

SUR LE DOS DES MALADES, OU COMMENT LE PAIEMENT DIRECT DES SOINS PAR LES PATIENTS ENTRAINE L'OBJECTIF DE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Décembre 2017



© Marta Sobczynska



TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
PARTIE I : CONTEXTE	4
Ambitions et moyens pour la mise en place de la CSU	4
Païement direct des soins par les patients : un retour en arrière inquiétant	5
PARTIE II: RÉALITÉ SUR LE TERRAIN - LE PAIEMENT DIRECT DES SOINS PAR LES PATIENTS ET LES OBJECTIFS DE CSU	7
Le retour des soins payants malgré les engagements d'atteinte de la CSU	7
Vers la fin des exemptions de frais pour les personnes nécessitant des traitements contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ou pour les femmes enceintes et les enfants ?	10
Vers la fin de la gratuité des soins pour les personnes touchées par les conflits, les épidémies et les crises ?	12
PARTIE III: QUELLES IMPLICATIONS POUR LES PATIENTS ET LA CSU, ET QUE PEUT-ON FAIRE POUR AMÉLIORER LA SITUATION ?	15
CONCLUSION	17

SYNTHÈSE

Le paiement direct des soins par les patients (communément appelé *user fees* en anglais) entraîne une faible utilisation voire une exclusion des services de santé, rend l'évaluation des besoins des personnes et des risques d'épidémie plus compliquée, et paupérise de nombreux foyers. Les groupes vulnérables sont les plus touchés. Ces dix dernières années, de nombreux pays ont abandonné leurs politiques de soins payants pour les remplacer par des initiatives de gratuité pour tous ou pour certains groupes de population, tels que les femmes enceintes, les enfants et les personnes souffrant de maladies spécifiques.

L'ensemble des pays à l'échelle mondiale se sont engagés à atteindre la mise en place de la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici 2030, en ce inclus « une protection contre les risques financiers, et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable »¹. Dans cet esprit, il semble logique que la gratuité des soins soit placée au centre des politiques de CSU.

Toutefois, la réalité observée sur le terrain par les équipes de Médecins Sans Frontières (MSF) contraste fortement avec le discours tenu sur la CSU². Plutôt qu'une amélioration de l'accès aux soins, MSF est témoin d'une tendance vers :

- La réintroduction du paiement des soins et autres paiements directs par les patients dans le cadre de stratégies nationales de financement de la santé
- Une réduction des engagements et des protections assurés par les exemptions de frais applicables jusque-là, tels que ceux destinés aux :
 - populations affectées par des conflits, des épidémies ou d'autres crises
 - patients nécessitant des traitements sur le long terme (parfois à vie), ininterrompus ou répétés, ainsi que ceux nécessitant des services de santé prioritaires tels que les traitements contre le VIH, la tuberculose, le paludisme, ou encore les soins de santé maternelle et infantile
- Un manque d'engagement et de soutien pour la mise en oeuvre des politiques de gratuité des soins permettant de garantir à la fois l'accès ainsi qu'une couverture suffisante des besoins de santé des populations.

1 Objectif 3.8 de l'Objectif de développement durable (ODD) 3 sur la santé : <http://www.globalgoals.org/fr/global-goals/good-health/>

2 Au moment de l'adoption des ODD en 2015, MSF avait déjà mis en exergue la différence entre la réalité des besoins des populations et les ambitions des ODD en matière de santé : <https://msf.lu/fr/actualites/focus/objectifs-de-developpement-durable>

Dans la plupart des cas, les changements de politiques proposés coïncident avec la réduction attendue ou annoncée des fonds internationaux dédiés à la santé, ainsi qu'avec les pressions exercées sur les pays afin qu'ils mobilisent de manière accrue leurs ressources nationales pour financer le secteur de la santé. Ce discours domine actuellement les politiques de santé mondiales, malgré le fait que de nombreux gouvernements ne disposent pas des ressources ou des capacités nécessaires pour fournir dans le temps imparti ces services de santé sans le maintien des aides internationales. Or, à défaut de pouvoir fournir ces services, les avancées précédentes en matière de CSU sont compromises, et sa mise en place risque d'en pâtir.

Il a été démontré à multiples reprises que le paiement direct des soins par les patients dans les pays à faibles ressources et/ou dans les zones en situation de crise ou de conflit exclut ou dissuade les malades de se rendre dans les centres de santé, diminuant ainsi la qualité des services et accroissant la pauvreté et la prévalence des maladies. En effet, ces constatations font écho à la réalité observée sur le terrain par MSF, dont le présent document fournira plusieurs exemples par la suite. Toutefois, les mesures concrètes permettant d'atténuer les effets négatifs de ces *user fees* ne reçoivent pas suffisamment d'attention dans les plans de CSU actuels.

Si la communauté internationale en matière de santé souhaite réellement instaurer la CSU et ne « laisser personne pour compte » (*Leave No One Behind*), l'accès gratuit des patients aux médicaments et services essentiels doit être une priorité. Sans cette première étape, les patients affligés des besoins médicaux les plus importants continueront d'être privés de soins de santé essentiels et de rencontrer des difficultés financières.

QU'EST-CE QUE LE « PAIEMENT DIRECT DES SOINS DE SANTÉ PAR LES PATIENTS » OU *USER FEES* ?

- Le « paiement direct des soins par les patients » (*user fees* en anglais) désigne le règlement par les patients de services de santé et/ou de médicaments sur le lieu de fourniture des soins de santé en question.
- Les barrières financières supplémentaires aux soins comprennent les frais de transport et de nourriture, ainsi que les coûts liés aux personnes qui accompagnent les patients et s'en chargent
- La somme totale de ces frais de santé déboursés par les patients sont communément appelés les paiements « out-of-pocket » (ou OOP).

Malgré les nombreuses preuves démontrant que le recouvrement des coûts basé sur les soins payants imposés aux patients constituent un mode inefficace et inéquitable de financement de la santé, plusieurs acteurs clés du secteur au niveau mondial tolèrent ou prônent ces paiements directs, voire poussent à leur réintroduction.

PARTIE I :

CONTEXTE

Il y a plus de dix ans, MSF a mené plusieurs enquêtes mettant en exergue le fardeau que le paiement direct des soins par les patients faisait peser sur la vie des personnes vulnérables dans différents contextes de crise et de conflit, ainsi que dans certains pays stables mais aux ressources limitées³. Les résultats de ces recherches ont montré que les soins payants entraînaient une faible utilisation des structures de santé, une exclusion des soins (surtout en temps opportun), et un accroissement de la pauvreté, contraignant ainsi de nombreuses personnes à renoncer aux traitements ou à opter pour des solutions moins efficaces. Dans les six pays sondés (Burundi, Sierra Leone, République démocratique du Congo, Tchad, Haïti et Mali), 30 à 60% des personnes nécessitant des soins faisaient face à des barrières financières. Les systèmes d'exemption de frais basés sur l'évaluation des capacités à payer des personnes (critères d'éligibilité au statut d'indigent ou non) se sont avérés inefficaces car ils ne bénéficiaient qu'à 1 à 3,5% des populations. D'autres systèmes de paiement imposant le règlement de frais « modestes » (ex. tarifs forfaitaires faibles) n'ont pas non plus permis d'améliorer efficacement la couverture des besoins de santé essentiels, en particulier des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables. Inversement, l'abolition de la contribution financière aux soins pour d'importants groupes de population a entraîné une augmentation rapide de l'utilisation des services de santé et de la couverture des soins de santé essentiels⁴.

Alors que plusieurs autres ONG et instituts de recherche parvenaient aux mêmes conclusions, soixante organisations clés de la société civile (dont MSF) ont décidé de s'associer pour demander aux dirigeants mondiaux d'agir afin que soit instaurée la gratuité au point de fourniture des soins dans les pays pauvres⁵. Les actions de plaidoyer de ces organisations s'inscrivaient dans une démarche académique et de terrain permettant, sur bases des preuves récoltées auprès des populations, de remettre en question les arguments en faveur de la participation financière des patients. À la fin des années 1980, ces paiements directs des soins avaient été justifiés par un manque de ressources financières dans le secteur de la santé publique dans les pays à faible revenu, et introduits en tant que partie intégrante des programmes d'ajustement structurel de la Banque mondiale et autres acteurs. Plutôt que de permettre un recouvrement des coûts

et de décourager un recours « excessif » aux services de santé, le paiement direct des soins par les patients n'a fait que « punir les pauvres »⁶.

Le concept de gratuité des soins a commencé à gagner en popularité, non seulement dans les pays en développement, mais aussi au sein des agences de développement international⁷. Certaines figures politiques importantes, telles que le Premier ministre britannique, la directrice générale de l'OMS ou le président de la Banque mondiale, ont publiquement adopté le concept en 2009 lors d'une Assemblée générale des Nations unies⁸. De nombreux décideurs politiques d'Afrique subsaharienne ont opté pour des politiques d'exemption des frais de santé et de réduction des barrières financières aux soins, notamment pour les populations vulnérables et les interventions vitales, et ont commencé à chercher d'autres sources de financement pour leur secteur santé⁹. Plus ambitieux encore, en 2015, les 193 États membres des Nations unies se sont engagés à atteindre la CSU d'ici 2030 dans le cadre des Objectifs de développement durable (ODD) en matière d'accès à la santé, en ce inclus un accès ne mettant pas les personnes dans une situation financière difficile¹⁰.

AMBITIONS ET MOYENS POUR LA MISE EN PLACE DE LA CSU

Selon l'OMS, la mise en place de seize ODD relatifs à la santé dans 67 pays à faibles et moyens revenus (qui représentent 75% de la population mondiale) nécessiterait de nouveaux investissements croissant au fil des années, passant annuellement de 134 milliards de dollars à 371 milliards de dollars (soit 58 dollars par personne) d'ici 2030¹¹. Cela permettrait d'éviter 41 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans et vingt millions de décès liés à des maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète ou le cancer. L'espérance de vie augmenterait d'environ 3,1 à 8,4 années, ajoutant 535 millions d'années de vie en bonne santé dans les 67 pays en question¹². Ces prévisions reposent sur le

3 MSF, « Sans argent, pas de soins -L'impact des soins payants sur la santé », mars 2008. <http://fieldresearch.msf.org/msf/bitstream/10144/49428/1/Sans+argent+pas+de+soins.pdf>

4 Ponsar, F. et al. No cash, no care: How user fees endanger health—lessons learnt regarding financial barriers to health care services in Burundi, Sierra Leone, Democratic Republic of Congo, Chad, Haiti and Mali (Sans argent, pas de soins : L'impact des soins payants sur la santé – Enseignements tirés des entraves financières aux services de santé au Burundi, au Sierra Leone, en République démocratique du Congo, au Tchad, en Haïti et au Mali), *International Health*, Volume 3, 2de édition, 1er juin 2011. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2011.01.002>

5 « Your money or your life –Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries? » (L'argent ou la vie – Les dirigeants sont-ils prêts à agir maintenant pour sauver des vies et rendre les soins de santé gratuits dans les pays pauvres ?), 2009. Rapport publié sous la direction d'Oxfam international et signé par soixante organisations, y compris MSF. Disponible sur : <http://oxfamlibrary.openrepository.com/oxfam/handle/10546/115075>

6 Déclaration prononcée à plusieurs reprises par le Dr. Margaret Chan durant son mandat à la tête de l'OMS.

7 Dkhimi, F. et al., User Fee Exemption Policies (Politiques d'exemption du paiement direct des soins par les patients), *BMC Health Services Research*, 15, 2015, suppl. 3:11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-11>

8 Yates, R. Universal health care and the removal of user fees (Couverture sanitaire universelle et retrait du paiement direct des soins par les patients), *Lancet* 2009;373:2078–81. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60258-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60258-0)

9 Ridde, V. From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies (De l'institutionnalisation du paiement direct des soins par les patients à son abolition en Afrique de l'Ouest : une histoire de projets pilotes et de politiques publiques), *BMC Health Services Research*, 15 (2015), suppl. 3: S6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>

10 L'Assemblée générale des Nations unies a adopté les ODD en 2015. Pour plus d'informations, voir : <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/summit>

11 OMS, L'OMS estime les coûts pour atteindre les cibles sanitaires mondiales d'ici 2030 (consulté le 13 novembre 2017) : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/cost-health-targets/fr/>

12 *Ibid.*

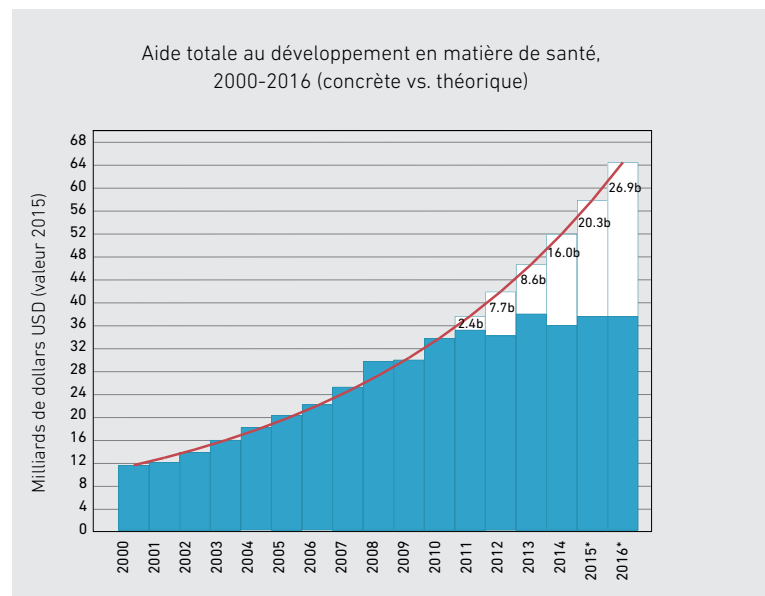
principe que 85% des coûts pourraient être couverts par les ressources nationales. Toutefois, 32 des pays les plus pauvres feraient face à un déficit annuel de financement de 54 milliards de dollars, et nécessiteraient donc toujours une aide extérieure¹³.

Toutefois, les tendances récentes en matière d'aide internationale et de financement de la santé divergent de ces ambitions. Vers la fin de l'ère des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD, pour la période 2000-2015), les fonds internationaux dédiés à la santé ont plafonné. Après une décennie de croissance annuelle de l'aide au développement à la santé de 11,4% en moyenne entre 2000 et 2010, cette aide n'a plus augmenté que de 1,8% par an entre 2010 et 2016. Si le taux de croissance précédent avait été maintenu, 82 milliards de dollars supplémentaires auraient été mis à la disposition des pays entre 2010 et 2016¹⁴.

Ces dernières années, les *Global Health Initiatives* ou « initiatives mondiales dans le domaine de la santé » telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), ont de plus en plus de mal à tenir leurs engagements et à conserver un soutien suffisant des bailleurs internationaux. Le fonds est sous pression pour optimiser ses ressources financières et accroître son efficacité ; il lui est demandé « d'en faire plus avec les mêmes ressources ». Dans le même temps, il est censé contribuer davantage à l'élaboration de « systèmes de santé durables », ce qui peut avoir un impact sur son objectif stratégique de sauver des vies et réduire la morbidité à court terme. Du fait de la stagnation des fonds attribués par ses bailleurs, le Fonds mondial et d'autres organismes de financement, tels que Gavi (l'Alliance du vaccin), ont restreint leurs critères d'éligibilité et leurs procédures d'attribution, entraînant ainsi d'importantes réductions de financement dans certains pays.

En outre, certains pays voient leur revenu national brut (RNB) augmenter et passer ainsi le seuil du statut de pays à revenu moyen, ce qui réduit leurs chances d'éligibilité auprès des agences de financement internationales. Et pourtant, lesdits pays hébergent plus de 70% des populations les plus pauvres du monde ainsi que le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les maladies non transmissibles. Malgré une amélioration des indicateurs économiques, de nombreuses nations ne parviennent pas à faire face au poids financier de ces maladies car le prix des produits et fournitures médicaux augmente en même temps que les subventions internationales baissent. Le fait de dépendre davantage des ressources nationales pour financer le secteur de la santé est attendu de la part des pays non seulement à revenu moyen mais également à faible revenu tels que le Malawi ou le Mozambique, ou encore des pays classés comme « fragiles » ou « en situation de conflit » tels que l'Afghanistan.

De nombreux pays sont également confrontés au risque de « transitions simultanées » lorsque plusieurs bailleurs de fonds se retirent au même moment¹⁵. La transition



Source: Financing Global Health Database 2016 (Base de données sur le financement de la santé mondiale en 2016). Note: *2015 et 2016 étaient des estimations préliminaires.

précipitée de l'aide au développement à la mobilisation des ressources nationales pour financer le secteur de la santé peut entraîner une réduction des ressources prépayées et mises en commun dans des « pool funds », et une augmentation des contributions directes des patients au moment où ils reçoivent des soins¹⁶. Dans les pays qui sont passés d'un statut de pays à faible revenu à celui de pays à revenu moyen, les dépenses directes imposées aux patients constituent la majeure partie des dépenses de santé¹⁷. Les limites de l'espace fiscal, des budgets alloués à la santé et des effectifs compromettent fortement la fourniture de soins essentiels, notamment aux populations les plus pauvres et les plus marginalisées, car les pays ne parviennent pas à compenser rapidement ces baisses budgétaires et recourent, dans certains cas, à des stratégies imposant aux patients de financer eux-mêmes leurs soins¹⁸.

PAIEMENT DIRECT DES SOINS PAR LES PATIENTS : UN RETOUR EN ARRIÈRE INQUIÉTANT

De manière générale, les engagements de soutien aux efforts de mise en place de la CSU ne sont pas soutenus par les ressources nécessaires, et les politiques actuelles ne sont pas élaborées sur base des besoins de santé. Il est demandé aux pays d'en faire plus sans que l'on ait évalué leurs réelles capacités financières. De plus, l'aide internationale est de plus en plus utilisée à des fins transformatrices, pour servir les intérêts sécuritaires, économiques et politiques des pays riches, et de moins en moins pour remplir l'objectif premier d'amélioration

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2016 (Financement de la santé mondiale en 2016). Development Assistance, Public and Private Health Spending for the Pursuit of Universal Health Coverage (Aide au développement, dépenses de santé publique et privée pour la poursuite de la couverture sanitaire universelle). 2016. http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2017/IHME_FGH_2016_Technical-Report.pdf

¹⁵ Pour plus d'informations sur les conséquences de la simultanéité, voir le rapport récent d'ACTION : Progress in Peril? The changing landscape of global health financing (Progrès en péril ? Le paysage changeant du financement mondial de la santé), septembre 2017. http://www.action.org/documents/Progress_in_Peril_Full_Report.pdf

¹⁶ Global Burden of Disease Health financing Collaborator Network. Evolution and Patterns of global health financing, 1995-2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries (Évolutions et modèles de financement de la santé mondiale, 1995-2014 : aide au développement en matière de santé, dépenses gouvernementales, dépenses privées prépayées et paiements directs par les patients dans 184 pays), avril 2017. Disponible sur : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30874-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30874-7/fulltext)

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Document de positionnement de MSF sur les Objectifs de développement durable, 2015. *Op.Cit.*



« J'ai six enfants. Pour le dernier, j'ai accouché à la maternité des Castors soutenue par MSF où les soins sont gratuits. Pour les autres, j'ai accouché dans l'un des grands hôpitaux à Bangui. Là-bas on vous demande beaucoup. A chaque geste, tu dois payer en liquide, au personnel de santé directement. On ne te demande même pas de passer par la caisse. Le personnel ne s'occupe pas des malades, leur première priorité c'est l'argent. Quand je suis allée à l'hôpital pour accoucher de mon deuxième fils, j'ai accouché seule à même le sol dans la salle d'attente. Si tu veux que la sage-femme vienne auprès de toi, il faut lui filer de l'argent d'abord. »

(Raïssa, 35 ans, et sa fille Maïva)

de la santé des populations. Cela n'augure rien de bon pour la santé au niveau global¹⁹.

Malgré les preuves accablantes et une reconnaissance que les frais médicaux imposés aux patients, notamment les paiements directs pour les soins, sont un mode de financement inefficace et inéquitable de la santé, plusieurs institutions clés qui contribuent à financer la santé au niveau global militent en faveur de leur réintroduction ou ne parviennent pas à protéger les politiques et accords existants de gratuité des soins. Le fait que le paiement direct des soins par les patients ne contribue en outre pas significativement au financement pérenne du système de santé est sciemment mis de côté. Par conséquent, la pratique des soins payants est soit tolérée soit intégrée à des stratégies de mobilisation des ressources nationales.

Le « Mécanisme de Financement Mondial » (GFF – *Global Financing Facility*) mené par la Banque mondiale en est un bon exemple. Lancé en 2015, le GFF vise à améliorer la couverture en matière de santé maternelle, infantile et adolescente dans seize pays (désormais étendu à 26 pays depuis que dix pays supplémentaires l'ont rejoint en novembre 2017). Le « Dossier d'Investissement » des accords de financement comprend le budget national des pays, les subventions versées par les bailleurs de fonds ainsi que les prêts accessibles par le biais de l'Association internationale de développement (IDA – *International Development Association*) de la Banque mondiale ou de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) du même groupe²⁰. Néanmoins, comme le montrent plusieurs études de cas présentées ci-dessous, la révision des stratégies de financement des secteurs de la santé nationaux prévue dans le cadre

du financement du GFF, comprend la (ré)introduction ou l'augmentation du paiement direct des soins par les patients.

Cette tendance est en contradiction avec les politiques de la Banque mondiale et d'autres institutions, qui ont reconnu l'incidence négative que pouvait engendrer le paiement direct des soins par les patients et qui se sont engagées à soutenir les pays dans la mise en place de la gratuité des soins, du moins pour des maladies et groupes de population clés²¹. L'argument selon lequel les patients sont disposés à et capables de payer leurs soins ne tient pas compte des difficultés financières que les soins payants peuvent entraîner pour les ménages, et leur influence sur la « pauvreté iatrogène » (pauvreté liée aux dépenses de santé), en particulier compte tenu de la charge que représentent les frais supplémentaires de transport, de nourriture et de logement encourus par les personnes qui se chargent des patients.

Avec au moins 400 millions de personnes privées d'accès aux soins de santé primaire, 100 millions de personnes paupérisées et 150 millions de personnes en difficultés financières à cause des frais médicaux imposés aux patients²², la tolérance ou la réintroduction des soins payants dans les mesures de financement du secteur de la santé ne nous aidera pas à atteindre la CSU. Au contraire, elle entraînera une plus grande pauvreté, accroîtra la prévalence des maladies et empêchera les patients d'accéder aux soins de santé les plus essentiels.

19 Pour en savoir plus sur le sujet, consultez l'article du Dr. Mit Philips sur les Objectifs de développement durable : « Sustainable Development Goals: Don't Leave People's Health Missing in Action » (Objectifs de développement durable : N'oubliez pas la santé des personnes), MSF, 2015 : <https://msf-analysis.org/sustainable-development-goals-dont-leave-peoples-health-missing-action>

20 GFF, Dix pays intègrent le Mécanisme de Financement Mondial pour sauver la vie de millions de femmes, d'enfants et d'adolescents. Novembre 2017. <https://www.globalfinancingfacility.org/fr/dix-pays-int%C3%A8grent-le-m%C3%A9canisme-de-financement-mondial-pour-sauver-la-vie-de-millions-de-femmes>

21 Le premier rapport de l'OMS et du Groupe de la Banque mondiale sur le suivi des progrès en matière de CSU, publié en 2015, stipule que « la clé pour protéger les personnes des difficultés financières est de garantir le prépaiement et la mise en commun des ressources de santé plutôt que d'attendre de la population qu'elle finance elle-même les services de santé au moment de la fourniture des soins ». (OMS/Banque mondiale, Tracking Universal Health Coverage (Le suivi des progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle), 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1)

22 OMS, Aide-mémoire sur la CSU, mis à jour en décembre 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/fr/> (consulté le 10 novembre 2015).

PARTIE II :

RÉALITÉ SUR LE TERRAIN –

LE PAIEMENT DIRECT DES SOINS

PAR LES PATIENTS

ET LES OBJECTIFS DE CSU

MSF est déployée dans plus de 70 pays²³. Depuis 2004, l'organisation a adopté une politique de gratuité complète des soins à ses patients. Cette approche s'est avérée très efficace car elle accroît l'accessibilité aux soins de santé, notamment financière, ainsi que la qualité des soins²⁴.

De nombreux pays ont également fait des efforts pour réduire les barrières financières aux soins de santé en rendant gratuits les services tels que la vaccination des enfants, le planning familial ou les soins préventifs et curatifs contre les maladies transmissibles (notamment contre le VIH/SIDA, la tuberculose ou le paludisme). Dans certains cas, les politiques de gratuité des soins ont été étendues afin d'inclure d'autres services pour les groupes vulnérables tels que les personnes âgées, les pauvres, ainsi que les femmes et les enfants. Bien que l'abolition des soins payants ne permette pas de supprimer toutes les barrières auxquelles les personnes aux ressources limitées ou vivant dans des pays en situation de crise font face (telles que le manque de personnel qualifié, de médicaments essentiels ou de transports), il constitue une étape importante vers une amélioration des résultats en matière de santé à l'échelle mondiale. Toutefois, la réalité que nous observons sur le terrain est tout autre :

- Dans certains cas, des initiatives de gratuité des soins ayant obtenu des résultats positifs sont réduites, voire suspendues
- Dans les situations de crise, les exemptions de frais sont réduites ou ne sont plus garanties
- Les patients souffrant de maladies transmissibles et/ou non transmissibles ne reçoivent plus de traitement ou l'abandonnent en raison des coûts exorbitants que représentent les traitements longs (parfois nécessaires à vie)
- Les systèmes de surveillance et de réponse aux épidémies sont affaiblis car les patients qui n'ont pas

les moyens de se faire soigner décèdent au sein de leurs communautés, sans passer par les structures de santé

- Les preuves démontrant l'impact négatif des soins payants pour les patients et leur capacité limitée à générer suffisamment de revenus pour financer les systèmes de santé sont ignorées.

Par conséquent, le paiement direct des soins par les patients revient davantage à taxer les malades et à faire croire que l'on peut financer le système sur leur dos plutôt qu'à améliorer leur santé, avec des conséquences particulièrement néfastes pour les plus vulnérables.

LE RETOUR DES SOINS PAYANTS MALGRÉ LES ENGAGEMENTS D'ATTEINTE DE LA CSU

En **Sierra Leone**, après l'introduction de sa politique de gratuité des soins, MSF a constaté une augmentation immédiate du recours aux services de santé. Les consultations pour les enfants de moins de cinq ans ont augmenté de 60% et les consultations pour les enfants de la même tranche d'âge souffrant du paludisme ont été multipliées par dix. En outre, les taux d'utilisation élevés ont pu être maintenus sur le long terme, avec des patients se rendant régulièrement aux services de santé, et une baisse du taux de mortalité dans les zones où les soins étaient gratuits²⁵.

Le lancement en 2010 de l'initiative de gratuité des soins (la *Free Health Care Initiative* –FHCI) par les autorités du pays, qui a aboli le paiement direct des soins pour les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de moins de cinq ans, a également entraîné un recours accru aux services de santé et été perçu comme de l'argent alloué à bon escient²⁶. Le succès relatif de l'initiative

²³ Pour en savoir plus sur les principales activités de MSF, rendez-vous sur : <http://activityreport2016.msf.org/fr/2016-in-figures/>

²⁴ Philips, M. et al. – The removal of user fees within MSF supported health services: Lessons learned from an organization-wide policy change (Retrait des soins payants dans les services de santé soutenus par MSF : Les enseignements tirés d'un changement de politique au sein de l'organisation). Poster de MSF au Congrès européen sur la médecine tropicale et la santé internationale (ECTMIH – European Congress on Tropical Medicine and International Health) à Barcelone en 2011.

²⁵ MSF, Free care: impact on utilization of health structures and health indicators. MSF's experience in Sierra Leone and other countries. MSF roundtable presentation in Freetown. (Gratuité des soins : conséquences sur l'utilisation des structures de santé et les indicateurs de santé. L'expérience de MSF en Sierra Leone et dans d'autres pays. Présentation et débat animé par MSF à Freetown), 29 janvier 2009.

²⁶ HEART, Monitoring and Evaluation in Sierra Leone's Health Sector (Suivi et évaluation du secteur de la santé de la Sierra Leone), juin 2016 : <http://www.heart-resources.org/wp-content/uploads/2016/10/Monitoring-and-evaluation-in-Sierra-Leone-health-sector.pdf?x30250>

s'explique principalement par le soutien politique et financier important dont elle a bénéficié, notamment du Département du Développement international britannique (*Department for International Development* – DFID).

Cependant, l'épidémie d'Ebola a porté un coup d'arrêt brutal à ces avancées en matière de santé. Le virus a coûté la vie à de nombreux membres du personnel soignant, causé des ravages dans l'économie²⁷ et perturbé les services de santé existants dont dépendait une population déjà vulnérable. La qualité, la quantité et la répartition du personnel de santé constituent un défi majeur du système de santé de la Sierra Leone. En outre, les chercheurs ont estimé qu'une hausse de 74% de la mortalité maternelle pourrait faire suite à la perte de personnel de santé liée à l'épidémie²⁸.

Malgré le soutien accru des bailleurs de fonds pour renforcer le système de santé post-Ebola, une étude de 2016 menée par MSF²⁹ dans le district de Tonkolili a montré que bon nombre des problèmes de longue date persistent : les pénuries chroniques de personnel de santé qualifié, les ruptures fréquentes de stock de médicaments essentiels et le manque de transports abordables, qui limitent fortement l'accès aux soins³⁰. Le manque d'argent pour payer les consultations ou les transports vers les structures de santé est un des facteurs clés empêchant les femmes de consulter (affectant 26% des femmes citadines contre 82% des femmes vivant à la campagne). De plus, les paiements informels versés au personnel de santé sont fréquents (14% des femmes vivant en zone urbaine contre 49% des femmes vivant à la campagne ont indiqué payer leurs services de santé). Ces déboursements contribuent également à créer de la méfiance à l'égard du personnel de santé.

Étant donné les taux alarmants de mortalité maternelle et infantile en Sierra Leone, il est urgent de renforcer la FHCI actuelle et d'étendre l'accès à des soins gratuits et de qualité. Toutefois, le sort de ladite initiative n'est pas clair, du fait notamment du maintien incertain des financements par les bailleurs de fonds internationaux. Or, sans cette initiative, les femmes et les enfants feront face à des obstacles plus conséquents pour accéder aux services essentiels, et les efforts pour réduire les écueils existants en matière de CSU risquent d'être réduits à néant.

27 Banque mondiale. 2014-2015 West Africa Ebola Crisis: Impact Update (Crise Ebola de 2014-2015 en Afrique occidentale : Évaluation d'impact), mai 2016. <http://pubdocs.worldbank.org/en/297531463677588074/Ebola-Economic-Impact-and-Lessons-Paper-short-version.pdf>

28 David K. Evans, Markus Goldstein, Anna Popova : The Next Wave of Deaths from Ebola? The Impact of Health Care Worker Mortality (La prochaine vague de décès liés à Ebola ? L'impact de la mortalité du personnel de santé), Groupe de la Banque mondiale, Région Afrique, Bureau de l'Économiste en chef, juillet 2015

29 MSF. Reducing maternal and child morbidity and mortality in Sierra Leone – Key findings and recommendations of a mixed-methods study (Réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles au Sierra Leone – Résultats et recommandations clés d'une étude à méthodes de recherche mixtes), août 2017.

30 L'étude montre des obstacles inacceptables aux soins : 90 % des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans rencontrent des problèmes les empêchant d'accéder aux services de santé ou les retardant dans leur quête de soins. L'étude a également montré qu'une majeure partie des décès maternels se produisaient au sein de la communauté et que les zones rurales présentaient un taux de mortalité infantile particulièrement élevé : 1,55 pour 10.000 enfants par jours (soit proche du seuil d'urgence). D'autres résultats issus de l'étude, notamment le fait que les tradi-praticiens sont généralement plus accessibles, tant sur le plan géographique que financier, montrent combien les barrières économiques et financières contribuent à la décision de consulter un professionnel de la santé ou non.

En **Afghanistan**, un rapport publié par MSF en 2014 avait permis de documenter les principales barrières limitant la disponibilité et l'accessibilité des services de santé à la population. Ce rapport illustre l'écart entre les discours optimistes sur le système de santé et la réalité en matière d'accès³¹.

Pour ce rapport, des patients de quatre hôpitaux soutenus par MSF furent interviewés (dans les provinces de l'Helmand, de Kaboul, de Khost et de Kondôz). Une personne sur cinq déclarait avoir perdu un proche ou un ami en raison de l'accès limité aux soins de santé, principalement du fait de questions financières (32%). Parmi ceux qui avaient cherché à se faire soigner, 44% avaient été contraints d'emprunter de l'argent ou de vendre des biens pour pouvoir régler les services de santé. En effet, lors d'un épisode-maladie récent au sein de leur foyer, les personnes avaient été contraintes de déboursier environ 40 dollars (pour une personne sur quatre, les consultations avaient même coûté plus de 114 dollars). Quatre personnes sur cinq expliquaient ne pas recourir aux soins de santé primaire en raison de la faible disponibilité ou qualité des services. Les frais de transport et le prix des médicaments, souvent achetés dans des pharmacies privées lorsque les structures publiques étaient en rupture de stock, constituaient également des barrières supplémentaires pour les patients.

La situation est loin de s'être améliorée. Une étude menée récemment par l'Institut royal de médecine tropicale aux Pays-Bas (KIT – *Koninklijk Instituut voor de Tropen*) en collaboration avec le ministère de la Santé afghan a montré que le paiement direct des frais de santé par les patients constituait toujours un problème répandu, qui entrave l'accès aux services de santé essentiels³². Parmi les patients hospitalisés interrogés dans le cadre de cette étude, 48,4% ont dû s'endetter, vendre leurs possessions ou faire face à des difficultés financières pour s'acquitter des frais de santé. En outre, 7,5% des personnes malades n'ont pas cherché à se faire soigner pour des raisons financières.

Bien que la population fasse toujours face à une crise majeure, notamment à des violences persistantes et à une situation socio-économique précaire, un décret récent (août 2017) prévoit de réinstaurer, sous l'égide de l'agence américaine pour le développement international USAID, le paiement direct des soins par les patients, aux niveaux secondaire et tertiaire initialement. En outre, les contrats actuels d'ONG destinés à mettre en place les paquets élémentaires de soins sont mis à rude épreuve en raison de réductions des financements internationaux.

Au **Mozambique**, une étude menée par la Banque mondiale en 2002 a montré que 51% de la population rencontrait des difficultés à payer les frais de santé requis, que 20% devait emprunter de l'argent et que 17% devait vendre des biens afin de pouvoir couvrir ses frais de santé³³. En 2006,

31 MSF. Between rhetoric and reality, the ongoing struggle to access health care in Afghanistan (Entre discours et réalité, la lutte incessante pour accéder aux soins de santé en Afghanistan), février 2014. <http://www.msf.org/en/article/between-rhetoric-and-reality-ongoing-struggle-access-healthcare-afghanistan>

32 Jacobs E. et al., Catastrophic health expenditure and care-seeking practices in Afghanistan: a mixed-methods study (ECTMIH presentation) (Dépenses de santé catastrophiques et pratiques de recours aux soins en Afghanistan : une étude à méthodes de recherche mixtes (présentation à l'ECTMIH)), Congrès européen sur la médecine tropicale et la santé internationale, vol. 22 suppl. 1 p.83, octobre 2017.

33 Exposé de Rob Yates, expert en financement de la santé, pour le secteur de la santé (Ministère de la Santé et ses partenaires). Moçambique devera abolir a Cobreança de taxas aos utentes dos serviços de saúde?, 8 juin 2006, Maputo ; référence à une étude menée par la Banque mondiale en 2002.

il était proposé d'abolir les soins payants, étant donné les recettes limitées qu'ils rapportaient, tout en prenant en considération l'augmentation attendue de la couverture de santé que la gratuité engendrerait³⁴. Malheureusement, cette initiative ne s'est pas concrétisée. En 2014-2015, les ménages payaient en moyenne trois dollars par mois pour leurs services de santé³⁵, sans compter les frais informels et autres paiements directs³⁶. Dans un contexte où 63% de la population du Mozambique vit avec moins de 1,9 dollar par jour et où les indicateurs d'inégalités se sont détériorés au cours des dernières années, les barrières financières restent une préoccupation majeure de l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier pour les patients nécessitant des consultations régulières (ex. VIH) ou des soins spécialisés³⁷.

À Tete et à Beira, plusieurs patients ont rapporté à MSF que les structures de santé publiques facturaient arbitrairement des frais élevés pour des soins, parfois jusqu'à 1.000 meticals (environ 16,4 dollars). Les personnes n'ayant pas la nationalité du pays rencontrent également des difficultés pour bénéficier de soins abordables. Une patiente décrit ainsi son expérience : « En tant qu'étranger, il est très difficile d'aller au centre de santé si on n'a pas d'argent. Dans certains établissements, ils nous demandent de payer dès qu'ils comprennent qu'on ne parle pas bien leur langue ».

Le débat autour de l'augmentation des paiements imputés aux patients est également influencé par les réductions du financement international. Les fonds attribués au Fonds commun pour la santé existant (le SWAP, localement appelé le « ProSaude ») ont fortement baissé, passant de 85 millions de dollars en 2014 à 25 millions de dollars en 2017, avec seulement 73% de décaissements réels³⁸. Les engagements pris par les bailleurs internationaux envers le fonds commun ProSaude restent très incertains, particulièrement depuis que certains d'entre eux ont préféré se tourner vers le GFF.

La mobilisation des ressources nationales pour compenser les déficits de financement ont été ralenties par divers problèmes économiques. Par conséquent, le secteur de la santé a connu, tant au niveau national que provincial, d'importantes coupes budgétaires en 2016-2017³⁹, et rencontre désormais des difficultés à assumer la couverture des coûts récurrents, tels que les factures d'eau et d'électricité, la gestion des ambulances, le transport de médicaments, le personnel et les primes. Des ruptures de stock de médicaments essentiels ont été observées tout au long de l'année dans les structures de santé, ainsi que des pénuries d'intrants de base, notamment de gants.

Dans le cadre du GFF, la Banque mondiale donne des orientations en matière de révision de la stratégie de financement de la santé. Elle propose notamment



désormais d'accroître significativement les soins payants⁴⁰. Or, une telle mesure fragiliserait davantage l'accès aux soins et ferait peser des charges plus importantes sur les patients, en particulier les groupes vulnérables, tels que les femmes et les enfants.

Au **Malawi**, le secteur de la santé manque constamment de financement. Les dépenses de santé par habitant atteignent à peine les 40 dollars, plaçant ainsi le pays en bas de l'échelle des pays de la Communauté de développement d'Afrique australe (CDAA ou SADC en anglais) dans ce domaine. 70% du budget de la santé du Malawi provient de l'aide des bailleurs de fonds. Suite à des scandales de corruption en 2012 puis en 2014, ces bailleurs ont diminué de moitié leur soutien direct à la santé, puis le budget de la santé a connu une nouvelle baisse de 18% entre 2015 et 2016⁴¹.

Bien que les dépenses de santé par habitant soient bien plus faibles que celles des autres pays de la région, la plupart des services fournis par les structures de santé du service public sont gratuits. Il est probable que la gratuité des soins soit un facteur contributif à la couverture élevée du Malawi en matière de traitement du VIH et du faible taux de mortalité maternelle et chez les enfants de moins de cinq ans, soit des taux équivalents, voire meilleurs que ses voisins subsahariens⁴².

Le gouvernement a exploré diverses possibilités, telles que l'introduction de « taxes sur les vices » (alcool, tabac, etc.), d'un programme national d'assurance maladie et d'autres sources de financement innovantes pour se plier aux incitations internationales de mobilisation accrue des ressources nationales et se prémunir du retrait du soutien direct des bailleurs de fonds au budget de santé. Désormais, les autorités envisagent d'accroître le nombre d'ailes hospitalières dans lesquelles les patients devront payer leurs soins, et d'introduire des frais spécifiques, tels

34 Relatório final Consultoria sobre abolição das taxas aos utilizadores do serviço nacional de saúde (SNS) em Moçambique. (Rapport final de consultation sur l'abolition des frais pour les utilisateurs du Service national de Santé (SNS) au Mozambique), Université de Lisbonne, 2006.

35 Relatório Final do Inquérito de Orçamento Familiar (IOF), 2014/15, p. 26 (quadro 4.3) (Rapport final de l'enquête sur le budget des familles) – Instituto nacional de Estatística (Institut national des statistiques).

36 Ministère de la Santé, Version n° 4 de la stratégie du financement de la santé, Maputo, Février 2017.

37 Banque mondiale, Country poverty brief (Note sur la pauvreté par pays) : Mozambique. http://databank.worldbank.org/data/download/poverty/B2A3A7F5-706A-4522-AF99-5B1800FA3357/9FE8B43A-5EAE-4F36-8838-E9F58200CF49/60C691C8-EAD0-47BE-9C8A-B56D672A29F7/Global_POV_SP_CPB_MOZ.pdf (consultée le 20 novembre 2017)

38 Ministère de la Santé. Relatório de Execução Orçamental (REO) (Rapport d'exécution du budget), secteur de la santé 2017 (janvier-septembre).

39 *Ibid*

40 Ministère de la Santé, Version n°4 de stratégie de financement de la santé, *Op.Cit.* ; Présentation de la Banque mondiale « Mozambique health user fees analysis: 2014 » (Analyse du paiement direct des soins par les patients au Mozambique : 2014), 23 août 2017.

41 Ministère de la Santé. Health Sector Resource Mapping 2014-2015 and 2018-19 (Cartographie des ressources du secteur de la santé 2014-2015 et 2018-2019).

42 Agence de coopération internationale allemande pour le développement (GIZ – *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit*) : *Concept Note – Policy Dialogue on Malawi's Health Financing Options for the Parliamentary Health Committee* (Note conceptuelle – Dialogue politique sur les possibilités de financement de la santé au Malawi pour la commission parlementaire de la santé), 9-11 novembre 2017.

que des « frais de contournement » (à savoir mettant à contribution les personnes se présentant sans référence) dans les structures publiques afin de financer les services de santé.

La Coalition pour la couverture sanitaire universelle (UHCC – *Universal Health Coverage Coalition*), plateforme de la société civile dont fait partie MSF, a récemment sondé les patients et le personnel de santé de six districts à propos de l'éventuelle expansion de ces paiements directs dans les hôpitaux publics. Les personnes interrogées ont fait part d'inquiétudes quant à son abordabilité, à la volonté de payer dans le chef des patients, à l'accès inéquitable aux soins et aux difficultés financières. Elles ont également émis des doutes quant à la contribution effective des paiements par les patients au financement des services existants.

Dans les districts dénués de structures de santé du service public accessibles, les populations dépendent des structures de l'Association de santé chrétienne du Malawi (CHAM – *Christian Health Association of Malawi*), où les patients doivent payer leurs consultations. La CHAM est le plus grand prestataire de services de santé non gouvernemental du pays, fournissant 29% de l'ensemble des soins. Dans le cadre des réformes de santé du gouvernement, de nouveaux accords sur le niveau des services ont été négociés avec la CHAM pour fournir des soins de santé gratuits dans les zones dénuées de structures publiques⁴³.

L'étude menée par la plateforme de la société civile susmentionnée a montré que les accords sur le niveau des services n'étaient pas encore correctement mis en place et que les patients se voyaient toujours facturer d'importants frais dans les structures de la CHAM. Des femmes interrogées par la UHCC se sont plaintes de coûts exorbitants pour lesquels elles avaient dû s'endetter, mais également de passeports santé et de biens saisis par les structures de santé, et d'une mauvaise qualité voire la privation de traitements qu'elles ou que leurs enfants ont subis en raison de leur incapacité à payer les services reçus. Dans un cas, une femme a été priée de payer 7.000 kwachas malawites (soit environ neuf dollars) pour le traitement du paludisme administré à son fils. Comme elle ne pouvait pas s'acquitter de la totalité des frais, l'enfant n'a reçu qu'une partie des médicaments⁴⁴.

VERS LA FIN DES EXEMPTIONS DE FRAIS POUR LES PERSONNES NÉCESSITANT DES TRAITEMENTS CONTRE LE VIH, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME, OU POUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS ?

En **Guinée**, la législation nationale stipule que les soins pour les enfants de moins de cinq ans et les patients atteints du VIH/SIDA ou de la tuberculose, ainsi que les patientes en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, doivent être gratuits. Et pourtant, le système de santé repose en grande partie sur le paiement direct des soins par les patients pour compenser les faibles salaires versés par l'État et les déficits dans le financement des coûts récurrents des structures publiques (suppléments de rémunération, coûts d'entretien et frais de fonctionnement). La charge financière

qui pèse sur les patients et les ménages est particulièrement importante, les paiements directs représentant 45,3% de toutes les dépenses de santé⁴⁵. Malgré une augmentation des dépenses totales en matière de santé, le sous-financement systématique du système de santé publique et sa dépendance vis-à-vis des participations financières directes des patients créent d'importants problèmes, tels que la fourniture de soins incomplets ou l'interruption de traitements, une utilisation plus faible des services existants et des incitations financières perverses, telles que la surprescription de services inutiles pour générer davantage de revenus.

Malgré les crises récurrentes qui affectent le pays, dont l'épidémie d'Ebola qui a touché l'Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015, l'intérêt porté par les bailleurs de fonds internationaux à la situation sanitaire des Guinéens reste très faible. À l'heure actuelle, MSF reste, outre le gouvernement, le principal fournisseur de soins contre le VIH, avec plus de 10.000 patients bénéficiaires de traitements antirétroviraux (ARV) fournis par le Fonds mondial. Malgré la promulgation d'un décret national instaurant la gratuité des soins pour le dépistage du VIH, les traitements antirétroviraux, le contrôle de la charge virale et le décompte des CD4, les personnes séropositives font face à d'importantes barrières financières en matière d'accès aux services de traitements contre le virus. Nombre d'entre elles se retrouvent forcées de payer les frais de consultation (entre 0,5 et 5 dollars), les tests en laboratoire et d'autres médicaments liés à leur traitement. Par exemple, un simple test de créatinine pour pouvoir passer à un autre médicament ARV peut s'élever à 2,7 dollars, et le décompte des CD4 et les tests biochimiques en laboratoire nécessaires avant qu'un patient puisse commencer son traitement s'élèvent parfois à 16 dollars. Dans le cadre du traitement d'infections opportunistes, certaines pharmacies de centres de santé du service public se mettent d'accord avec des pharmacies privées, contraignant les patients à payer leurs antibiotiques (co-trimoxazole, 30 comprimés pour 0,9 dollar) ainsi que d'autres médicaments habituellement gratuits. Avec un salaire mensuel moyen familial de quarante dollars⁴⁶, ces coûts sont inabordables pour la majorité des patients.

Les mêmes problèmes se posent en matière de paludisme. Dans la zone très endémique de Kouroussa, une enquête rétrospective de MSF a montré que le taux de mortalité global était de 0,84 décès pour 10.000 habitants par jour et de 1,65 chez les enfants de moins de cinq ans⁴⁷. Près de la moitié (48%) des décès au sein de la population générale étaient liés au paludisme, avec huit cas sur dix de mortalité infantile causés par la maladie. Parmi les décès rapportés, jusqu'à 27% n'ont pas cherché à se faire soigner, dont 12% par manque d'argent principalement. 42% des malades qui ont consulté ne disposaient pas des fonds suffisants, 38% ont dû s'endetter ou vendre des biens pour réunir l'argent nécessaire, et seulement 16% ont bénéficié de soins gratuits. La plupart des patients ont dû payer 5.000 francs guinéens (0,5 dollar) pour une consultation, ce qui constitue une barrière financière importante pour la majorité de la population.

Après le lancement en juillet 2017 par MSF de son programme dans le district de Kouroussa, les enfants de moins de cinq ans ont été pris en charge gratuitement

⁴³ Ministère de la Santé. MOH Health Financing Technical Working Group (Groupe de travail technique du ministère de la Santé sur le financement de la santé). Procès-verbal de la réunion du 26 octobre 2017.

⁴⁴ Note politique de l'UHCC, *Securing Access to Health For All through UHC* (Garantir à tous l'accès aux soins de santé par le biais de la CSU), novembre 2017.

⁴⁵ OMS, Base de données de l'Observatoire mondial de la santé : Guinée <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHXPRATIOGIN> (consulté le 17 novembre 2017).

⁴⁶ <https://www.worlddata.info/average-income.php>

⁴⁷ MSF, Rapport d'enquête de mortalité rétrospective dans la préfecture de Kouroussa en Guinée, Décembre 2016.

dans cinq centres de santé et l'hôpital de référence, ainsi que dans le cadre des soins prodigués par 80 agents communautaires soutenus par MSF. Le nombre de consultations a été multiplié par dix, montrant à quel point les entraves financières dissuadent les patients de venir en consultation.

Le **Lesotho** est l'un des pays au taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde, avec une espérance de vie moyenne de 49 ans et une prévalence du VIH de 24% au sein de la population adulte. Au niveau des soins primaires, les soins de santé maternelle (y compris périnataux) sont gratuits pour les patientes. Toutefois, les mères doivent payer des frais au niveau hospitalier. Bien que ces frais puissent sembler bas, ils peuvent représenter jusqu'à un mois de salaire pour certaines franges de la population du Lesotho⁴⁸. Au niveau national, 59,6% de la population vit avec moins de 1,9 dollar par jour et par habitant, et le taux d'inégalité ne cesse d'augmenter⁴⁹.

Lors de discussions de groupe avec des femmes du district de Roma, l'une des principales barrières mentionnées fut la difficulté à obtenir de l'argent pour financer les soins (27%)⁵⁰. En outre, les femmes ont fait part de leur réticence à accoucher dans les centres de santé car elles craignaient d'être transférées à l'hôpital et de se voir facturer des frais qu'elles ne pouvaient assumer.

MSF a mené une étude sur le recours aux services obstétricaux de l'hôpital du district de Roma avant et après l'abolition des soins payants⁵¹. L'introduction de la gratuité des soins en 2014 a considérablement amélioré l'accès à des soins maternels de qualité et réduit le taux de mortalité maternelle et néonatale. Le nombre d'accouchements à l'hôpital a augmenté de 49%, passant de 1.547 (de juillet 2012 à la fin 2013) à 2.308 (de janvier 2014 à juin 2015). Le remboursement par MSF d'un montant de 43,3 dollars pour un accouchement normal et de 112,5 dollars pour une césarienne a permis aux patientes de bénéficier gratuitement de soins. La prise en charge des frais de transport et des coûts de logement pour les femmes sur le point d'accoucher a également été intégrée aux mesures de soutien initiées par l'organisation. Si on étend ces chiffres au pays tout entier, il suffirait d'ajouter annuellement un dollar par habitant au budget actuel de la santé du gouvernement pour instaurer la gratuité des soins au niveau hospitalier et garantir la prise en charge des frais de transport et de logement pour les mères sur le point d'accoucher.

En **République démocratique du Congo (RDC)**, le taux de mortalité maternelle reste l'un des plus élevés au monde, avec 846 décès pour 100.000 naissances vivantes. Le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est quant à lui de 104 décès pour 1.000 naissances vivantes. La malnutrition touche 43% des enfants, dont 8% souffrent

de malnutrition aiguë sévère⁵². Les épidémies récurrentes de rougeole, de choléra, de paludisme et d'autres maladies ont un impact négatif énorme sur l'état de santé de la population⁵³.

Différentes politiques nationales et de divers bailleurs de fonds stipulent que la « gratuité des soins » devrait être accessible à un certain nombre de patients, notamment à ceux atteints du VIH/SIDA, de la tuberculose ou du paludisme, aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, ainsi qu'aux populations vulnérables et personnes affectées lors de crises sanitaires. Toutefois, ces politiques sont rarement appliquées. À l'heure actuelle, le Parlement travaille à l'élaboration d'un projet de loi nationale d'application de ces exemptions et d'expansion des mesures actuelles de gratuité des soins à un éventail plus large de problèmes de santé rencontrés par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, et qui sera financé par un fonds de solidarité sanitaire spécifique⁵⁴.

De manière générale, les dépenses de santé sont d'environ 21 dollars par habitant, dont 42% sont financées par paiement direct des ménages et 14% par les ressources gouvernementales⁵⁵. La pauvreté est très élevée dans l'ensemble du pays, avec 73,6% de la population vivant sous le seuil de pauvreté en 2016⁵⁶. Le manque de fonds publics dédiés à la santé, les problèmes de décaissement et le faible salaire du personnel soignant signifient que le paiement direct des soins par les patients est la principale source de revenus du secteur. En 2017, la Banque mondiale a indiqué que 98% des structures de santé du pays exigeaient le paiement des frais par les patients qui, pour une consultation, peuvent s'élever de 2.200 (1,4 dollar) à 4.299 francs congolais (2,7 dollars). Un poste de santé sur deux, deux tiers des centres de santé de référence et près de 70% des hôpitaux exigent des patients le paiement de chaque acte médical effectué, et les autres structures imposent un forfait fixe par patient pris en charge⁵⁷.

Une étude de 2014 sur le financement du traitement des enfants souffrant de paludisme grave à l'hôpital de référence de Kinshasa a montré que les ménages de faible statut socioéconomique avaient six fois plus de risques de devoir emprunter de l'argent⁵⁸. Les résultats d'une enquête de population effectuée en 2017 par MSF dans la zone de santé de Bili, dans le Nord-Ubangi où le paludisme est très endémique, ont également montré à quel point les barrières financières entravaient l'accès aux soins⁵⁹. Sur l'ensemble des ménages ayant rapporté un décès, 49% des malades étaient décédés à la maison et 11% sur la route. Dans un quart des cas de maladie précédant la mort, les malades n'avaient pas cherché à se faire soigner, dont 27% par manque d'argent. Sur les patients ayant consulté, seulement 62% disposaient des fonds nécessaires et 15%

48 MSF, The case for free maternal care in Lesotho hospitals to reduce maternal mortality (Adopter la gratuité des soins maternels dans les hôpitaux du Lesotho pour réduire la mortalité maternelle), note de briefing, mars 2015.

49 Banque mondiale, Country poverty brief (Note sur la pauvreté par pays) : Lesotho. http://databank.worldbank.org/data/download/poverty/B2A3A7F5-706A-4522-AF99-5B1800FA3357/9FE8B43A-5EAE-4F36-8838-E9F58200CF49/60C691C8-EAD0-47BE-9C8A-B56D672A29F7/Global_POV_SP_CPB_LSO.pdf (consultée le 20 novembre 2017)

50 MSF, The case for free maternal care in Lesotho hospitals to reduce maternal mortality (Adopter la gratuité des soins maternels dans les hôpitaux du Lesotho pour réduire la mortalité maternelle), *Op.Cit.*

51 Shroufi, A. et al. Removal of user fees improved access to quality maternity care and decreased maternal and neonatal mortality in a district hospital, Lesotho (Le retrait du paiement direct des soins par les patients a amélioré l'accès à des soins maternels de qualité et a réduit le taux de mortalité maternelle et néonatale dans un hôpital de district du Lesotho), novembre 2017.

52 Ministère de la Santé publique de RDC, Cadre d'investissement pour la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent en vue de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en République démocratique du Congo. Octobre 2017.

53 Pour en savoir plus sur les activités de MSF en RDC, rendez-vous sur : <http://www.msf.org/en/where-we-work/democratic-republic-congo>

54 Ministère de la Santé, Proposition de loi fixant les principes fondamentaux et règles relatifs à l'organisation de la santé publique en RDC. Mars 2017.

55 Ministère de la Santé publique de la RDC. Rapport sur les comptes de la santé RDC. 2014.

56 DFID, Understanding poverty and social exclusion in DRC (Comprendre la pauvreté et l'exclusion sociale en RDC), 2017.

57 Enquête de base pour le programme de financement basé sur la performance en République démocratique du Congo (PDSS & PVSBG), Banque mondiale, 2017.

58 Félicien Ilunga-Ilunga et al. Financement de la prise en charge du paludisme grave de l'enfant par les ménages à Kinshasa, République démocratique du Congo, Santé Publique, 2015/6, (vol. 27), p. 863-869.

59 MSF, Enquête quantitative réalisée sur la zone de santé de Bili, Nord-Ubangi, RDC. Avril 2017.

avaient dû emprunter de l'argent. Sur les 596 enfants ayant présenté une poussée de fièvre, seulement 15% avaient été soumis à un test de dépistage du paludisme, 27% avaient bénéficié d'un traitement et seulement 4% avaient reçu une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA). Ce dernier chiffre peut s'expliquer par les ruptures de stock fréquentes de CTA et par le fait que les professionnels de la santé préfèrent prescrire de la quinine, comme l'ont observé les équipes de MSF, car à l'inverse de la CTA qui devrait être prodiguée gratuitement, la quinine se vend et rapporte donc plus, bien qu'elle ne soit par le traitement de première ligne recommandé.

Les soins fournis aux patients atteints du VIH/SIDA sont un autre exemple frappant de l'impact des barrières financières sur les retards ou arrêts momentanés de prises de thérapie antirétrovirale. Avant de bénéficier d'ARV « gratuits », les patients doivent payer une consultation clinique, des tests en laboratoire ainsi que des médicaments contre les infections opportunistes. Une fiche de consultation coûte trois à cinq dollars et le décompte des CD4 entre 15 et 20 dollars, des prix inabordables pour la plupart des patients. Une étude menée à Lubumbashi a montré que les coûts directs infligés aux patients atteints du VIH hospitalisés étaient en moyenne légèrement supérieurs à 200 dollars, soit au-delà du revenu moyen des patients dans 63% des cas. Les patients souffrant d'infections opportunistes se voyaient en plus facturer des coûts supplémentaires pouvant s'élever à 31 dollars⁶⁰. Près d'un patient séropositif sur quatre hospitalisé dans le service soutenu par MSF de l'hôpital Roi Baudouin de Kinshasa meurt du VIH/SIDA car la maladie est à un stade trop avancé lorsque les patients cherchent à se faire soigner. Un tiers de ces décès (34%) se produisent dans les 48 heures suivant l'hospitalisation. Plus de la moitié de ces patients étaient précédemment sous thérapie antirétrovirale, mais ont interrompu leur traitement par manque de moyens, dans la plupart des cas⁶¹.

En l'absence de subventions dédiées permettant de garantir la gratuité des soins, les patients séropositifs continueront d'arriver trop tard dans les structures de santé pour se faire dépister et se faire soigner, mourant dans l'indifférence générale. Un système de supervision efficace doit être mis en place pour assurer que les soins sont prodigués gratuitement, et le personnel de santé doit bénéficier d'une rémunération adéquate pour compenser les pertes de revenus. À défaut, le personnel continuera de faire payer les patients et/ou utiliser les médicaments et les fournitures médicales de manière inadaptée. Il en va de même pour les autres maladies mortelles, telles que le paludisme, l'hépatite C, la tuberculose, ainsi que pour les paquets de soins destinés aux groupes vulnérables, tels que les femmes et les enfants.

Dans le cadre du GFF et sous la direction de la Banque mondiale, le ministère de la Santé prévoit un cadre de financement de la santé sur cinq ans visant à renforcer la santé maternelle et infantile dans quatorze provinces sélectionnées dans le cadre de l'objectif de mise en

place de la CSU en RDC⁶². Malheureusement, le Dossier d'Investissement du GFF fait seulement mention d'un paiement forfaitaire qui incombera aux patients, sans en détailler les modalités. En outre, il n'inclut pas de mesures spécifiques d'allocation de fonds permettant de garantir la gratuité des soins essentiels pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, comme le propose le projet de loi du ministère de la Santé. De même, les programmes basés sur la performance et soutenus par la Banque mondiale ailleurs dans le pays ne comprennent pas d'instructions de gratuité des soins ; la spécification du prix des services de santé incombe aux structures de santé. Récemment, le ministère de la Santé a déclaré que pour concrétiser les politiques de gratuité des soins, il fallait fortement accroître les fonds alloués à la santé⁶³.

VERS LA FIN DE LA GRATUITÉ DES SOINS POUR LES PERSONNES TOUCHÉES PAR LES CONFLITS, LES ÉPIDÉMIES ET LES CRISES ?

En **Jordanie**, les barrières auxquelles font face les réfugiés syriens pour accéder aux soins de santé sont nombreuses, en particulier depuis la réintroduction des soins payants.

Pour accéder aux services publics, notamment de santé, les réfugiés syriens des zones urbaines sont contraints de présenter un certificat de demandeur d'asile de l'Agence des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) et une carte de service du ministère de l'Intérieur. Grâce à ces démarches, ils pouvaient accéder aux services publics gratuits par le biais des structures du ministère de la Santé. Toutefois, à la fin de 2014, le gouvernement a changé de politique et requis que les détenteurs de certificats et de cartes du ministère de l'Intérieur paient le même tarif que les Jordaniens non assurés⁶⁴. Or, bien qu'étant toujours à un taux subventionné, ces frais sont inabordables pour un grand nombre d'entre eux. Un accouchement à l'hôpital public au tarif non assuré s'élève à 70-80 dollars et une césarienne peut atteindre jusqu'à 420 dollars. Ces coûts sont encore plus élevés pour les sans-papiers. Ces barrières financières ont entraîné une baisse du recours aux soins préventifs et curatifs⁶⁵.

Dans le nord de la Jordanie, MSF fournit actuellement des soins contre les maladies non transmissibles (MNT) à plus de 3.300 patients, dont environ 70% sont des réfugiés syriens. En 2016, l'organisation a mené une étude⁶⁶ dans le gouvernorat d'Irbid auprès des réfugiés syriens vivant hors des camps pour connaître leurs facilités d'accès aux services de santé, notamment pour les MNT. L'incidence élevée de ces maladies au sein de cette population (21,1% des adultes souffrent d'au moins une MNT) pousse le système de santé au-delà de ses capacités. Près d'un quart

60 Mundongo, T. et al. (2013) ; Cost of hospital care for HIV/AIDS infected patients in three general reference hospitals in Lubumbashi, DR Congo: prospective cohort study Henri Mundongo Tshamba1 (Coût des soins hospitaliers pour les patients atteints du VIH/SIDA dans trois hôpitaux généraux de référence de Lubumbashi, RDC : étude de cohorte prospective Henri Mundongo Tshamba1). Pan African Medical Journal. 2013 ; 15:76. <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/15/76/full/>

61 Pour de plus amples informations sur le VIH à un stade avancé, voir les différents outils de MSF à ce sujet sur : <https://www.msf.fr/presse/communiqués/en-afrique-subsaharienne-beaucoup-meurent-encore-sida-meme-sous-traitement-antire>

62 Ministère de la Santé publique de RDC, *Op.Cit.*

63 Discours du Dr. Oly Ilunga au VIe congrès de l'AFMED, 13 novembre 2017, <https://drolyilunga.cd/news/2017/11/13/discours-du-dr-oly-ilunga-au-vie-congres-de-lafmed/>

64 Hormis certaines exemptions de vaccination (Programme élargi de vaccination), les enfants et les femmes enceintes sont vaccinés gratuitement. En outre, les traitements contre les maladies transmissibles telles que la leishmaniose, la tuberculose ou le VIH sont proposés gratuitement aux Syriens (ainsi qu'aux Jordaniens non assurés).

65 Amnesty International, Living on the margins – Syrian refugees in Jordan struggle to access health care (Vivre en marge – Les Syriens réfugiés en Jordanie rencontrent des difficultés pour accéder aux soins de santé), 2016. https://www.amnesty.be/IMG/pdf/living_on_the_margins_-_syrian_refugees_struggle_to_access_health_care_in_jordan.pdf

66 Rehr, M. et al. Access to non-communicable disease health care among non-camp Syrian refugees in northern Jordan (Accès aux soins contre les maladies non transmissibles parmi les réfugiés syriens vivant hors des camps dans le nord de la Jordanie), 2017. <https://f1000research.com/slides/6-716>

Maryse a 29 ans. Elle a accouché à la maternité des Castors soutenue par MSF à Bangui, où les soins sont gratuits. Mais les coûts des soins prénataux dans son centre de santé local l'ont contrainte à s'endetter. Elle raconte : « Je me suis rendue à six consultations prénatales que j'ai dû payer. En plus, j'ai effectué quelques examens prénataux, mais pas tous parce que je n'avais pas d'argent pour les payer. On m'a demandé de payer 1.500 francs CFA [environ 2,7 dollars] pour un test VIH, mais je n'en avais pas les moyens. Au bout de six mois de grossesse, j'ai commencé à perdre des eaux de mon bas-ventre. Au centre de santé, on m'a prescrit une perfusion deux fois par jour. Ça m'a coûté mille francs CFA par jour. J'ai dû emprunter de l'argent à mes voisins pour couvrir ces dépenses. Je les rembourse petit à petit, mais je suis toujours endettée. »



© Sandra Smiley

(22,9%) des patients sondés qui souffraient d'une MNT ont déclaré ne pas chercher à se faire soigner lorsqu'ils en avaient besoin, principalement par manque de moyens (dans plus de 60% des cas), ce qui a également un impact sur la rétention des patients dans le suivi de leur traitement. Près d'un quart des patients adultes atteints d'une MNT et sous traitement régulier avaient connu une interruption de plus de deux semaines durant les six mois précédant l'étude en raison des prix inabornables des médicaments. Le coût moyen d'une consultation pour MNT était de 23 dollars par visite (soit 6,9% du revenu moyen mensuel d'un ménage). Les patients de la catégorie de revenus la moins élevée étaient ainsi moins à même de consulter pour obtenir des traitements contre une MNT.

Les résultats de la même étude concernant l'accès aux soins généraux allaient dans le même sens : deux tiers (68%) des adultes avaient eu besoin de soins durant les six mois précédant l'enquête, mais près d'un tiers (30,2%) n'avait pas cherché à consulter et un quart (24,9%) n'avait pas amené son enfant malade dans une structure de santé par manque d'argent dans les deux cas. La charge moyenne du paiement direct des soins était de 17% pour les soins adultes et de 9,5% pour les soins infantiles par rapport au revenu moyen des ménages.

Après comparaison des services proposés par les différents secteurs de la santé (soins généraux, vaccination, traitement des MNT et soins prénataux), nous avons constaté que les pans de services très accessibles en termes financiers (à savoir gratuits ou peu coûteux), tels que les soins prénataux ou les services de vaccination, présentaient des taux d'utilisation bien plus élevés. C'est pourquoi il est absolument essentiel de maintenir un soutien extérieur pour couvrir les besoins de cette population vulnérable.

En **République centrafricaine (RCA)**, le regain de violence en 2017 a contraint des centaines de milliers de personnes à fuir leur maison et à se déplacer vers d'autres régions

du pays (plus de 600.000, soit le plus grand nombre depuis avril 2014) ou vers les pays voisins⁶⁷. Durant les pics de violence, la population s'est réfugiée dans les hôpitaux, les églises et les mosquées, ou s'est enfuie dans la brousse.

Plus de la moitié de la population a besoin d'aide, mais les besoins continuent de dépasser les ressources disponibles. En réalité, l'aide humanitaire devrait continuer de baisser car les financements restent faibles et l'accès humanitaire demeure limité dans une grande partie du pays⁶⁸. Seulement 30% des engagements pris lors de la Conférence de Bruxelles pour la République centrafricaine en novembre 2016 ont été remplis jusqu'à présent. De même, le Plan d'intervention humanitaire, qui a été revu à la hausse en août 2017 pour répondre à l'augmentation des besoins, n'a été financé qu'à hauteur de 34%⁶⁹.

Ces dernières années, les violences ont davantage aggravé la fragilité du système de santé, entraînant le pillage des structures sanitaires, une présence limitée du personnel soignant pour des raisons de sécurité, et un manque de médicaments et de fournitures médicales essentiels⁷⁰. L'espérance de vie à la naissance est d'à peine plus de cinquante ans, le VIH/SIDA étant la principale cause de décès au sein de la population générale depuis 2000 et le paludisme constituant la principale cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans⁷¹. Outre les blessés de guerre, les équipes de MSF déployées dans le pays sont

⁶⁷ ACAPS, CAR country overview (Aperçu pays de la RCA) : <https://www.acaps.org/country/car> (consulté le 15 novembre 2017).

⁶⁸ *Ibid*

⁶⁹ Conseil de sécurité des Nations unies, La situation en République centrafricaine. Novembre 2017, doc. S/PV.8084 : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/PV.8084&referer=/english/&Lang=F (consulté le 28 novembre 2017).

⁷⁰ MSF, Le prix de l'oubli – Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH, Avril 2016. https://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/2016_04_hiv_full_report_fr_link_low.pdf

⁷¹ OMS, Profil statistique de la République centrafricaine. <http://www.who.int/countries/caf/fr/>

témoin des conséquences directes des violences sur la santé des populations civiles : les enfants ne sont pas en mesure de se rendre dans les structures de santé durant la saison du paludisme, la couverture vaccinale reste faible, les patients interrompent leurs traitements contre le VIH ou la tuberculose et les femmes enceintes sont souvent contraintes d'accoucher sans assistance⁷².

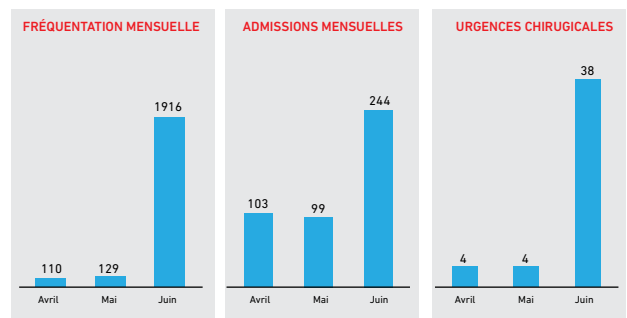
En outre, les soins payants ont un impact négatif sur l'accès de la population aux soins. À Bangassou, une enquête de mortalité rétrospective menée en 2014 a montré qu'un tiers des personnes interrogées avaient connu une poussée de fièvre durant les deux semaines précédant l'entretien, mais que seulement 20% avaient cherché à se faire soigner dans une structure de santé. Et ce, principalement en raison du coût trop élevé des soins (pour 58% des personnes dans les zones urbaines, et pour 82% des personnes dans les zones rurales)⁷³.

Contraindre les patients à payer s'avère particulièrement problématique dans un pays touché par un conflit dans lequel plus de 65% de la population vit sous le seuil de pauvreté. En août 2014, un décret gouvernemental visait à réduire les barrières financières aux soins en abolissant les frais de santé durant la crise⁷⁴. Toutefois, en raison d'un manque de ressources, le décret a limité la gratuité des soins à certains groupes de patients (principalement les femmes et les enfants) et aux structures de santé soutenues par des ONG internationales dans le cadre du plan stratégique du Cluster Humanitaire (*Humanitarian Cluster*), bien qu'en pratique, celui-ci a été peu appliqué dans les faits.

Aujourd'hui, les barrières financières restent un problème majeur dans l'ensemble du pays. Un accouchement à l'hôpital dans la capitale, Bangui, peut coûter jusqu'à 21.000 francs CFA (soit l'équivalent de 37,6 dollars), et une césarienne jusqu'à 60.000 francs CFA (107 dollars), une somme égale aux dépenses de nourriture d'une famille de quatre personnes pendant un mois⁷⁵.

Comme indiqué précédemment, la **RDC** est sujette aux épidémies et aux crises. Un passage en revue de diverses épidémies de rougeole en 2017 a montré que le paiement par les patients est davantage la règle que l'exception, comme a pu le constater MSF lors de ses interventions. Contre le paludisme, seules deux structures de santé évaluées sur dix proposaient des soins gratuits ; dans les autres, les enfants de moins de cinq ans devaient payer de 0,4 à 1,2 dollar et les patients ambulatoires jusqu'à 6,7 dollars. Dans les hôpitaux, les patients devaient payer entre 1,2 et 3,18 dollars par jour, avec des césariennes facturées entre 28 et 38 dollars. Malgré un taux de morbidité et de mortalité très élevé dans le pays, le nombre de consultations quotidiennes dans ces structures de santé était très faible (généralement moins de dix patients) car la plupart des patients n'ont pas les moyens de payer les frais de santé.

La gratuité des soins lors des interventions d'urgence de MSF entraîne une augmentation importante du recours aux services de santé. C'est ce qui à nouveau été montré lors de l'épidémie récente d'Ebola à Likati (août 2017).



Évolution du recours aux soins de santé proposés par l'hôpital de référence.

Chiffres du rapport sur l'épidémie d'Ebola dans la zone de santé de Likati, ministère de la Santé, OMS et l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA - Japan International Cooperation Agency), 2017.

La gratuité des soins instaurée par le ministère de la Santé a entraîné une augmentation des consultations ambulatoires, des hospitalisations et des interventions chirurgicales d'urgence (voir graphique), ce qui a à son tour permis une meilleure détection des cas suspects. L'abolition du paiement des soins a aussi fortement réduit le nombre de décès liés à une trop longue attente avant de consulter. Le nombre de transfusions et la durée des séjours d'enfants à l'hôpital ont également été réduits, signe des bienfaits d'une intervention rapide et de soins efficaces et de qualité⁷⁶.

L'intervention de MSF en 2017 pour faire face à l'une des plus graves épidémies de choléra de ces dernières années en est un autre exemple. MSF a soigné plus de 22.000 cas sur 46.000 cas enregistrés dans tout le pays. Selon la réglementation du ministère de la Santé, le traitement du choléra doit être gratuit, mais sans approvisionnement médical ni financement, les hôpitaux sont contraints d'acheter l'équipement et les médicaments eux-mêmes. Ces coûts sont souvent répercutés sur les patients, qui n'ont pas les moyens de les assumer. Comme nous l'a ainsi expliqué un patient : « Avant l'arrivée de MSF, ils ne nous laissaient pas quitter [l'hôpital] si nous n'avions pas l'argent pour payer. Il fallait qu'un ami se porte garant ou que le chef du village assume la responsabilité et garantisse que nous payerions la facture. Ce n'est qu'alors que l'hôpital nous laissait partir »⁷⁷.

72 Pour plus d'informations sur les actions de MSF dans la région, voir : <http://www.msf.org/en/article/central-african-republic-crisis-update-september-2017>

73 MSF, Épicentre, OMS. Enquête de mortalité rétrospective et de couverture vaccinale dans la sous-préfecture de Bangassou, février 2015.

74 Ces limitations des frais imputés aux patients viennent s'ajouter aux exemptions normales pour les principales maladies mortelles, la malnutrition, le planning familial, etc.

75 Données de MSF collectées à Bangui en novembre 2017.

76 Ministère de la Santé, OMS et Agence japonaise de coopération internationale (JICA - Japan International Cooperation Agency), Rapport sur l'épidémie d'Ebola dans la zone de santé de Likati, RDC, 2017.

77 MSF, RD Congo : La RDC fait face à une des plus graves épidémies de choléra de ces dernières années, octobre 2017. Disponible sur : <https://msf.lu/fr/actualites/toutes-les-actualites/la-rdc-fait-face-a-une-des-plus-graves-epidemies-de-cholera-de-ces>

PARTIE III :

QUELLES IMPLICATIONS POUR LES PATIENTS ET LA CSU, ET QUE PEUT-ON FAIRE POUR AMÉLIORER LA SITUATION ?

Les agences internationales, telles que la Banque mondiale, l'OMS et d'autres agences des Nations unies, les bailleurs de fonds et les gouvernements nationaux jouent un rôle actif dans les processus de détermination des politiques de financement de la santé. Ces processus se font parfois de façon non seulement contradictoire avec les engagements précédents en matière de gratuité des soins pour les patients, mais ont également des répercussions néfastes sur les trois dimensions du « cube CSU » : les taux d'utilisation globaux des services, la gamme et la qualité des services fournis, et enfin, la protection financière des patients⁷⁸.

Il est temps d'arrêter de présenter le paiement direct des soins par les patients comme une option de financement de la santé viable pour atteindre la CSU !

En réalité, à cause des soins payants :

- Les patients sont exclus du système de santé, dissuadés de consulter ou tardent à venir se faire soigner, en particulier les groupes vulnérables et ceux avec un faible statut social (tels que les femmes)
- Les ménages s'appauvrissent et rencontrent des difficultés financières
- Les patients sont plus vulnérables face aux abus et aux mauvais traitements, tels que la privation de soins ou la « mise en détention » par les structures de soins jusqu'à ce que les patients se soient acquittés de leurs dus
- Le personnel de santé, mal rémunéré, est plus enclin à sacrifier la qualité des soins et à opter pour des traitements ou des services qui génèrent des bénéfices
- Les structures de santé sont sous-utilisées, ce qui rend la prestation de services moins efficace, tant en matière d'occupation des professionnels de santé que de la gestion des stocks de médicaments (notamment en terme de péremption des produits)
- Les processus de surveillance et de réaction aux épidémies sont affaiblis car les patients qui ne peuvent assumer les coûts de traitement ont tendance à venir se faire soigner tardivement
- Les structures de santé ne parviennent pas à proposer une couverture efficace pour les services de prévention

(tels que la vaccination) et les soins prioritaires (ex. VIH, tuberculose et paludisme)

- Le paiement direct des soins par les patients réduit la demande plutôt que de mobiliser des ressources supplémentaires

En outre, les systèmes d'exemption de frais basés sur l'évaluation des capacités financières des patients (critères d'éligibilité au statut d'indigent ou non) ne parviennent pas à protéger les personnes vulnérables et entraînent des coûts administratifs qui peuvent dépasser le recouvrement des recettes⁷⁹.

Sans une vérification effectuée de manière indépendante par les organisations de la société civile ou un suivi communautaire de la mise en place des politiques de gratuité des soins, il est peu probable que les subventions se traduisent par un accès financier et un recours aux services de santé accrus.

POUR AMÉLIORER LA MISE EN PLACE DE LA GRATUITÉ DES SOINS ET AVANCER RAPIDEMENT VERS LA CSU

L'OMS doit mettre à jour les éléments tangibles et existants prouvant l'impact néfaste du paiement direct des soins par les patients, les rappeler au bon souvenir des acteurs de la santé, et clarifier la politique à adopter en la matière.

Les acteurs clés du secteur, tels que la Banque mondiale, le Fonds mondial, l'ONUSIDA et autres agences actives dans le domaine de la santé, doivent exprimer clairement leur volonté de protéger l'accès à des soins gratuits sur le lieu de prestation des services, et mettre en place des mesures pour contrer l'impact négatif des frais directs imposés aux patients.

En premier lieu, nous devons nous assurer que les pays risquant de réduire leurs politiques existantes de gratuité des soins reçoivent le soutien nécessaire afin qu'ils n'optent pas pour des mesures « régressives » entravant les avancées vers la CSU.

⁷⁸ Pour plus d'informations sur les trois dimensions de la CSU, voir : http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/

⁷⁹ Mathauer, I., Les politiques de « gratuité » : opportunités et risques en marche vers la couverture sanitaire universelle (Note sur la politique de financement n° 2), OMS, Genève, 2017. http://www.who.int/health_financing/documents/free-health-care-policies/fr/

Dans la préparation et la mise en place de programmes de gratuité des soins, les pays doivent prendre le leadership, mais aussi bénéficier d'un soutien technique et financier suffisant. Nous proposons d'intégrer un axe de travail spécifique sur l'abolition du paiement direct des soins par les patients au processus CSU 2030 par exemple.

Dans le cadre des initiatives de renforcement des systèmes de santé, des mesures et des ressources spécifiques à l'amélioration des services doivent être allouées et ce, afin que ces derniers puissent absorber l'augmentation des taux de fréquentation et compenser la perte de revenus liée à l'abolition des soins payants.

Afin de garantir l'accès à des soins gratuits et de qualité, des mesures spécifiques doivent être prises pour s'assurer que les médicaments soient abordables et qu'à la fois les médicaments et les services soient suffisamment subventionnés. Par exemple, outre l'achat de produits médicaux (à des prix optimaux), le Fonds mondial devrait prendre les mesures nécessaires et allouer les ressources qui permettraient aux structures de santé de garantir une utilisation efficace des services. Il s'agit notamment de rémunérer correctement les professionnels de la santé de première ligne du service public afin d'éviter que des frais ne soient imputés aux patients. La réticence des bailleurs internationaux à contribuer au financement de la rémunération du personnel soignant doit être abordé. Des fonds spécifiques devraient également être alloués afin de permettre le suivi indépendant de l'application des

politiques de gratuité des soins, par exemple par le biais de la communauté ou des organisations de la société civile.

À court terme, il existe déjà diverses **possibilités** de supprimer les dépenses directes de santé encourues par les patients. Le GFF devrait fournir des financements et une assistance technique (au niveau mondial et national) pour éliminer ces barrières. Une attention particulière devrait également être portée à la révision des stratégies nationales de financement de la santé afin de pouvoir, à terme, établir des solutions moins régressives que le paiement direct des soins par les patients. Ces fonds communs, tels le GFF, peuvent exercer une influence essentielle pour atteindre la CSU. De même, le versement des subventions supplémentaires prévues par les régimes de financement de plus en plus basés sur la performance pourrait être conditionné à la prestation de services de santé gratuits.

Compte tenu des différentes initiatives internationales et des engagements en matière de CSU, il est nécessaire que la mouvance CSU se prononce d'une voix sur les conséquences néfastes des paiements directs des soins par les patients afin d'éviter davantage de souffrance et de décès. Cette déclaration devrait également plaider en faveur de l'abolition des soins payants et insister sur le fait que la pression croissante pour une mobilisation accrue des ressources nationales ne doit pas donner lieu à un accroissement des frais directs et autres dépenses liées à la santé pour les patients.



CONCLUSION

En matière de financement de la santé, les preuves démontrant l'inefficacité et le caractère inéquitable des pratiques de paiements dont les patients doivent s'acquitter au moment où ils reçoivent des soins sont légion. Elles entravent par ailleurs l'accès aux services de santé et entraînent une augmentation du taux de morbidité et de mortalité. L'introduction ou la réintroduction des soins payants est donc contraire à l'objectif fixé de CSU.

En 2005, ces paiements directs ou *user fees* étaient appelés « un mal inutile »⁸⁰, et en 2009, l'ensemble des acteurs de la santé étaient invités à « tirer les enseignements des vingt années écoulées et à ne pas militer pour le déploiement de mécanismes de financement inappropriés dans les pays les plus pauvres du monde »⁸¹ et ce, afin « d'instaurer la gratuité des soins dans ces pays »⁸². Près de dix ans plus tard, nous ne pouvons que rappeler les conséquences intolérables liées aux soins payants, telles que l'exclusion des services de santé et l'accroissement de la pauvreté.

Si la communauté internationale active dans le domaine de la santé souhaite réellement instaurer la CSU et tenir sa promesse de ne « laisser personne pour compte », le retrait du paiement direct par les patients, en particulier pour les médicaments et services essentiels, doit constituer une priorité.

C'est pourquoi MSF exhorte les législateurs, les gouvernements nationaux, les principaux bailleurs de fonds et les acteurs du secteur de la santé à l'échelle mondiale à activement et rapidement dissuader la mise en place de politiques qui se sont avérées néfastes pour les patients, et à mobiliser toutes les ressources et l'assistance technique nécessaires pour supprimer les paiements directs des soins des stratégies de financement et des réformes des systèmes de santé.



- 80 Sophie Witter, *An unnecessary evil? User fees for health care in low-income countries (Un mal « non nécessaire » ? Le paiement direct des soins par les patients dans les pays à faible revenu)*, janvier 2005, Save the Children. <http://www.eldis.org/document/A20422>
- 81 Yates, R. *Universal health care and the removal of user fees (Couverture sanitaire universelle et retrait du paiement direct des soins par les patients)*. *Op.Cit.*
- 82 « Your money or your life – Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries? » (*L'argent ou la vie – Les dirigeants sont-ils prêts à agir maintenant pour sauver des vies et rendre les soins de santé gratuits dans les pays pauvres ?*), 2009. Papier publié sous la direction d'Oxfam international et signé par soixante organisations, y compris MSF. Disponible sur : <http://oxfamilibrary.openrepository.com/oxfam/handle/10546/115075>



Médecins Sans Frontières/Doctors Without Borders (MSF)

Rue de l'Arbre Bénit 46

1050 Bruxelles

Belgique

Contact: aau@brussels.msf.org

www.msf.org