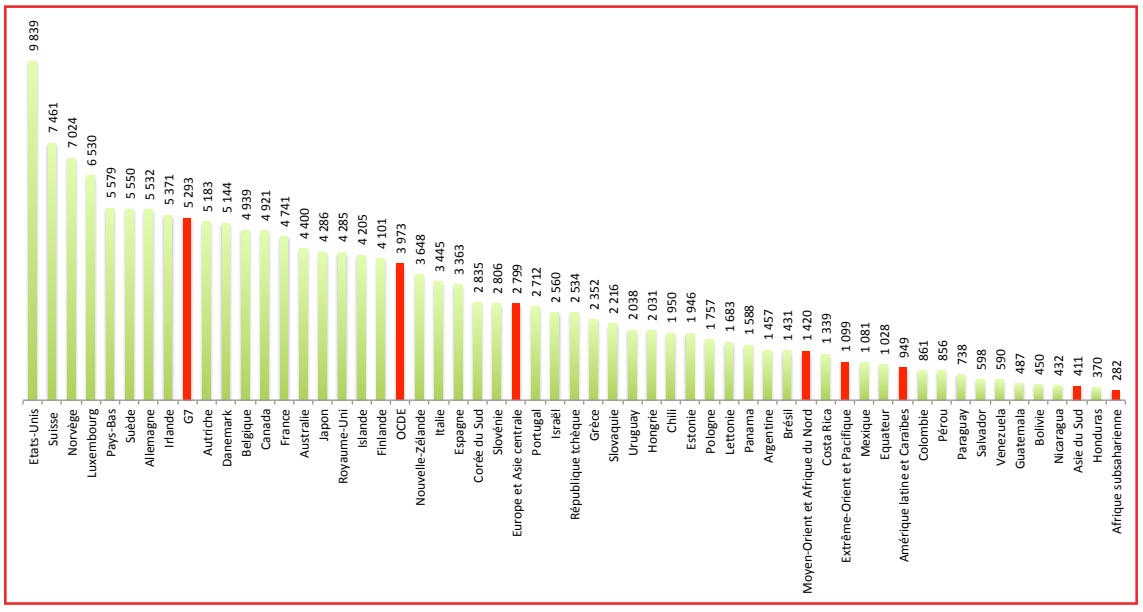
[9] Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Barbade, la Jamaïque, Trinité-et-Tobago.

cas[10]. Enfin, des « causes externes » – violence et accidents de transports – surchargent ces systèmes. En effet, l'Amérique latine est la région la plus violente au monde, avec près d'un tiers des homicides comptabilisés au niveau mondial, alors qu'elle ne représente que 8 % de la population totale.

Une offre de services limitée

Les gouvernements de la région font donc face à une demande de soin extrêmement diversifiée. Les systèmes de santé doivent être organisés afin de pouvoir prendre en charge simultanément maladies chroniques, maladies infectieuses et autres causes externes. Or en matière de santé, l'Amérique latine investit peu par rapport à d'autres régions où la situation épidémiologique est moins complexe. Selon une étude de l'Institute of Health Policy Studies (IEPS), les pays d'Amérique latine et des Caraïbes investissent dans la santé 949 dollars par habitant en moyenne (secteurs privé et public confondus)[11], soit presque quatre fois moins que les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ce montant est même inférieur à la moyenne des pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord.

Figure 4
Dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE et en Amérique latine en 2015 (données absolues)

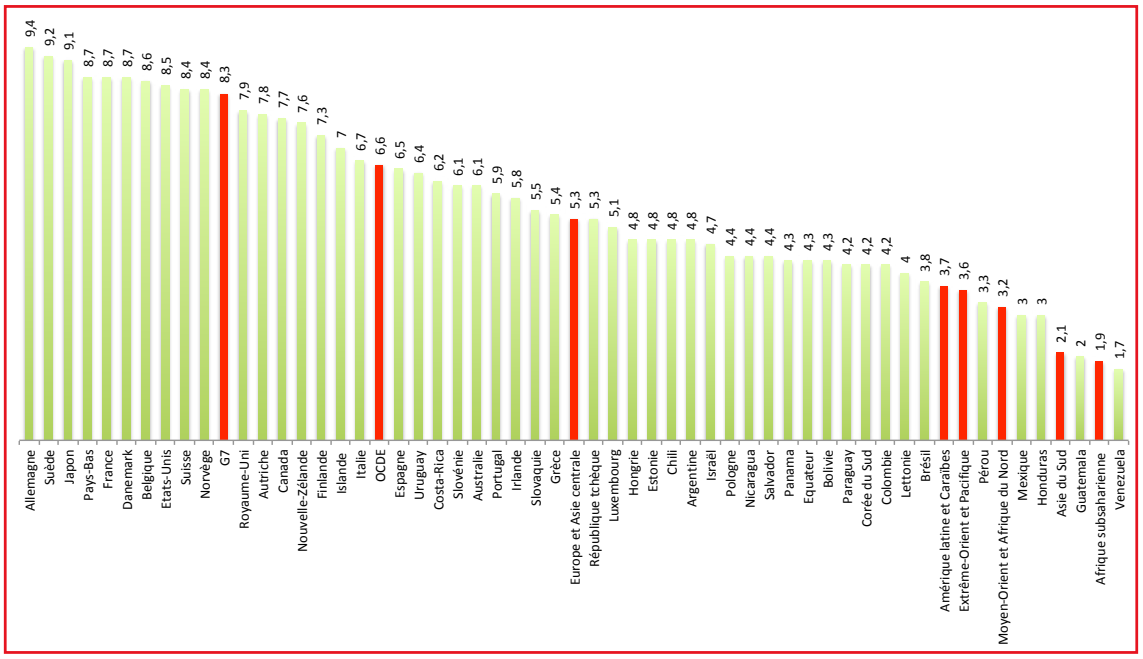


Source : R. Rocha, I. Furtado et P. Spinola, « Garantido o futuro da saude no Brasil : Necessidades de financiamento e projeção de gastos », Estudo Técnico n° 1, IEPS, octobre 2019.

[10] Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), « Casos de Dengue nas Americas chegam a 1,6 milhão, o que destaca a necessidade do controle de mosquitos durante a pandemia », 23 juin 2020.

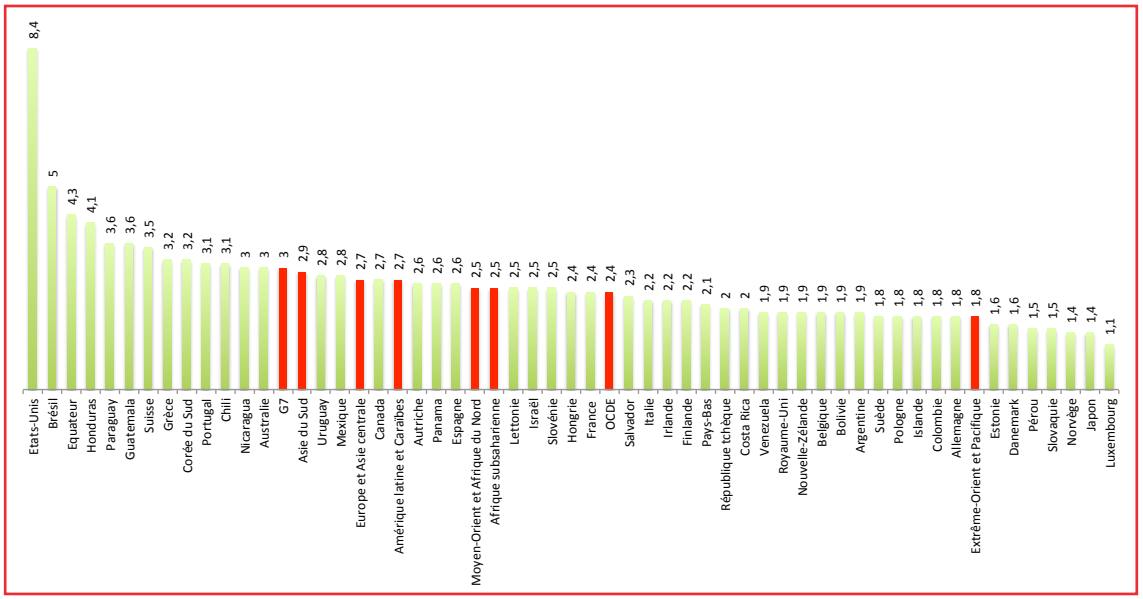
[11] R. Rocha, I. Furtado et P. Spinola, « Garantido o futuro da saude no Brasil : Necessidades de financiamento e projeção de gastos », Estudo Técnico n° 1, IEPS, octobre 2019, **https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Garantindo-o-Futuro-da-Sau%CC%81de-no-Brasil.pdf**

Figure 5
Dépenses de santé publiques en pourcentage du PIB en 2015



Source : R. Rocha, I. Furtado et P. Spinola, « Garantido o futuro da saude no Brasil.. », rapport cité.

Figure 6
Dépenses de santé privées en pourcentage du PIB en 2015



Source : R. Rocha, I. Furtado et P. Spinola, « Garantido o futuro da saude no Brasil... », rapport cité.

Les dépenses totales en santé (secteurs privé et public) représentent en moyenne 6,4 % du produit intérieur brut (PIB) – une valeur inférieure à la moyenne de l'OCDE (9 %). La santé ne semble pas être une priorité dans la région, ce que confirment les données présentées ci-dessus.

Ainsi, le Mexique consacre 3 % de son PIB à la santé publique, tandis que la moyenne des pays de l'OCDE est de 6,6 %. La moyenne de la région est presque moitié moindre : 3,7 % seulement. L'Italie, par exemple, alloue 6,7 % de son PIB à la santé publique. Dans les pays où les gouvernements ont obligation constitutionnelle de protéger la santé de leur population, la situation n'est pas meilleure : l'Equateur consacre 4,3 % de son PIB à la santé, contre 1,7 % au Venezuela, ou encore 3,8 % au Brésil, où les dépenses privées sont plus importantes que les dépenses publiques en dépit de l'existence d'un système public gratuit et universel pour deux cent dix millions d'habitants.

L'offre de services de santé en Amérique latine est donc largement insuffisante. La région souffre notamment d'importants déficits de main d'œuvre et d'équipements. En effet, on compte en moyenne deux médecins pour mille habitants[12], et la plupart des pays se situent en dessous de la moyenne de l'OCDE (3,5 pour mille habitants). Cuba est de loin le pays le mieux doté à cet égard (plus de huit pour mille[13]). L'Argentine, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay sont les seuls autres pays qui dépassent la moyenne de l'OCDE, avec plus de quatre médecins pour mille habitants[14]. A l'inverse, Haïti, le Honduras et le Guatemala ont le plus faible nombre de médecins (inférieur ou égal à 0,5 pour mille habitants).

C'est à Cuba également que l'on compte le plus d'infirmières (huit pour mille habitants), suivi de Saint-Vincent-et-les-Grenadines (sept pour mille). L'offre est beaucoup plus faible en Haïti, en Jamaïque, au Venezuela, au Honduras et au Guatemala (moins d'une infirmière pour mille habitants). En moyenne, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes disposent de moins de trois infirmières pour mille habitants, soit trois fois moins que la moyenne de l'OCDE (près de neuf pour mille).

En termes d'équipements, le Chili a le plus grand nombre de tomodensitomètres (vingt-quatre par million d'habitants), suivi par Antigua-et-Barbuda (vingt-deux)[15], mais ils restent en dessous de la moyenne de l'OCDE (vingt-sept). Saint-Vincent-et-les-Grenadines compte moins d'un tomodensitomètre par million d'habitants, tout comme Haïti et le Nicaragua. Aucun pays de la région n'atteint la densité d'unités de radiothérapie rapportée dans les pays de l'OCDE (sept unités par million d'habitants). L'Uruguay, le Suriname et la Barbade sont les trois seuls pays à compter plus de trois unités par million d'habitants, tandis que sept pays déclarent n'en avoir aucune. Compte tenu de cette situation générale, la réponse à la Covid-19 a été sévèrement handicapée en Amérique latine.

[12] Base de données de la Banque mondiale, **https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS**

[13] OECD/The World Bank, *Health at a Glance : Latin American and the Caribean in 2020*, Paris, OECD Publishing, 2020, **www.oecd-ilibrary.org/deliver/6089164f-en.pdf?itemId=/content/publication/6089164f-en&mimeType=pdf**

[14] *Ibid.*

[15] Ce chiffre s'explique en partie par la faible population du pays.

La réponse des pays a la Covid-19

Etat des lieux des réponses par pays

La quasi-totalité des pays d'Amérique latine ont rapidement pris des mesures très restrictives : l'Argentine a fermé ses écoles et a imposé un confinement, avec une aide financière suffisamment importante pour convaincre les gens de le respecter. Le Pérou a été le premier pays à imposer confinement et couvre-feu, et très peu de secteurs ont été autorisés à poursuivre leurs activités.

Le Brésil est l'un des rares pays à n'avoir pas pris de mesures drastiques alors que, paradoxalement, il était le seul à disposer d'une capacité étatique suffisante pour mettre en œuvre efficacement une telle stratégie. Le gouvernement aurait pu en adopter en mars, comme ses voisins, et mettre à profit deux de ses principaux outils pour les exécuter : le plus grand programme de soins de santé primaires au monde, la Stratégie de santé familiale (*Estratégia Saúde da Família*), et l'infrastructure capillaire de distribution massive d'aides sociales. Toutefois, de nombreux Etats et municipalités ont fini par adopter des mesures plus restrictives.

En Bolivie, Equateur, Argentine, Colombie, Pérou, Cuba, République dominicaine, Costa Rica, Salvador et Honduras, des peines de prison ont été prévues en cas de non-respect des mesures de sécurité ou de partage de fausses informations relatives à la pandémie. Le Paraguay et le Guatemala ont choisi quant à eux d'infliger des amendes aux contrevenants. Le Nicaragua n'a mis en place aucune mesure de sécurité[16].

L'Argentine a annoncé le 18 mars qu'elle allait construire huit hôpitaux d'urgence pour combattre le virus. Le Brésil a signalé de son côté l'ouverture de deux mille nouveaux lits d'unité de soins intensifs (USI), et a imposé le test Covid-19 comme procédure obligatoire dans les régimes d'assurance maladie pour les porteurs présumés. En outre, le 11 mars, il a été décidé de consacrer au moins un milliard de dollars à la lutte contre le virus. Environ cent quatre-vingt-cinq millions de dollars ont été transférés aux Etats et aux municipalités pour couvrir les heures supplémentaires dans les établissements de santé publique[17], répartis en fonction de la population de l'Etat. Le Chili a plafonné le prix du test Covid-19 à 30 dollars dans les établissements de santé privés. La Colombie a annoncé le 24 mars le déploiement virtuel d'environ deux mille cinq cents professionnels de la santé mentale pour soutenir les mesures nationales de confinement. Le Costa Rica a mis en place une réglementation des prix pour les gels hydroalcooliques, les désinfectants liquides et en spray, les savons solides ou liquides et les serviettes désinfectantes. La République dominicaine a annoncé qu'à partir du 7 avril, tous les travailleurs officiels (et leurs personnes à charge) dont le travail était perturbé par la crise continueraient à être inscrits au programme national d'assurance maladie

[16] « As vantagens relativas da America Latina », *BBC News Brésil*, 28 avril 2020, **www.bbc.com/portuguese/internacional-52248493**

[17] E. Gonzalez *et al.*, *The Coronavirus in Latin America*, *op. cit.*

familiale pendant les soixante jours suivants. L'Equateur a assuré la gratuité des tests Covid-19 pour toute personne présentant des symptômes. Le Panama a suspendu toutes les opérations chirurgicales non essentielles ainsi que les visites à l'hôpital à partir du 16 mars afin d'augmenter la capacité d'accueil de ce dernier. L'Uruguay a lancé une application mobile pour localiser les cas dans le pays et un site web dédié. Le 28 mars, il a également annoncé des mesures visant à stopper l'augmentation des violences sexistes pendant la quarantaine, notamment une campagne de sensibilisation dans les médias sociaux et grand public, une ligne téléphonique d'urgence et un protocole du ministère de la Santé pour le personnel chargé de détecter les cas de violence domestique[18].

En définitive, l'Amérique latine n'est pas demeurée inactive face au virus. Mais les problèmes structurels du continent ont posé d'importantes limites aux actions publiques.

Les inégalités sociales et la Covid-19

Les inégalités sociales et régionales endémiques des pays latino-américains ont contribué à la propagation du virus de façon décisive. Elles ont obéré le succès des confinements et le respect des mesures d'hygiène basiques. L'offre inégale de services de santé a favorisé l'expansion de l'épidémie à l'intérieur des pays.

Le coefficient de Gini le plus bas de la région est celui du Salvador (38,6) et le plus élevé est celui du Brésil (53,9)[19], alors que ceux des pays de l'OCDE (à l'exception du Mexique, de la Turquie et du Chili) sont inférieurs à quarante. En raison de ces inégalités, les réponses à la pandémie ont été contraintes par les effets néfastes de l'étranglement économique dû aux confinements et par les difficultés d'accès à la santé publique d'une grande partie de la population.

Les pays d'Amérique latine connaissent aussi de profondes inégalités géographiques qui impactent la mise en œuvre des politiques publiques. Au Brésil par exemple, l'accès aux structures essentielles qui en sont chargées se complique à mesure que l'on s'éloigne des grands centres urbains et des régions Sud et Sud-Est. Dans les régions Nord et Nord-Est, le manque d'infrastructures et l'isolement de certaines zones obligent leurs habitants à faire plusieurs jours de route pour atteindre un centre de santé ou une banque. La capacité limitée des systèmes de santé et les niveaux élevés d'informalité amplifient le défi que représente cette pandémie. Par ailleurs, les politiques publiques sont difficiles à appliquer en raison des caractéristiques de la population. Compte tenu du grand nombre de travailleurs informels ou indépendants, de larges pans de la population n'ont pu bénéficier des mesures visant les entreprises. Au Pérou par exemple, où plus de 70 % de la population travaille dans le secteur informel, des mesures d'aides requérant un compte en banque se sont avérées totalement inefficaces.

[18] OECD/The World Bank, *Health at a Glance…*, *op. cit.*

[19] Données Banque mondiale 2018, **https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SI.POV.GINI**

Dans certains pays, des dispositifs d'allocation préexistants ont été utilisés pour distribuer des fonds d'urgence. C'est le cas de l'Argentine, qui a augmenté les montants reçus par les bénéficiaires de l'Allocation universelle pour enfants, ou du Brésil, qui a revu à la hausse le nombre de bénéficiaires du programme Bolsa Familia, et octroyé une aide d'urgence d'environ 100 euros pour les populations les plus vulnérables. Cette stratégie de transferts directs a également été adoptée par le Paraguay, la Colombie, le Costa Rica, la République dominicaine, le Salvador, le Guatemala et le Pérou.

D'autres pays ont choisi de mettre en place des mesures de protection comme la suspension des paiements de services publics comme l'eau, l'électricité ou internet (Colombie, Mexique), la suspension des licenciements (Argentine), ou encore la distribution de biens de première nécessité (Honduras, Colombie, République dominicaine).

Au Brésil, record d'inégalités et de morts par Covid-19

Le Brésil a connu une hausse continue du nombre de personnes contaminées et de décès depuis le premier cas enregistré, le 25 février 2020. Il est depuis juin le deuxième pays au monde le plus endeuillé par la pandémie après les Etats-Unis. Il est également un cas unique pour analyser la propagation et l'impact de la maladie au regard des inégalités locales et de la diversité des contextes locaux.

En effet, la propagation de la Covid-19 a été corrélée aux conditions socio-économiques plutôt qu'aux vulnérabilités de la population en matière de santé. Plus les régions sont pauvres, plus les capacités hospitalières sont faibles. Au Brésil, la région du Nord connaît le taux de mortalité de la Covid-19 le plus élevé, suivie par le Nord-Est et le Sud-Est. A l'exception de la région Sud-Est, qui a connu le premier cas confirmé dans le pays, ce sont les Etats les plus vulnérables économiquement. On y observe une plus grande rareté des ressources hospitalières, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Le nombre de lits d'USI par habitant est environ deux fois plus élevé dans le Sud que dans le Nord, tous secteurs confondus. L'inégalité est encore plus grande en ce qui concerne les ressources humaines, comme en témoigne le nombre de médecins de soins intensifs par habitant[20], dont l'offre de main-d'œuvre est généralement inélastique à court terme.

L'importance du leadership dans la gestion de la crise

Dans une interview parue dans la *Folha de São Paulo*[21], l'épidémiologiste Marc Lipsitch, professeur titulaire de la TH Chan School of Public Health de l'université Harvard et l'une des principales références dans son pays, a démontré que le leadership est une variable qui doit être prise en compte pour évaluer la résilience des systèmes de santé. En effet, si nous

[20] L'IEPS estime que les Etats du Nord n'auraient plus de médecins disponibles si le taux d'infection atteignait 2 % de la population, tandis que les Etats du Sud-Est pourraient supporter un taux d'infection de 8 %.

[21] P. P. Corrales, M. Lago et F. Falbel, « Precisamos resgatar a ideia de que a ciência é apartidária, diz epidemiologista de Harvard », *Folha de Sao Paulo*, 6 septembre 2020.

observons par exemple l'indice de sécurité sanitaire mondiale créé en 2019 par l'une des plus prestigieuses écoles de santé publique au monde, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, et par le magazine britannique *The Economist*, on constate qu'il ne reflète pas la performance des réponses nationales à la pandémie. Cet indice classait en effet les Etats-Unis et le Royaume-Uni aux premiers rangs des pays les mieux préparés à une épidémie. La Chine ne figurait pas dans le top cinquante, ni le Vietnam et la Nouvelle-Zélande dans le top trente. A regarder l'évolution de la pandémie, le contraste entre les prévisions et la réalité est frappant. Selon le professeur Lipsitch, la crise a montré que le leadership, aux niveaux national et infranational, peut peser plus lourd que les dispositifs systémiques.

Ce constat ne signifie pas qu'un bon leadership suffit pour relever les défis que pose une telle crise sanitaire. Un pays sans infrastructure de santé demeurera un pays extrêmement vulnérable à une pandémie. Mais là où existe une capacité systémique, la qualité du leadership, en termes de respect de la science et de la recherche en matière de santé publique, mais aussi de planification stratégique et de coordination, peut l'emporter sur toutes les autres considérations. Ainsi, les Etats-Unis n'avaient aucun plan et la réponse au niveau national a été plus tactique que stratégique. Dès lors, le professeur considère que les futurs indices d'évaluation devront désormais tenir compte non seulement de la capacité de chaque pays à répondre à un tel événement, mais également de la capacité du gouvernement au pouvoir.

Le Brésil est l'un des cas les plus emblématiques d'un leadership défaillant auquel peut être imputé une catastrophe sanitaire. Outre les inégalités structurelles qui peuvent y être observées, le système de santé brésilien a été doublement entravé par le gouvernement fédéral : par l'incapacité du ministère de la Santé à en assurer la coordination et par les décisions du président de la République.

Depuis le début de la crise, la réponse officielle a été inconsistante. Les fréquents changements au sein de l'administration – trois ministres de la Santé se sont succédé en trois mois – ont engendré une instabilité administrative. Le ministère de la Santé n'a pas réussi à piloter le système de santé de manière cohérente et structurée, en tenant compte des particularités régionales.

Néanmoins, le Brésil est un pays fédéral où les gouvernements des Etats sont les principaux responsables des équipements de santé et disposent également de l'autonomie nécessaire pour mettre en œuvre des politiques de distanciation sociale. Chaque Etat a adopté des mesures pour aplanir la courbe des personnes contaminées et augmenter les capacités hospitalières. L'absence de coordination du gouvernement fédéral a conduit à des mesures hétérogènes dans le temps et l'espace. Toutefois, le système de santé a été activé par les gouvernements des Etats, chacun à sa manière, avec sa propre stratégie. Ils sont parvenus à répondre à la crise de façon non coordonnée.

Le second défi posé par le gouvernement fédéral a été le leadership exercé par le président de la République. Jair Bolsonaro a minimisé à plusieurs reprises la dangerosité du virus, s'est opposé avec vigueur aux mesures de distanciation sociale et a plaidé pour l'usage de l'hydroxychloroquine, un médicament sans effet prouvé. Il a encouragé ses compatriotes à retourner travailler et à descendre dans la rue pour le soutenir, ce qui a donné lieu à plusieurs rassemblements contre le Congrès et la Cour suprême.

Dans une situation telle qu'une pandémie, il existe des asymétries d'information entre le gouvernement et les citoyens. Ces derniers ne sont pas nécessairement conscients des implications d'une maladie ni des meilleures pratiques possibles pour la combattre. Une communication cohérente et efficace de la part des dirigeants est donc essentielle pour réduire ces asymétries. Or Jair Bolsonaro les a au contraire amplifiées en multipliant les messages confus, contradictoires. Il a encouragé les citoyens à contester les mesures imposées par les gouvernements des Etats. Si aucun lien de causalité n'a encore été établi, force est de constater que d'importants segments de la population ne les ont pas respectées.

La nécessaire structuration des systèmes universels

Quel système de santé après la pandémie ?

Les systèmes de santé sont remarquablement compliqués, mais nous pouvons les classer à l'aide de critères relativement simples. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les travaux de Katharina Böhm et ses collègues[22], et mobilisons trois questions : Qui établit le règlement ? Qui assure le financement ? Qui fournit les services de santé ? Pour chacune de ces questions, trois réponses sont possibles : l'Etat, les acteurs privés et les acteurs sociétaux (syndicats, grands employeurs et associations médicales, entre autres). En combinant ces critères, vingt-sept types de systèmes de santé peuvent théoriquement être établis. Toutefois, seuls quatre s'apparentent aux systèmes identifiés dans le monde : le système beveridgien, l'assurance maladie nationale, le système bismarckien et le modèle libéral.

Conçu au Royaume-Uni pendant la Seconde Guerre mondiale par Lord Beveridge, le système beveridgien s'est concrétisé en 1948 lorsque le ministre de la Santé Aneurin Bevan a fondé le National Health System (NHS). Il repose sur trois principes : une couverture universelle, un paiement au lieu de prise en charge et un service basé sur les besoins plutôt que sur la capacité de paiement. Ce système est financé par les impôts et se trouve dans une situation de quasi monopsone concernant l'embauche de professionnels de la santé. Ces derniers sont souvent employés par l'Etat, qui fixe et paie leurs salaires, en particulier dans les hôpitaux.

L'assurance maladie nationale (NHI) est une variante subtile du modèle beveridgien. Alors que l'Etat est toujours responsable de la réglementation et du financement du système, la prestation des services de santé est décentralisée et assurée par le secteur privé. Par conséquent, les Etats financent des praticiens et des organisations privés, souvent sans but lucratif, pour fournir les services de santé dus à leurs citoyens.

Le système bismarckien est le plus ancien système de santé, et l'un des plus répandus dans les pays développés. Il est né dans la Prusse du XIX^e siècle, avec l'obligation faite aux employeurs de

[22] K. Bohm *et al.*, « Five types of OECD healthcare systems : Empirical results of a deductive classification », *Health Policy*, Vol. 113, n° 3, 2013, pp. 258-269.

fournir une assurance maladie à leurs employés. Dans ce modèle, la réglementation peut être établie par l'Etat ou par les partenaires sociaux, mais le financement est assuré par les travailleurs et la prestation des soins est principalement privée (sans but lucratif). Ce modèle met l'accent sur la réciprocité et les obligations mutuelles. Il bénéficie aux travailleurs du secteur formel, mais peut marginaliser les chômeurs et les travailleurs informels sans l'intervention active de l'Etat.

Enfin, le modèle libéral est un système intrinsèquement fragmenté combinant un système privé fort et certaines caractéristiques des systèmes beveridgien ou bismarckien. Dans un système privé, les acteurs privés s'engagent dans des échanges de santé convenus d'un commun accord sans intervention active de l'Etat ou de la société, au-delà de la fourniture d'un cadre juridique et réglementaire général. Bien que souvent décrit comme un système privé, le modèle libéral, mis au point par les Etats-Unis et reproduit par certains pays d'Amérique latine, se caractérise plutôt par la coexistence de systèmes de santé parallèles. Par exemple, aux Etats-Unis, le département des Anciens combattants offre des soins de santé de type beveridgien pour les anciens combattants, gratuits, avec des hôpitaux publics et des professionnels de santé publics. Dans le même temps, Medicare prend en charge les personnes âgées, entre autres, dans le cadre d'un système national d'assurance maladie similaire au modèle canadien, où les patients peuvent choisir leurs prestataires privés.

Comme en tout autre domaine, l'élaboration des politiques de santé s'ancre dans l'histoire et la culture des Etats. Analyser le système de santé adopté par chaque pays à l'aune de leurs caractéristiques peut nous aider à comprendre ses avantages et ses contraintes socio-économiques. Le modèle beveridgien prévaut au Royaume-Uni, dans les pays scandinaves – où l'on trouve des Etats forts et des sociétés relativement égalitaires – et dans la péninsule ibérique – l'Espagne et le Portugal ayant adopté ce modèle des décennies après la création du NHS britannique. L'assurance maladie nationale (NHI) est principalement adoptée par les anciennes colonies britanniques, notamment le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Irlande. Enfin, le système bismarckien est plus populaire en Europe (particulièrement en Allemagne, en France, aux Pays-Bas et en Belgique), ainsi qu'en Asie orientale (au Japon et en Corée du Sud par exemple).

A l'exception de Cuba, les pays d'Amérique latine ont opté pour des systèmes hybrides qui combinent les caractéristiques des trois grands modèles : le système LBB (Libéral-Bismarck-Beveridge) ou le système LB (Libéral avec Beveridge). Dans les deux cas, à chaque strate sociale correspond un modèle. Dans la première, les plus riches jouissent du modèle de santé libéral : il peuvent avoir librement recours aux services de santé souhaités et paient à l'acte. Les classes moyennes bénéficient quant à elles du système bismarckien, c'est-à-dire que les caisses ou structures syndicales proposent des offres de services de santé aux travailleurs formels. Cela veut dire que chaque catégorie de travailleurs a accès à un système propre de santé qui lui est exclusivement dédié. Les cas des « œuvres sociales » (*obras sociales*) en Argentine et au Mexique sont une bonne illustration de ce fonctionnement. Enfin, pour les classes plus pauvres, le système beveridgien : elles ont accès aux équipements de santé étatiques. Dans certains pays comme la Colombie ou l'Uruguay, les personnes ayant recours aux systèmes privé ou bismarckien ne peuvent être traitées dans le public. Ce système hybride génère d'importants problèmes d'inégalité et limitent sérieusement la couverture sanitaire

universelle. Dans la combinaison LB, particulièrement privilégiée au Brésil, les 22 % les plus riches recourent au modèle libéral, tandis que le reste de la population relève du système beveridgien. En plus d'une sélection adverse importante dans le cas de l'assurance maladie, le secteur public se caractérise par d'importantes files d'attente. L'inégalité se manifeste par le fait que les dépenses liées au modèle libéral sont en moyenne six fois plus élevées que celles liées au modèle beveridgien. Enfin, il convient de noter que les deux systèmes favorisent une fragmentation des services (en particulier la LBB), ce qui empêche toute prise en charge intégrée de la population et la constitution d'un réseau de services de santé efficace.

Le système de santé unifié brésilien, un exemple régional

En dépit de sa gestion chaotique de l'épidémie et des fortes inégalités inhérentes au modèle LB, le système de santé public brésilien demeure un exemple régional à suivre. Au Brésil, la santé est un droit universel et relève de la responsabilité de l'Etat. La couverture médicale universelle y a été instituée avec la création du système de santé unifié (Sistema Único de Saúde, SUS) en 1990, dans le but d'améliorer les résultats en matière de santé et de réduire les inégalités d'accès aux soins. Malgré un sous-financement chronique et une gouvernance régionale fragile, le SUS a atteint ses objectifs. Ces progrès se sont accompagnés d'une amélioration de la couverture de l'assistance sociale et des systèmes d'information qui permettent de cibler les plus vulnérables en temps utile. Ainsi, le pays assure un accès quasi universel aux services de soins de santé à l'ensemble de sa population. En 2013, 95 % des Brésiliens affirmaient avoir accès à des services de santé.

Le SUS incarne une ambition énorme. Le Brésil est aujourd'hui le seul pays de plus de deux cent millions d'habitants à disposer d'un système universel de santé, occupant ainsi la vingt-deuxième position (devant l'Italie, la Chine et une bonne partie de l'Europe centrale) dans le classement universel de la Johns Hopkins University qui mesure la résilience des systèmes de santé[23]. Si cette capacité étatique avait été utilisée à bon escient pour lutter contre l'épidémie, le Brésil aurait peut-être pu éviter la catastrophe sanitaire. Le virus est arrivé en Amérique latine assez tardivement, laissant un peu de temps aux gouvernements pour tirer les premières leçons des expériences européennes et asiatiques et s'organiser en conséquence. Le Brésil est l'un des rares pays à ne pas avoir pris de mesures radicales et, paradoxalement, le seul à disposer d'une capacité étatique suffisante pour les mettre en œuvre efficacement, notamment grâce à deux outils : le plus vaste programme de soins de santé primaires au monde et son infrastructure capillaire de distribution massive d'aides sociales.

Au Brésil, les soins de santé primaires relèvent de la responsabilité des municipalités, qui disposent à cet effet de professionnels de la santé de niveau intermédiaire et de plus de deux cent cinquante mille agents de santé communautaires[24] qui jouissent de la confiance des

[23] Global Health Security Index, Johns Hopkins University, **www.ghsindex.org/**

[24] Selon l'OIT, ces agents « assurent l'éducation sanitaire, la référence, la prévention et la prise en charge des cas, et le suivi ainsi que les visites à domicile dans des communautés déterminées. Ils apportent soutien et assistance aux personnes et aux familles pour qu'elles s'orientent dans les systèmes de santé et de services sociaux ».

communautés dans lesquelles ils opèrent. Cet élément est un facteur crucial à la fois pour diffuser des informations utiles et pour susciter une plus grande adhésion aux politiques mises en œuvre, car ces agents locaux se déplacent chez les patients difficiles à atteindre. En outre, ils ont une connaissance spécifique des conditions locales, ce qui en fait des atouts de choix pour mener des campagnes d'information visant à promouvoir une bonne hygiène et une distanciation sociale lorsque cela est possible, mais aussi pour collecter des données sur les symptômes, présélectionner les patients qui auraient besoin de tests et rechercher des cas contacts lorsque l'identification des symptômes est précoce. Les municipalités fournissent également des installations médicales qui peuvent être converties en centres de dépistage stratégiques pendant l'épidémie. Associé à des politiques efficaces de dépistage préalable et de recherche des contacts, ces dispositifs peuvent réduire considérablement le coût des tests et la quantité de kits de dépistage nécessaires.

De plus, les succès du Brésil en matière de programmes de transfert de fonds tels que la Bolsa Família[25] ont conduit le gouvernement fédéral à mettre en place un registre national des familles vivant dans la pauvreté et l'extrême pauvreté appelé « registre unique » (*cadastro unico*). Les informations contenues dans cette base de données pourraient rapidement fournir aux décideurs de précieuses données pour élaborer des politiques publiques efficaces : géographie des vulnérabilités, nombre d'habitants par domicile, etc. Elles peuvent également permettre de distribuer facilement une aide financière d'urgence aux populations souffrant déjà de difficultés économiques.

Le Brésil aurait pu démontrer aux pays en développement les bienfaits d'une capacité étatique forte en période de crise. A l'inverse, il a administré la preuve qu'aucune ne pouvait combler les lacunes d'un gouvernement incompétent.

Promouvoir des systèmes publics et intégrés

L'Amérique latine doit initier une transformation de ses systèmes de santé. Si les sociétés latino-américaines souhaitent bénéficier d'un système de santé plus accessible, équitable et efficace, les dépenses de santé publique doivent être significativement revues à la hausse pour garantir une couverture universelle. Le modèle prédominant dans la région ne satisfait pas dans la pratique le droit à la santé que les Etats accordent légalement à leurs citoyens. En augmentant la participation de l'Etat à la santé, les pays d'Amérique latine convergeraient vers les modèles dominants de par le monde. Cependant, il est urgent d'agir rapidement : depuis le début du siècle, les progrès en matière de santé publique ont été inégaux et, dans l'ensemble, relativement lents.

En outre, l'expérience des Etats-Unis suggère un sentier de dépendance où les décisions du passé conditionnent et condamnent en quelque sorte ce pays à entretenir un modèle trop cher, de mauvaise qualité et très inégal. Environ trente millions de citoyens américains ne disposent d'aucune couverture sanitaire, alors que 60 % de la population estime que le

[25] La Bolsa Familia est un des plus importants programmes de transfert de revenu qui bénéficie à plus de quarante millions de Brésiliens.

gouvernement devrait garantir l'accès à la santé. Plus les systèmes hybrides seront consolidés, faisant la part belle au secteur et à l'assurance privés, plus grand sera l'intérêt des assureurs, des entreprises et des professionnels privés à préserver le *statu quo*.

Pour infléchir cette trajectoire, la région doit renforcer la santé publique pour tendre vers un système beveridgien ou bismarckien, avec des dispositifs dédiés aux personnes sans emploi et aux travailleurs informels. Pour ce faire, l'Etat doit accroître considérablement ses investissements en matière de santé. En Amérique latine, comme aux Etats-Unis, seulement 52 % des dépenses de santé sont publiques, alors que ce taux s'élève à 80 % dans les pays ayant opté pour le système beveridgien et à 70 % dans ceux ayant choisi le système bismarckien. L'augmentation des dépenses publiques serait compensée par une diminution du coût général des soins de santé. Empiriquement, les coûts administratifs sont plus élevés dans les systèmes plus fragmentés. Ce gain économique s'accompagnerait de meilleurs résultats et d'une plus grande équité, comme le montre la comparaison entre le modèle hybride américain et les modèles beveridgien et bismarckien d'autres pays riches. Par exemple, les Etats-Unis, avec un modèle hybride, dépensent deux fois plus pour la santé que la moyenne des pays de l'OCDE (17 % de leur PIB contre 8,8 %), mais présentent une mortalité infantile plus élevée et une espérance de vie inférieure[26]. Augmenter le financement et la couverture effective de tous les citoyens latino-américains ne signifie pas proscrire le secteur privé : la prestation de services peut être privée avec un financement public, comme au Canada.

La pandémie a révélé la fragilité des systèmes de santé en Amérique latine, mais elle peut constituer une opportunité pour redéfinir leur conception et leur structure. Les gouvernements doivent investir davantage afin de réduire la part du secteur privé, et gagner ainsi en efficacité, en qualité et en équité.

[26] United Health Foundation, *America's Health Rankings Annual Report 2018*, **www.americashealthrankings.org/learn/reports/2018-annual-report/findings-international-comparison**

Pour citer ce chapitre : Miguel Lago, « La santé publique en Amérique latine : un état des lieux », in O. Dabène (dir.), *Amérique latine. L'année politique 2020/Les Etudes du CERI*, n° 252-253, janvier 2021 [en ligne : **www.sciencespo.fr/ceri/fr/papier/etude**].