

Annexe 4 :

Articles préconisant un retour à la gratuité des soins.

Auteur(s) : Valéry Ridde, Karl Blanchet , Département de médecine sociale et préventive Unité de santé internationale, centre de recherche du CHUM Université de Montréal 3875, rue Saint-Urbain, bureau 507 Montréal, Qc Canada, H2W 1V1 Canada, Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) du CNRST du Burkina Faso 11 BP 1904 Ouagadougou CMS 11 Burkina Faso, Département de santé publique London School of Hygiene and Tropical Medicine Londres Royaume-Uni.

Résumé : Dans son rapport annuel de 2008, l’OMS affirme qu’il faut résister à la tentation de dépendre du paiement direct. Les membres de la commission de l’OMS sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que ceux de la conférence sur les soins de santé primaires de Ouagadougou en 2008, ont réaffirmé le besoin de rendre l’accès aux systèmes de santé plus équitable. Après quelques décennies d’imposition et de mise en place du paiement direct, les données probantes sont claires sur ses effets néfastes concernant l’équité d’accès aux soins. Aussi, le débat contemporain dans le domaine du financement de la santé est celui de la suppression du paiement direct. Usant d’un abus de langage, on peut finalement dire qu’il s’agit d’un débat sur le retour à la gratuité des soins, préexistante à la généralisation des systèmes de « recouvrement des coûts ». Dans cette Tribune libre, nous souhaitons faire état des tenants et aboutissants de ces discussions et, ainsi, poser les jalons d’un débat contradictoire sur l’une des stratégies, potentiellement efficace pour rendre les systèmes de santé plus équitables dans la perspective d’une couverture universelle. On constatera ainsi que les réflexions vont certainement, maintenant, devoir plus s’orienter sur la manière de supprimer le paiement direct que sur la pertinence de le faire, cette dernière paraissant largement soutenue par les données probantes. La communauté internationale doit maintenant pouvoir s’engager à soutenir les États qui souhaitent s’orienter dans cette direction tout en n’omettant pas de documenter ces processus afin de produire des connaissances utiles à la formulation de politiques publiques équitables.

Mots-clés : paiement des soins, exemption, Afrique, recouvrement des coûts

Auteur(s) : Valéry Ridde 1,2, Karl Blanchet 3 1Département de médecine sociale et préventive Unité de santé internationale, centre de recherche du CHUM Université de Montréal 3875, rue Saint-Urbain, bureau 507 Montréal, Qc Canada, H2W 1V1 Canada 2Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) du CNRST du Burkina Faso 11 BP 1904 Ouagadougou CMS 11 Burkina Faso 3Département de santé publique London School of Hygiene and Tropical Medicine Londres Royaume-Uni

« Le malade n’ira pas vendre sa mort au centre de santé... ».

Ces mots de Mariam Ouédraogo, qui vit dans un village reculé du Burkina Faso, décrivent la situation de ce pays, comme dans tous les pays du monde (y compris dans la plupart des pays riches), où les plus pauvres ne peuvent se soigner correctement faute d’argent. Pourtant, utilisant un vocabulaire presque religieux, l’OMS avance dans son rapport annuel de 2008 qu’il faut « Résister à la tentation de dépendre du paiement direct » [1, p. 26]. Et cette même femme de préciser sans ambages : « Pourquoi une difficulté ? Parce que si tu pars au centre de santé, le papier que tu dois prendre afin qu’on regarde de quoi tu souffres, ça coûte 200 francs [0,30 euro]. Tu prends ce papier avant qu’on ne te consulte. Si on te consulte et on voit ta maladie, pour te soigner, on te donne un autre papier, une ordonnance pour que tu achètes des médicaments. En ce moment, si tu n’as pas d’argent, tu vas rester à la maison pour te soigner. C’est ce qui fait que les centres de santé, c’est pas tout le monde qui y va ».

Ce témoignage publié dans un ouvrage récent [2] traduit la vie quotidienne de millions de personnes dans le monde.

Dans les pays qui ont instauré un système de santé largement financé par le public (à travers les taxes ou impôts), l'accès financier aux soins ne pose pas trop de problème. Mais en Afrique où les revenus fiscaux sont faibles et le financement de la santé majoritairement d'origine privée, les conséquences sont désastreuses. Les populations les plus pauvres des pays africains sont majoritairement exclues du système médical public. Alors que l'on vient de fêter les 30 ans d'Alma-Ata qui mettait l'équité au cœur des réformes sanitaires, l'OMS constate encore que « *la plupart des systèmes de santé dans le monde continuent de dépendre du mode de financement des services de santé le plus injuste : le paiement direct au point de services par les malades ou leur famille* » [1, p. 24]. Voilà pourquoi, notamment grâce au plaidoyer réalisé par de nombreuses ONG internationales, la déclaration finale du G8 de Toyako au cours de l'été 2008 a réaffirmé l'engagement pris à Gleneagles en 2005 de soutenir les pays africains désireux de mettre en place l'accès gratuit aux soins de santé de base pour les enfants. En 2009, la plupart des bailleurs de fonds, des agences des Nations Unies et quelques grands leaders du Sud et du Nord ont poursuivi dans la même veine en réclamant de rendre les services de santé de qualité sans paiement au point de service, ainsi que de lever les autres barrières à l'accès aux services de santé maternelle et infantile [3]. Mais si la prise de décision des grands bailleurs de fonds est si difficile à influencer, la mise en œuvre de la suppression du paiement direct en Afrique est semée d'embûches et de nombreux défis. Cet article n'est pas une recension des écrits scientifiques sur le thème de l'abolition du paiement [4]. Il s'agit simplement pour nous de prendre part au débat international qui a cours actuellement et de permettre aux lecteurs des Cahiers santé d'y participer à travers cette Tribune libre.

Échecs du paiement direct

Alors que l'Afrique francophone a été, en novembre 2008, l'hôte du forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé à Bamako, le momentum international est propice aux débats sur la gratuité des soins de santé. Tout d'abord, l'aide internationale consacrée à la santé n'a jamais été aussi importante. Elle est passée de \$6 milliards en 2000 à 14 milliards en 2005 [5]. Bien qu'elle soit insuffisante pour l'atteinte des OMD, trop concentrée sur des programmes destinés à des maladies spécifiques (sida, tuberculose, etc.) et pas assez sur le renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble, cela témoigne tout de même d'un regain d'intérêt des bailleurs de fonds pour la santé dans le monde. Ensuite, après 20 ans d'incitations internationales à demander aux patients de payer lorsqu'ils consultent, ce que l'on appelle le paiement direct, une vague de réformes s'installe pour supprimer cette modalité de financement des systèmes de santé dans les pays les plus pauvres. Il s'agit d'un « retour vers le futur » selon le Dr Abdoulaye Traoré, professeur de santé publique à l'université de Ouagadougou au Burkina Faso. Nous oserions reprendre ses mots pour parler d'un double retour vers le futur.

En effet, si en Afrique par exemple, plusieurs pays ont décidé de supprimer la modalité du paiement direct, car trop de personnes restent exclues du système, inversement, nombre de pays riches souhaitent instaurer de tels modes de paiement. En France, le débat est presque tranché, puisque le gouvernement a décidé d'organiser des franchises pour les services où cela n'existait pas encore ou de les augmenter lorsqu'elles étaient déjà présentes. Pour les Européens, le débat actuel aux États-Unis d'Amérique pour la mise en place d'une assurance publique paraît surréaliste tant les arguments des pourfendeurs de la proposition sont, la plupart du temps, fallacieux et dignes des publicités pour lessive. Au Canada, les fantômes de la marchandisation de la santé rodent, alors que nous savons bien que la privatisation entraîne partout l'escalade des coûts [6]. Au Québec, l'un des pères du système public de santé, Claude Castonguay, est aujourd'hui l'un des promoteurs de la privatisation du financement de la santé. Il vient de présider une commission d'étude qui a rendu son rapport en février 2008 dont le titre est éloquent « *En avoir pour notre argent* ». Ce rapport propose la mise en place de franchises (dont les plus pauvres seraient exemptés) sur la base d'arguments classiques, mais

contrecarrés par tous les experts depuis fort longtemps : les patients doivent payer, car il faut qu'ils se sentent responsables de leur santé et soient conscients des coûts engendrés par leur utilisation du système. Or, des experts estiment que 70 % de l'accroissement des dépenses de santé sont attribuables aux nouvelles technologies et non pas aux patients ou au vieillissement de la population [6].

Demander au patient de payer lorsqu'ils consultent est une hérésie mais aussi une idéologie exportée en Afrique par une « communauté épistémique » [7] de l'aide au développement dans le domaine de la santé. A posteriori, cela a permis à des chercheurs d'affirmer que : « *Dans le domaine du financement des services de santé, une élite mondiale a dominé les discussions politiques à l'aide de leur contrôle des ressources financières et, d'une manière certainement plus importante, leur contrôle des termes des débats par leurs expertises, leur soutien à la recherche et leur position centrale dans les réseaux mondiaux des politiques publiques* » [7].

Ainsi, dans les années 1980, la Banque mondiale et d'autres bailleurs de fonds avaient largement imposé le paiement direct. Auparavant, l'accès dans les formations sanitaires africaines était gratuit, même si la qualité et la disponibilité des services laissaient la plupart du temps à désirer. Un haut fonctionnaire d'un pays ouest-africain nous mentionne [2] : « *Les organisations internationales font des pressions sur les États, envoient des techniciens, etc. et donc amènent les États à écrire des choses dans lesquelles ils ne voient pas grand-chose. On voit, mais on ne comprend pas tout à fait. [...] L'Unicef, l'OMS, la Banque mondiale disent... bon écoutez, on va mettre cela en œuvre puisque l'on dit que dans d'autres pays ça marche* ».

Le premier ministre de la Grande-Bretagne confirme, dans un discours prononcé en septembre 2009 devant les Nations Unies, qu'« *au cours des années 1980, de mauvaises politiques et de mauvais conseils pour le développement ont fait en sorte que de nombreux pays pauvres ont demandé aux patients de payer les soins, parfois seulement quelques pennies, ce qui fut une sentence de mort pour des millions de personnes* » (<http://www.number10.gov.uk/Page20763>). Mais il ne faut, cependant, pas oublier la complicité de ces élites politiques autant au Nord qu'au Sud, ce qu'une chercheuse américaine nomme les « *acolytes nationaux* » [8], car ces élites « *se soignent toutes dans le privé, et souvent à l'étranger [et] n'accordent aucune priorité réelle à la santé publique* » [9].

Toutes les expériences d'imposition du paiement direct ont montré que cela ne permettait pas de financer le système de santé des pays africains et, qu'au contraire, cela constituait une barrière à l'accès pour les plus pauvres. En Afrique, des études de la Banque mondiale ont prouvé que le paiement direct ne couvrirait pas plus de 5 à 10 % des besoins de financement des systèmes de santé [2]. Les populations les plus malades, en l'occurrence les plus pauvres, financent ainsi en partie le système de santé. Or, le respect des principes de solidarité et d'équité voudrait que l'on tienne compte de la « *capacité à payer* » des populations, ce qui n'est pas le cas. En Sierra Léone, les plus pauvres consacrent 25 % de leurs revenus aux dépenses médicales, tandis que les plus riches seulement 3,7 % de leurs revenus [10]. On estime que 10 à 30 % de la population en Afrique sont exclues du système de santé pour des raisons financières [11]. Ils seront « *toujours arrêtés à la porte* », nous disait un paysan du Burkina [2]. De plus, un grand nombre de personnes s'endettent pour payer leurs ordonnances ou sont obligées de vendre leurs animaux ou leurs récoltes. C'est ce que l'on appelle des « *dépenses catastrophiques* » qui augmentent l'appauvrissement des pauvres lorsqu'ils tombent malades. Selon l'OMS, 100 millions de personnes tombent chaque année dans la pauvreté, car elles doivent payer les soins de santé, c'est ce que certains nomment la *medical poverty trap* [12]. Selon les enquêtes de santé mondiale de l'OMS, 80 % des ménages pauvres du Burkina Faso doivent s'endetter pour faire face aux dépenses de santé [13]. En 2006, un rapport de Human Rights Watch sur la situation au Burundi a fait grand bruit [14]. Il est le parangon des effets pervers de la privatisation du financement de la santé en Afrique parfaitement décrite dans plusieurs ouvrages depuis une décennie [15]. Face au besoin de récupérer les sommes dues par des patients hospitalisés incapables de payer, les gestionnaires des hôpitaux ont trouvé la solution : la rétention. Alors que

dans d'autres pays, certains patients s'enfuient la nuit pour ne pas payer (les infirmiers les appellent les « évadés ») ou que certains gestionnaires réquisitionnent les pièces d'identité des malades jusqu'à ce qu'ils reviennent payer (dans certains hôpitaux, ce sont des cartons entiers qui gisent dans les bureaux). Au Burundi, la solution a été extrême. Des dizaines de malades ont ainsi été séquestrés de quelques jours à plusieurs semaines. Les gardiens des hôpitaux qui appartiennent souvent à des entreprises de gardiennage privées surveillent les débiteurs. Christine, une jeune femme de 18 ans avance « lorsque j'ai reçu une ordonnance, le médecin m'a dit "tant que tu n'auras pas payé, nous allons t'emprisonner" » [16]. Nous sommes là aux limites de la rentabilité et de la privatisation. Discutant de la reconfiguration des hôpitaux publics selon cette idéologie, des journalistes du Burkina Faso usent d'un titre révélateur pour leur article : « Sociétés d'État. Le bâton de la rentabilité râpe la carotte de l'autonomie » (Journal du Jeudi, no 619, 2003). L'obligation de payer lorsque l'on utilise les services de santé est bien ancrée « dans l'esprit des gens », il faut « rentabiliser » dit le Dr Sawadogo. Et pour que les patients n'oublient pas cette prescription, le dicton « Pour la santé, soyons prêts à payer le prix » est affiché sur le mur du centre de santé de Bindi² dans une région du Nord du Burkina Faso.

Retour vers le futur, vers la gratuité ?

Pour toutes ces raisons scientifiques mais aussi et surtout pour des questions d'équité et de justice sociale, de plus en plus, de personnes s'accordent aujourd'hui pour demander la suppression du paiement direct. Le fait qu'une étude ait estimé que l'abolition du paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans dans 20 pays d'Afrique subsaharienne pourrait sauver 150 000 à 300 000 vies n'est certainement pas sans avoir eu des effets en faveur de ces décisions positives [17]. Même la Banque mondiale, qui a été le plus ardent défenseur de l'imposition du paiement direct des soins dans les années 1980 et 1990 [7], semble maintenant pencher pour ce choix. Mais pour combien de temps ? Jusqu'en 2015 pour atteindre les OMD ? En 2001, alors que nous assistions à une conférence d'experts sur le sujet, venus du monde entier à Clermont-Ferrand, le discours d'un des fonctionnaires de la Banque mondiale en faveur de la suppression du paiement a surpris l'auditoire. Cela lui a valu quelques questions de la part de chercheurs et décideurs africains présents dans la salle qui ne comprenaient pas bien ce revirement. Ainsi, dans sa nouvelle politique de santé promue en 2007, la Banque mondiale affirme qu'elle soutiendra les pays qui décident d'abolir le paiement direct. Le gouvernement du Danemark vient d'en faire de même. Sans disposer encore d'une prise de position officielle (malgré la requête du rapport Morange en 2005), la France, par l'intermédiaire de l'Agence française de développement, a soutenu le Niger, dès 2006, lorsque ce pays a décidé de rendre gratuit les césariennes. Le gouvernement anglais a précédé ce mouvement dès 2006, à la suite de sa fameuse Commission for Africa qui réclamait cette décision. Il a aujourd'hui pris une position officielle à l'égard de la suppression du paiement et soutiendra les pays du Sud qui iront dans cette voie [18]. Du côté de l'OMS, la directrice générale a appuyé cette décision anglaise, ce qui paraît logique, puisqu'en 2007, elle affirmait que : « si vous voulez réduire la pauvreté, cela me paraît censé d'aider les gouvernements à abolir le paiement » [19]. L'Unicef, initiatrice principale de l'initiative de Bamako (IB), en 1987, qui généralisait le paiement des soins (avec les médicaments génériques et la gestion communautaire), a commandé fin 2008 une revue des politiques d'abolition du paiement dans plusieurs pays africains afin de l'aider dans sa prise de décision [20]. La Commission européenne, quant à elle, peine à prendre la décision politique. De façon informelle, et sans trop faire de bruit, son bureau d'aide humanitaire (ECHO) appuie des ONG européennes qui mettent en place la gratuité en Afrique. Mais les fonctionnaires de l'aide au développement à Bruxelles ne semblent pas tous d'accord avec leurs collègues de l'aide humanitaire, qui pourtant viennent d'officialiser cette position dans les contextes d'aide d'urgence [21].

Les gouvernements africains, parfois soutenus par les ONG internationales, sont en train d'emboîter le pas. L'Afrique du Sud (1994) ou l'Ouganda (2001) en sont maintenant à plusieurs années d'expériences. En Afrique de l'Ouest, bien que nous en soyons encore aux balbutiements, certains pays ont démarré des suppressions de paiement. Le Sénégal a rendu gratuits les soins pour les personnes âgées, les césariennes et

dans certaines régions les accouchements; au Mali, ce sont les césariennes et les médicaments contre le paludisme pour les enfants de moins de cinq ans ; au Niger, les césariennes, les consultations pour les enfants de moins de cinq ans et les consultations prénatales ; au Burkina Faso, les accouchements et les césariennes sont subventionnés à 80 % par l'État, et les indigents ne devraient rien payer. Dans tous ces pays, les effets sont immédiats, et le nombre de consultations a augmenté parfois de manière exponentielle, surtout dans les pays où les moyens ont été mis en place pour répondre à l'accroissement de cette demande, tout en ayant pris le soin de bien informer la population [22-24]. Mais cela n'a pas toujours été bien préparé, car les décisions d'abolir le paiement ont souvent été d'ordre politique sans que les techniciens n'aient eu le temps de préparer leurs mises en œuvre. Les décisions ont souvent été prises à la suite d'incitations internationales (dans le cadre des politiques de lutte contre la pauvreté où les termes de « conditionnalité » ont disparu contrairement à leurs pratiques), mais aussi et surtout de crises majeures pour lesquelles la suppression du paiement a été vue comme faisant partie de la solution : les détentions de patients au Burundi, la crise alimentaire au Niger, le cyclone en Haïti ou le blocus à Madagascar [4].

Résistances et défis de la gratuité

Il subsiste encore des réticences dans certains pays pour sauter dans un train dont la locomotive roule sous énergie exogène. Drissa, infirmier rencontré dans un dispensaire au Niger dira même : « *j'ai l'impression que le Niger est devenu un laboratoire pour tester tous les systèmes, un pays cobaye* ». La suppression du paiement soulève certaines inquiétudes, comme son introduction l'avait fait dans les années 1980. On se rappellera des expériences très contrôlées et largement critiquées à l'époque [25], au Niger, justement, et au Cameroun, en faveur du paiement direct [26, 27]. On s'inquiète des enjeux politiques d'une telle annonce, des modalités de son financement, de la préparation qui souvent fait défaut, du besoin de suivre et d'évaluer l'introduction d'un tel changement, ou encore de sa pérennité. Très rares ont été les pays qui se sont dotés d'un système de suivi et d'évaluation de leur nouvelle politique, dont les résultats pourraient pourtant leur donner des preuves utiles pour convaincre et corriger éventuellement la mise en œuvre.

L'exemple de cette réticence est celui de l'ancien ministre de la santé du Burkina Faso qui a décidé, en janvier 2008, la réduction (passant de 5 000 à 1 500 FCFA), et non pas la suppression, du paiement des traitements des antirétroviraux (ARV) « *en attendant que la question de la gratuité trouve réponse dans la durabilité des financements requis* » disait-il dans un journal³. Pourtant, dans les faits, des travaux ont montré que 80 % des patients ne payaient pas, car leur forfait est pris en charge par des associations locales [28]. Ces traitements sont gratuits dans tous les pays de la région, et la recherche a montré, au Sénégal par exemple, que la gratuité n'empêchait pas les patients de bien suivre leur traitement, contrairement aux idées reçues, le ministre résiste encore. De plus, les effets de la gratuité de l'accès aux ARV sur la mortalité ont été explicités en Éthiopie. La fourniture gratuite des ARV a accéléré la réduction de la mortalité liée au VIH. Cette mortalité a baissé de 16 % lorsque les ARV ont été disponibles, mais sous réserve du paiement d'un ticket modérateur. Lorsque ce ticket a été supprimé et que les patients ont eu accès gratuitement aux ARV, la mortalité a baissé de 41 % [29]. Au Niger, la décision politique du président d'abolir le paiement de certains services ne semble pas avoir été intégrée de la même manière dans tous les ministères, notamment celui des Finances, puisque « *quand ça arrive au trésor, on a l'impression que ce n'est plus une priorité nationale* », nous dit un représentant d'une agence internationale de coopération. Un autre exemple est celui d'une génération d'experts, souvent à l'origine de la généralisation des systèmes de recouvrement des coûts en Afrique, qui, lors d'une étude sur la gratuité des soins au Niger en 2007, affirment que « *aucune étude ne montre dans quelle mesure le recouvrement des coûts constituerait un obstacle à la fréquentation des formations sanitaires* » [30]. Pourtant, de telles études existent depuis fort longtemps pour l'Afrique [31, 32] en général, et pour le Niger en particulier dans deux études. La première, dans la région de Tillabéry, a constaté une baisse des consultations après l'instauration d'un système de recouvrement des coûts [33]. Dans la seconde étude, l'instauration d'un paiement direct de 200 FCFA en 1993 a réduit l'utilisation des services, bien que le faible échantillon fasse en

sorte que la baisse ne soit pas statistiquement significative [27, 34]. Cette même étude, au Niger, montre aussi que si les prix augmentent la probabilité que les plus pauvres utilisent les services se réduit, ce qui, pour des économistes habitués à l'élasticité des prix, n'est pas une surprise. Ce même type de révisionnisme se constate chez les anciens promoteurs du recouvrement des coûts de l'IB de l'Unicef, dont certains sont passés aujourd'hui à la Banque mondiale. Ils ont affirmé récemment que l'IB « *n'était pas initialement organisée pour atteindre les groupes les plus pauvres, mais pour restaurer l'accès à des soins abordables et de qualité pour la majorité de la population rurale* » [35, p. 28]. Le caractère équitable de l'IB (qui pourtant inquiétait aussi ces experts « *éviter que ce système ne glisse vers une approche trop gestionnaire qui ferait fi de la notion d'équité* » [36, p. 153]) et son principe numéro 7 concernant les mesures d'exemption du paiement sont passés à la trappe, ce qui n'est pas nouveau [37]. Les utilitaristes prennent le pas sur les rawlsiens. Il ne s'agit pas de dire que le « recouvrement des coûts » et son instrument qu'est le paiement direct, lorsqu'ils ont été accompagnés d'une amélioration durable de la qualité (ce qui est rare), n'ont pas permis à plus de personnes d'utiliser les services. Cependant, d'une part, les taux d'utilisation en Afrique de l'Ouest, notamment, restent encore aujourd'hui ridiculement bas après 20 ans de paiement direct, et, d'autre part, rien n'a jamais été fait de sérieux pour les populations qui n'ont pas les moyens de payer, et elles sont nombreuses. Ces dernières demeurent toujours exclues, et la suppression du paiement est peut-être une solution, mais assurément ni la seule, ni la plus facile à entreprendre. Une expérience récente au Burkina Faso montre que les indigents exemptés du paiement utilisent enfin les services, mais les plus éloignés et les plus isolés d'entre eux n'en profitent guère [38]. De surcroît, certains villageois ne comprennent pas non plus cette nouvelle politique de suppression du paiement. Dans les années 1980, l'idéologie de la participation communautaire voulait faire en sorte que les paysans puissent contrôler les centres de santé par la mise en place de comités de gestion. D'un point de vue politique, cela n'a jamais vraiment fonctionné. Les élites locales et les enjeux de pouvoir ont perduré [39]. Cette participation s'est limitée à une contribution financière, à « une opération de recouvrement des coûts » [40]. Aussi, les paysans qui en avaient les moyens ont pris l'habitude, à force de leur rappeler, de payer. Quinze ans après, ce sont des millions de F CFA qui dorment dans les caisses des centres de santé. Ces responsables communautaires ne comprennent plus maintenant pourquoi on leur demande de supprimer ce paiement. Quelles seront les modalités de remboursement ? De nombreuses personnes doutent des capacités de l'État et lui font peu confiance pour la prise en charge financière.

De plus, un certain nombre de personnes se souviennent de l'histoire de la santé publique soit-disant gratuite en Afrique. Ils ont ainsi peur de revenir à l'ancien système où gratuité rime avec absence de médicaments et de qualité des soins. Car il ne faut pas non plus oublier que le terme « gratuité » est un abus de langage pour forcer le trait et lancer un message médiatique. Même si l'acte médical n'est plus payant, le patient devra toujours payer le transport, le temps perdu, l'alimentation des accompagnants et tous les autres frais. De plus, cet acte « gratuit » devra être remboursé/payé aux centres de santé par l'État. En l'absence de données de recherche, il faudra aussi rapidement s'interroger sur les réels bénéficiaires de ces politiques. On peut en effet émettre l'hypothèse d'équité inverse [41] mise à jour au Brésil par exemple, proposant que les interventions de santé publique universelles ne profitent pas immédiatement aux plus pauvres mais d'abord aux plus riches. C'est ce que l'on découvre aujourd'hui au Canada à l'égard des politiques de lutte contre le tabagisme. Les quelques rares données sur les effets de l'abolition selon les groupes sociaux au Ghana et en Ouganda sont contradictoires sur les effets différenciés. Nous sommes là au cœur de la fameuse idéologie de l'égalité des chances qui, bien souvent, ne fait qu'approfondir les inégalités.

Ajoutons que les infirmiers qui bénéficient dans certains pays de ristournes sur ces paiements ne sont pas très heureux non plus. Pour un certain nombre d'entre eux, les paiements directs sont un moyen commode d'arrondir les fins de mois de leurs maigres salaires. Enfin, la dernière difficulté à surmonter est celle du financement. Pour le moment, la plupart de ces politiques d'exemption sont financées directement ou indirectement par les bailleurs de fonds internationaux. La mode passée, poursuivront-ils ? À quand le

prochain revirement de politique des bailleurs de fonds ? Les États africains vont-ils enfin, à l'aune de ces expériences, accorder un budget décent à la santé ? Abolir le paiement ne semble pas une décision financièrement intenable pour les États, surtout dans un contexte d'accroissement de l'aide internationale dans le domaine de la santé. Mais cela ne suffit pas. Il faut aussi investir dans l'amélioration conséquente de l'offre de soins et payer des salaires décents aux professionnels de la santé. La déclaration d'Abuja et l'engagement des États de consacrer au moins 15 % de leur budget à la santé n'ont été respectés que par une minorité de pays. Selon l'OMS, l'engagement en 2005 n'est qu'à hauteur de 8,8 % pour les pays de la zone Afrique.

Conclusion

Rendre les soins gratuits pour les plus pauvres en Afrique est une solution utopique, l'utopie devant ici être comprise, au sens proposé par le sociologue allemand Karl Mannheim, comme la volonté de préparer le futur par le refus de la situation présente où des millions de personnes sont encore exclues des soins de santé. La santé pour tous, à l'an 2000, était un slogan aussi fort qu'il est aujourd'hui malheureux. Abolir le paiement des soins est non seulement juste et équitable, mais les modalités de mise en œuvre paraissent de l'ordre du faisable en Afrique. Les plus optimistes d'entre nous peuvent penser que l'idéologie dominante (qui dissimule le présent aurait dit Mannheim) de la privatisation est en train d'être un tant soit peu attaquée en Afrique. Au nom de la reconnaissance grandissante du droit à la santé, des luttes associatives pour l'accès aux médicaments ARV et de l'accès aux soins comme un nouveau bien mondial, les bailleurs de fonds, et les responsables politiques africains commencent à vouloir agir en faveur de l'accès aux soins des plus pauvres.

Il nous faut souhaiter que la communauté internationale perdure dans ses efforts. Il faut non seulement poursuivre ces tentatives en faveur des plus pauvres, mais aussi continuer d'améliorer l'offre de soins et la qualité des services prodigués en Afrique, dans le contexte d'États qui ont encore besoin de reprendre leur place [42]. Sinon, les plus pessimistes d'entre nous diront qu'il s'agit encore d'une lubie, d'un puits sans fonds, et les promoteurs de la privatisation reviendront à la charge. Il faut rester très vigilant, car la Société financière internationale associée à la Banque mondiale vient de publier, en 2008, un rapport qui recommande l'investissement dans le secteur privé de la santé en Afrique. Le titre en anglais annonce plus clairement son contenu que sa traduction française : *The Business of Health in Africa* [43]. Sont-ce là les prémices annonciatrices d'une nouvelle vague de réformes ?

Source : « *Les Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* » (Volume 19, Numéro 2, 101-6, avril-mai-juin 2009, Tribune libre).