

RÉSUMÉ RAPPORT MSF

LES OUBLIS DANS LES OBJECTIFS DE LA CSU: LES PLUS VULNÉRABLES LAISSÉS DE CÔTÉ

© Oliver Barth/MSF/Sierra Leone

RÉSUMÉ

En fournissant des soins médicaux gratuits à des personnes dans des situations de conflit, de catastrophes naturelles, de pandémies et à des personnes exclues du système de santé, les équipes de MSF sont en première ligne pour constater les difficultés d'accès aux soins de santé dans le monde. Notre rapport s'appuie sur cette expérience pratique et identifie les obstacles spécifiques à l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables. Si la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) constitue un jalon important pour les engagements en cette matière, nous sommes néanmoins **préoccupés par le fait que l'agenda actuel de la CSU et la plupart des plans nationaux concernant la CSU ne respectent pas le principe "Leave No One Behind" (Ne laisser personne de côté).**

La couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que chaque personne a accès à tout l'éventail des services de santé de qualité dont elle a besoin, au moment et à l'endroit où elle en a besoin, sans que cela génère pour elle de difficultés financières. (Source: OMS)

MSF a déjà fait part de ses inquiétudes quant à la manière dont les objectifs de couverture universelle sont élaborés, avec un manque d'attention pour les obstacles importants à l'accès aux soins. Dans ce rapport, nous avons rassemblé des exemples de problèmes d'accès

aux soins pour les personnes les plus vulnérables et celles qui se trouvent dans les situations sanitaires les plus critiques, comme les personnes en situation d'urgence et de crise, les migrants et les réfugiés, et les personnes contraintes de renoncer à des soins essentiels en raison d'obstacles financiers. À travers ces exemples, complétés par la littérature académique et grise sur le financement de la CSU, **nous mettons en évidence les écarts réels et saillants entre les aspirations déclarées de la CSU et les expériences vécues par des millions de personnes.** Si aucune mesure n'est prise pour relever les défis cruciaux auxquels sont confrontés celles et ceux qui n'ont pas accès à des soins de santé abordables en temps voulu, l'agenda de la CSU et les plans nationaux manqueront leur but et perdront en crédibilité.

Le financement de la santé est en crise. Les augmentations précédentes des dépenses de santé pendant la pandémie de COVID-19 sont maintenant réduites, et avec l'effondrement du financement externe de la santé par le biais des budgets d'aide mondiaux, de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire sont confrontés à des difficultés pour fournir des soins de santé. En conséquence, il y a peu 'd'argent frais' pour élargir l'accès aux soins de santé et, dans de nombreux pays, les ressources publiques consacrées à la santé ont même été réduites. Cette situation a entraîné une augmentation des dépenses personnelles et des dépenses de santé catastrophiques au niveau des patients individuels.

LA CSU OUI... MAIS PAS POUR LES PERSONNES QUI NE PEUVENT PAS PAYER

Ce rapport documente les conséquences directes de ces tendances pour les patients. Au Mali, au Burundi, en Sierra Leone, au Sud-Soudan et en Afghanistan, **le caractère inabordable des dépenses de fonctionnement pousse les gens à renoncer aux soins ou à les retarder**, et les initiatives de soins **de santé gratuits qui existaient auparavant risquent** de disparaître. Les médicaments essentiels sont trop souvent indisponibles dans les services publics, ce qui oblige les gens à soit se procurer des médicaments dans des points de vente privés onéreux (qu'ils paient de leur poche), soit se passer complètement de médicaments.

Il est inquiétant de constater que les patients qui n'ont pas les moyens de payer les frais d'hospitalisation sont détenus, comme constaté au Burundi et au Zimbabwe par exemple. Les coûts sont de plus en plus souvent répercutés sur les patients dans les services de santé publique. Au Sud-Soudan, où les soins de santé dépendent presque entièrement de financements extérieurs, la réduction de l'aide a conduit les établissements à faire payer les patients, ce qui a entraîné une réduction de 50 % des consultations dans les structures de santé.

La santé des femmes paie le prix fort des finances réduites.

En Sierra Leone, près de la moitié des femmes vivant en milieu rural accouchent en dehors des établissements de santé en raison de la distance qui les sépare de ces derniers et du coût des soins. Au Mali, les barrières financières sont un élément dissuasif majeur pour les soins de santé. En Afghanistan, le retour des talibans a entraîné d'importantes restrictions dans l'accès aux soins des femmes par le manque de soignants féminins; en plus, les initiatives financées par les donateurs ayant été retirées ou réduites, les difficultés financières auxquelles sont confrontées les femmes à la recherche de soins de santé se sont accrues. Au Zimbabwe, les problèmes de financement ont entraîné l'imposition de frais de consultation exorbitants aux nouvelles mères; certains établissements font état d'une réduction de près de 50 % du nombre de consultations et d'accouchements. En Haïti, la mortalité maternelle reste élevée et l'accès aux soins urgents est souvent inabordable : une patiente pouvant se voir facturer jusqu'à 190 dollars dans le secteur public pour une césarienne.

Le financement des maladies infectieuses est sous extrême pression.

Le paludisme reste l'une des principales maladies infectieuses mortelles en Afrique subsaharienne. Pourtant, au Burundi, en Guinée, en Sierra Leone et au Sud-Soudan, MSF comble presque systématiquement les lacunes dans la disponibilité des médicaments et prend en charge les patients qui n'ont pas les moyens de payer le coût du traitement. Dans tous les pays, parmi les patients atteints de tuberculose sensible aux médicaments en 2022, entre 30 et 50 % des ménages ont dû faire face à des dépenses de santé catastrophiques - et cette proportion est doublée quand le patient est atteint de tuberculose résistante ou d'une co-infection par le VIH.

En République démocratique du Congo, en RCA, au Sud-Soudan, en Guinée et au Mozambique, malgré la disponibilité de services financés par des donateurs internationaux, il reste pour les patients des dépenses importantes à faire pour des médicaments ou de tests de laboratoire en dehors du paquet de soins gratuits pour le VIH et la tuberculose. Trop souvent, les patients se présentent tardivement aux soins, souvent avec un stade avancé de la maladie parce qu'ils n'ont pas pu accéder aux soins nécessaires en temps voulu.

Les patients atteints de maladies non transmissibles (MNT) ont besoin d'un traitement continu,

mais ils doivent payer des frais de transport vers les structures de santé, pour des examens de suivi, des tests de laboratoire ou des médicaments qui ne sont pas fournis gratuitement dans les services publics. Au Kenya, les soins primaires sont déclarés gratuits, mais la plupart des structures de soins de santé primaire ne prennent pas en charge les maladies non transmissibles; de plus, les soins ambulatoires dans les hôpitaux sont coûteux. Les organisations communautaires font état de problèmes liés à la disponibilité de médicaments gratuits contre les maladies non transmissibles et ont évalué que, par exemple, dans le comté d'Embu, environ la moitié des patients n'ont pas pu accéder leur traitement; et pour beaucoup d'entre eux, même les pharmacies communautaires subventionnées étaient inabordables. Au Liban, la crise économique a eu un impact significatif sur la disponibilité des soins et a limité les possibilités d'accès à des services abordables. Avec l'augmentation des coûts et les fréquentes pénuries de médicaments dans le secteur public, de nombreux patients atteints de maladies non transmissibles n'ont pas les moyens de se soigner.

Les équipes de MSF ont également constaté des obstacles financiers spécifiques et d'autres **barrières rencontrées par les populations les plus vulnérables**, comme les personnes toxicomanes au Kenya, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Mozambique, ou les victimes de violences sexuelles et fondées sur le genre en Guinée. Ces personnes doivent payer de leur poche des examens médicaux de base et n'ont pas accès aux soins médicaux.



LA CSU OUI... MAIS PAS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE CRISE

Dans les situations de crise liées aux épidémies, aux conflits et aux catastrophes naturelles, les situations de vulnérabilité préexistantes et les lacunes éventuelles des services de santé risquent fort de s'aggraver. Et pour les personnes vulnérables, les obstacles aux soins de santé augmentent de manière disproportionnée. Les mesures visant à protéger les personnes dans de telles situations de crise font défaut dans de nombreux endroits, et des mesures opportunes visant à garantir l'accès aux soins essentiels, pour les besoins de santé existants et nouveaux, sont en particulier absentes des plans nationaux de CSU.

Deux milliards de personnes, soit un quart de la population mondiale, **vivent aujourd'hui dans des zones touchées par des conflits**. Il est difficile d'assurer la protection du personnel de santé de première ligne, ce qui compromet encore davantage la sécurité des soins de santé pour les blessés et malades. Dans un contexte d'insécurité, avec des structures de santé fonctionnelles peu nombreuses et éloignées les unes des autres, et en l'absence d'un soutien international permettant de fournir gratuitement des soins essentiels, les gens doivent faire face à des coûts pour accéder aux soins qui s'avèrent inabornables. Ils y renoncent donc souvent. La continuité du traitement est un défi spécifique en temps de crise, en particulier pour les personnes sous traitement contre le VIH, la tuberculose et les maladies non transmissibles. L'accès aux soins en temps voulu est un défi pour les personnes touchées par la violence et les déplacements. Les services de santé existants sont le plus souvent déficients, et peuvent aussi être moins efficaces pour atteindre certaines personnes, comme le montrent les districts du nord du Mali et du Mozambique (province de Cabo Delgado).

La crise de la COVID-19 est un exemple bien documenté de choc majeur pour les systèmes de santé du monde entier (y compris dans les pays plus riches). Elle a permis de tirer des enseignements importants à appliquer dans les plans nationaux de CSU, mais ceux-ci ne semblent pas avoir été suffisamment pris en compte. Les équipes de MSF ont constaté des obstacles à l'accès pendant la pandémie, avec des coûts inabornables pour les diagnostics, les traitements et les soins hospitaliers dans les établissements publics et privés, mais aussi l'exclusion des migrants et d'autres groupes vulnérables des programmes de vaccination.

Lors d'une épidémie, les obstacles financiers empêchent la recherche de soins en temps utile pour les problèmes de santé directement liés à l'urgence, mais affectent aussi négativement l'accès aux soins de santé en général, ce qui entraîne des retards dans la détection des cas par la surveillance par les établissements de santé. En raison d'une couverture vaccinale réduite, de nombreux pays sont actuellement confrontés à des épidémies évitables par la vaccination, comme la rougeole, la diphtérie, etc.; un traitement efficace à temps est nécessaire, ainsi que des campagnes de vaccination.



©MSF/Pierre Fromentin/Belgium

LA CSU OUI... MAIS PAS POUR TOUTES PERSONNES MIGRANTES ET RÉFUGIÉES

Aujourd'hui, une personne sur huit est migrante ou est déplacée de force. Les personnes migrantes, y compris les réfugiés, présentent souvent des conditions de santé moins bonnes et sont confrontées à de multiples obstacles dans l'accès aux soins. Les systèmes de santé doivent être adaptés pour fournir des soins de santé préventifs, primaires et mentaux, de manière à atténuer les obstacles juridiques, administratifs, linguistiques et discriminatoires. Les besoins en matière de santé des personnes migrantes et la précarité de leur accès aux soins en raison des déterminants sociaux et politiques de la santé doivent être pris en compte de manière efficace, quel que soit leur statut juridique.

Pourtant, l'expérience de MSF dans des pays comme la **Belgique, l'Italie, la Pologne, la Grèce, le Liban et l'Afrique du Sud** montre que les personnes migrantes se heurtent à des obstacles considérables pour accéder aux services essentiels et urgents, parfois même lorsque l'environnement politique le prévoit explicitement. L'accès effectif des personnes migrantes à des soins de santé abordables est entravé par une série d'obstacles administratifs et par des procédures souvent complexes. Il existe des exemples particulièrement graves de mères enceintes et d'enfants de moins de cinq ans exclus des services de santé, notamment en raison de frais exorbitants. Suite à la crise économique au Liban, le coût des soins a augmenté et avec les réductions de financement du HCR, les réfugiés sont confrontés à une augmentation des frais de santé à payer de leur poche.

Les plans nationaux de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle doivent comprendre des mesures visant à éliminer les divers obstacles à l'accès aux soins de santé à tous les niveaux, et proposer des services organisés de façon adaptée aux personnes migrantes, garantissant la gratuité des soins et un soutien adapté sur le plan culturel et linguistique. La participation et l'engagement actifs et efficaces de la communauté dans la navigation des services pour les patients et la facilitation de l'accès peuvent s'avérer déterminants.

LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE NE PROTEGENT PAS LES PERSONNES VULNÉRABLES

Dans de nombreux plans nationaux, l'assurance maladie est le moyen proposé pour atteindre la CSU. Toutefois, étant donné que plus de 60 % de la population active mondiale travaille dans l'économie informelle, les mécanismes d'assurance maladie sociale qui requièrent des cotisations de la part des employeurs sont difficiles à mettre en place. Les taux de couverture actuels sont inférieurs à 10 % dans de nombreux pays à faible revenu. Il est peu probable que ce mécanisme permette d'atteindre l'objectif des soins de santé pour tous dans un avenir immédiat. En outre, les régimes auxquels les gens sont inscrits, comme le montrent le Kenya et le Burundi, ont une couverture limitée pour les services dont les gens ont besoin et ne les protègent pas suffisamment contre les dépenses de leur poche. L'inclusion des personnes migrantes et réfugiées à ces régimes est administrativement difficile.



©Tsvangirayi Mukwazhi/Zimbabwe

NOUS CONCLUONS NOTRE RAPPORT PAR SIX RECOMMANDATIONS CLÉS:

- 1 Mettre davantage l'accent sur une action urgente visant à améliorer concrètement l'accès des personnes aux soins essentiels, en particulier et avant tout pour les plus vulnérables, tels que les personnes en situation d'urgence et de crise, les migrants et les réfugiés, et les personnes contraintes de renoncer à des soins essentiels en raison d'obstacles financiers.**
- 2 Soutenir en priorité les initiatives fournissant des services de santé subventionnés dans le cadre d'exemptions de paiement par les patients, pour de larges groupes cibles, des populations vulnérables spécifiques et pour fournir gratuitement des services de santé clés ayant un impact important sur la santé publique, tels que la santé des femmes et des enfants, le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, et lors de flambées épidémiques et d'autres crises.**
- 3 Mettre à jour les plans nationaux de couverture sanitaire universelle en y ajoutant un chapitre spécifique comprenant les principes et les modalités pratiques d'une prestation de services efficace, pertinente et accessible pour répondre aux besoins de santé des personnes touchées par des situations de crise et d'urgence.**
- 4 Les plans nationaux de couverture sanitaire universelle devraient garantir l'inclusion systématique, proactive et efficace des personnes migrantes, des personnes réfugiées et des populations déplacées, y compris les demandeurs d'asile, les personnes sans papiers et les autres groupes de personnes marginalisées.**
- 5 Compte tenu des problèmes économiques auxquels sont confrontés de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, seule la mobilisation des ressources nationales ne suffira pas à répondre aux besoins de financement de la santé; la disponibilité d'un financement international supplémentaire déterminera la possibilité d'améliorer l'accès aux services de santé essentiels dans un délai raisonnable. La priorité devrait être de veiller à ce que ces services bénéficient d'abord aux personnes les plus vulnérables.**
- 6 Engager et impliquer davantage les patients, les communautés et la société civile dans les processus d'élaboration et d'évaluation des plans nationaux de CSU.**

Alors que l'expérience de MSF montre les obstacles que rencontrent les personnes les plus pauvres, les plus vulnérables et les plus discriminées dans l'accès aux soins de santé, nous sommes préoccupés par le fait que l'agenda actuel de la CSU et la plupart des plans nationaux de CSU ne respectent pas le principe "Ne laisser personne de côté" (Leave No One Behind). Les personnes qui sont forcées de renoncer aux soins, les personnes migrantes et les personnes réfugiées, ainsi que celles en situation de crise, ne font pas l'objet d'une attention suffisante. Tant que ces personnes vulnérables ne seront pas prises en compte dans les cibles de la CSU, l'agenda CSU et les plans nationaux seront voués à l'échec.

Il est urgent d'aboutir à un véritable changement et à des résultats tangibles en matière d'accès aux soins, y compris et surtout pour les personnes les plus vulnérables.