

LES POLITIQUES DE « GRATUITÉ » : OPPORTUNITÉS ET RISQUES EN MARCHÉ VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE



Inke Mathauer
Benoit Mathivet
Joe Kutzin



Organisation
mondiale de la Santé

NOTE SUR LA POLITIQUE DE FINANCEMENT NO 2

LES POLITIQUES DE « GRATUITÉ » : OPPORTUNITÉS ET RISQUES EN MARCHE VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Inke Mathauer
Benoit Mathivet
Joe Kutzin



**Organisation
mondiale de la Santé**

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J. Les politiques de « gratuité » : Opportunités et risques en marche vers la Couverture Sanitaire Universelle. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication ne représente pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iv
Messages clés	v
1. Qu'est ce qu'une politique de gratuité ?	1
2. Pourquoi est-il important de parler des politiques de gratuité en relation avec la CSU ?	3
3. Quelle est la place des politiques de gratuité dans la politique de financement de la santé ?	4
4. Que savons-nous, en théorie et en pratique, sur les politiques de gratuité ?	6
Que savons-nous de l'impact des politiques de gratuité sur l'utilisation, l'équité dans l'utilisation et la protection financière?	6
Que savons-nous de l'impact d'une politique de gratuité sur la prestation de services de santé ?	7
Que savons-nous sur les effets des politiques de gratuité sur la fragmentation?	8
5. Le point de vue de l'Organisation mondiale de la Santé	9
Références	11
Liste de Tableaux	
Tableau 1: Aperçu de politiques de gratuité récentes dans certains pays	3
Tableau 2: Politiques de gratuité et questions de politiques de financement de la santé	5

REMERCIEMENTS:

Nous aimerions remercier Hélène Barroy et Agnès Soucat pour leurs apports et commentaires précieux. Nous sommes aussi reconnaissants à Priyanka Saksena, Bayarsaikhan Dorjsuren, Alexis Bigeard et Fahdi Dkhimi pour leurs suggestions utiles. Enfin, nous remercions Fahdi Dkhimi pour son appui à la traduction de ce document.

Nous exprimons également notre gratitude pour l'appui financier du Projet P4H, financé par le Ministère Fédéral de la Coopération Economique et le Développement de l'Allemagne (BMZ) ainsi que l'Agence Suisse de la Coopération de Développement (DEZA) et géré par Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ, Agence Allemande de Coopération Internationale).

MESSAGES CLÉS

- Les politiques de gratuité consistent à abolir les paiements formels directs payés par le patient aux prestataires de santé. Le champ d'application de cette gratuité varie sur deux axes : d'abord la population ciblée qui va de certains groupes spécifiques plus ou moins importants à l'ensemble de la population présente sur un territoire ; ensuite, le panier de soins couverts par cette gratuité, qui peut se limiter à certains services spécifiques ou couvrir un panier de soins plus large, voire même l'ensemble du panier de soins délivré au niveau des services de santé primaire.
- La présente note distingue les politiques de gratuité des mesures d'exemption directement attribuées par le personnel de santé ou par les autorités locales au point de service, le plus souvent pour les indigents. La différence essentielle réside dans le fait que ces mesures d'exemption ne sont pas systématiques et ne requièrent pas une évaluation de revenus ou de ressources des individus pour définir la population cible.
- L'avantage de ne pas avoir de mécanisme formel de ciblage pour ces politiques de gratuité – telles que définies ci-dessus – réside dans le fait qu'elles sont plus simples à mettre en œuvre au niveau opérationnel. Par contre, le revers de la médaille de cette relative simplicité opérationnelle existe, notamment au niveau de l'impact en termes d'équité. En effet, puisque les services couverts le sont indépendamment du revenu des individus (à la différence des politiques d'exemptions de frais ciblées), les non-démunis y ont également accès, souvent de manière disproportionnée, du fait notamment de barrières géographiques plus prononcées pour les plus pauvres. Un ciblage géographique des prestataires plus utilisés par les populations pauvres, ou des régions les plus pauvres, est un moyen de réduire ce risque.
- Les données disponibles sur l'effet des politiques de gratuité en termes de protection financière et d'utilisation des services de santé montrent une situation contrastée. Des lacunes dans la conception et dans l'implantation de ces politiques, particulièrement en termes de cohérence avec les autres réformes du financement de la santé dans le pays, ont souvent limité leur contribution à l'ambition de CSU. Cela a pu notamment aggraver la fragmentation du financement de la santé, sérieusement perturber la délivrance des services de santé, voire même provoquer l'augmentation des paiements informels à la charge du patient pour les services normalement gratuits.
- Au niveau des prestataires de services de santé, les facteurs clés du succès de ces politiques de gratuité sont : i) compenser financièrement non seulement la perte de recettes causée par l'introduction de la gratuité au point de services mais aussi pour l'augmentation de la fréquentation engendrée par la gratuité ; ii) établir un système d'incitations adéquat pour garantir la prestation de service et la redevabilité envers les utilisateurs. Faire cela implique la mise en place d'un lien explicite entre les services promis et la façon dont les prestataires seront rémunérés pour ces services rendus ainsi que le renforcement de la capacité des prestataires à fournir les services prioritaires par la politique de gratuité. De plus, cela nécessite également souvent d'accroître le niveau d'autonomie des prestataires dans la gestion de leurs propres ressources.

- Néanmoins, si elles sont bien conçues, mises en œuvre et s’inscrivent clairement dans une vision stratégique plus large définissant les étapes vers la CSU, les politiques de gratuité peuvent constituer un bon point de départ pour entamer des réformes plus systémiques.
- Cependant, à ce jour, les retours d’expérience sur le passage d’une politique de gratuité vers des réformes plus ambitieuses dans le champ du financement de la santé restent limités. Cela devrait donc être une piste prioritaire pour la recherche opérationnelle dans les années à venir.

1 QU'EST CE QU'UNE POLITIQUE DE GRATUITÉ ?

Au cours des décennies précédentes, nombre de pays en développement ont promis des soins gratuits dans les services de santé publics. Pourtant, le manque de financement et des problèmes de gouvernance se sont souvent traduits par une non-disponibilité des soins. Une réponse communément apportée à ce problème a consisté en l'introduction formelle de frais à la charge de l'utilisateur, qui constituaient souvent des recettes propres pour les prestataires de soins. Une telle mesure trouvait sa justification dans les principes promus par l'Initiative de Bamako qui faisait de la participation des communautés dans le financement et la gestion des services de santé le fer de lance pour relancer la stratégie des soins de santé primaire en Afrique (voir UNICEF 2008 pour un résumé des grands axes de cette initiative). Ceci permit une meilleure disponibilité d'intrants-clés, notamment les médicaments. Dans certains cas, des études montrèrent que l'introduction des frais à la charge du patient eut même un effet positif en termes d'utilisation des services de santé quand cette dernière fut accompagnée de mesures visant à améliorer l'offre de soins et à permettre une plus grande autonomie des prestataires. Ces recettes directes, gérées de façon décentralisée au niveau du prestataire de soins, eurent un effet positif sur la motivation du personnel, entraînant *de facto* une meilleure qualité des soins. Par contre, d'autres études montrent que, dans les cas où ces paiements directs par le patient furent introduits sans mesure d'accompagnement et sans autonomisation du prestataire, l'utilisation des services de santé s'est contractée, souvent au détriment des personnes pauvres et/ou vulnérables,

qui se retrouvèrent exclus des services de santé. En outre, alors que les frais à la charge des utilisateurs étaient initialement censés constituer des ressources additionnelles pour le système de santé, bien souvent leur introduction a été suivie d'une baisse des financements publics, entraînant une détérioration de la disponibilité et de la qualité des services (voir Barroy 2013 et Ridde 2015).

L'exemption des frais fut introduite pour des groupes de population bien définis, souvent ceux considérés comme vulnérables et/ou pauvres. Ces derniers étaient identifiés en utilisant deux modalités : soit ad hoc au niveau des prestataires de soins, sur la base d'une évaluation de la capacité à payer du patient par les professionnels de la structure de soins, soit en amont par le gouvernement local ou des autorités communautaires qui fournissaient aux ménages pauvres, au cas par cas, un document officiel leur permettant de bénéficier d'une exemption de paiement. Néanmoins, l'efficacité de ce mécanisme à fournir une protection financière effective fut rapidement remise en cause alors qu'une barrière financière importante à l'utilisation des services de santé persistait. Ceci peut s'expliquer par le fait que les mécanismes d'exemption basés sur un ciblage direct n'étaient que peu ou pas opérants pour un certain nombre de raisons souvent liées à des problèmes de mise en œuvre et de faisabilité (Bitran and Giedion 2003, Ridde 2007). Cela incluait le non-respect des règles d'exemption, un manque de clarté dans les politiques d'éligibilité ou un manque d'accompagnement dans la manière de déterminer cette éligibilité. Aussi, les personnels de santé étaient

réticents à l'idée d'accorder des exemptions, alors qu'il n'existait pas de système clair de compensation financière pour le manque-à-gagner que généraient ces exemptions. De ce fait, les pauvres ont continué la plupart du temps à faire face aux conséquences financières des paiements directs ou ont dû renoncer au traitement.

Les politiques de gratuité des soins ont progressivement gagné en popularité au cours des dix dernières années, principalement en Afrique de l'Ouest. Elles sont actuellement introduites par un certain nombre de pays à revenu faible et intermédiaire en réaction à une situation dans laquelle les services de santé financés par le gouvernement et fournis par des prestataires publics ne sont en pratique accessibles que par le paiement de frais à la charge de l'utilisateur. Les politiques de gratuité ont pour objectif de réduire les barrières financières en éliminant les frais acquittés au niveau du prestataire. Le champ d'application de la gratuité varie selon deux axes : d'abord la population ciblée qui va de certains groupes spécifiques plus ou moins importants à l'ensemble de la population présente sur un territoire ; ensuite, les services couverts qui vont de certains services spécifiques à un paquet de soins plus large, ou encore à l'ensemble du paquet de soins délivré au niveau des services de santé primaire. Quand elle s'applique à des groupes de population particuliers, ces derniers sont généralement caractérisés par une vulnérabilité d'origine médicale ou financière. Des critères sociodémographiques (âge, grossesse etc.) ou sociogéographiques (espace géographique défini) aisément observables sont utilisés de manière à déterminer si une personne est éligible à la gratuité des soins. Cela marque une différence importante avec le recours à des évaluations individuelles appliquées pour déterminer si une personne

a droit à l'exemption de frais d'utilisation ou si elle peut bénéficier d'une prime d'assurance maladie subventionnée. Ainsi, dans le cadre de la présente note, les exemptions fondées sur une évaluation individuelle de la vulnérabilité économique ne sont pas considérées comme faisant partie des politiques de gratuité.

Il est important de noter que dans beaucoup de pays, des services gratuits dédiés à des maladies spécifiques ou à la promotion de la santé sont en place depuis des décennies. Cela inclut par exemple: la vaccination des enfants, le planning familial, la prévention et le traitement des maladies transmissibles (Tuberculose, VIH/SIDA, malaria et autres maladies infectieuses). Les raisons pour lesquelles ces services sont offerts gratuitement sont principalement pour promouvoir l'accès équitable à ces services, en particulier pour les groupes de population les plus pauvres, et pour leur fort impact bénéfique en termes de santé publique et leur statut de bien public. Plus récemment, la cible de ces politiques de gratuité s'est étendue vers une gamme plus large de services, en particulier ceux relatifs aux Objectifs de Développement du Millénaire 4 et 5 visant à réduire la mortalité infanto-juvénile et maternelle. Les exemples de services de santé gratuits incluent les soins anténataux, les accouchements assistés, les césariennes, les services de santé dédiés aux enfants en dessous un âge défini (souvent 5 ans), ou un ensemble de services pour les personnes âgées au-dessus d'un âge défini (souvent 65 ans). Ces services sont choisis afin de protéger des groupes de population reconnus comme particulièrement vulnérables, et en particulier les populations pauvres. Le tableau 1 fournit des exemples de politiques de gratuité mis en place dans certains pays.

2 POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE PARLER DES POLITIQUES DE GRATUITÉ EN RELATION AVEC LA CSU ?

En introduisant une politique de gratuité, un gouvernement entend explicitement faire des progrès par rapport aux deux objectifs finaux de la CSU :

1. Une utilisation des services de santé alignée sur les besoins de santé de la population;
2. L'amélioration de la protection financière des usagers des services de santé et de leurs proches.

Implicitement, une politique de gratuité entend aussi améliorer la qualité des services de santé garantis à travers cette politique. La transparence et la redevabilité sont des

aspects-clés : les personnes ont besoin de connaître leurs droits à la gratuité. Le but est donc d'améliorer la CSU dans ses trois dimensions: l'extension de la prise en charge à un ensemble de *services* spécifiques à un *coût* direct à la charge du patient moindre, en général pour certains groupes spécifiques de *population*. Le manque de ressources budgétaires pour financer les politiques de gratuité sur le chemin de la CSU implique des arbitrages, en donnant la priorité à certains services et/ou certains groupes de population. Ceci requiert des décisions au sujet de qui doit avoir accès et recevoir une protection financière, et donc, de manière implicite ou explicite, qui ne doit pas.

Tableau 1 : Aperçu de politiques de gratuité récentes dans certains pays

Services	Population	Exemples de pays
Santé primaire	Tous	Lesotho, Uganda, Liberia, Zambie
Anténataux, postnataux	Femmes enceintes	Niger, Bénin, Burundi, Soudan, Ghana, Tanzanie, Malawi, Afrique du Sud
Accouchement	Femmes enceintes	Burkina Faso, Madagascar, Kenya, Sénégal, Burundi, Niger
Césarienne	Femmes enceintes	Niger, Bénin, Burundi, Sénégal, Madagascar, RDC
Dédiés aux enfants	Enfants	Niger, Bénin, Burundi
Soins curatifs pour les enfants	Enfants	Soudan, Ghana, Tanzanie, Malawi, Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, Madagascar
Malaria	Tous	Burkina Faso

Source: adapté de Barroy 2013

3 QUELLE EST LA PLACE DES POLITIQUES DE GRATUITÉ DANS LA POLITIQUE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ?

Le financement de la santé inclut les activités attenantes à trois méta-fonctions : la levée de fonds, la mise en commun et l'achat de services, ainsi que les politiques portant sur le panier de services de santé auquel a droit tout ou une partie de la population (voir OMS 2010). Ainsi définie, une politique de gratuité donne, à tout ou une partie de la population, le droit à l'accès gratuit à certains services au point d'utilisation. En conséquence, du point de vue du système de financement global, une politique de gratuité contribue avant tout à la détermination du panier de services, puisqu'elle met la priorité sur certains services ou certaines populations en retirant toute forme de co-paiement. En même temps,

la mise en œuvre des politiques de gratuité requièrent et provoquent des décisions liées à d'autres fonctions du financement de la santé, en premier lieu quant aux questions de mobilisation des ressources, de collecte des fonds et de modalités d'allocation, ainsi que d'achat de services et de modes de paiement des prestataires. Ainsi, le mécanisme de définition du panier de soins doit être aligné avec les autres grandes fonctions du financement de la santé, ainsi qu'avec les arrangements en matière de prestation des services de santé. Le tableau 2 ci-dessous répertorie certaines questions cruciales de politique et d'alignement liées aux politiques de gratuité.

Tableau 2: Politiques de gratuité et questions de politiques de financement de la santé

Fonction du financement de la santé	Analyse et question à se poser	Contribution potentielle au renforcement du système de santé et au progrès vers la CSU
Levée de fonds	<p>Y-a-t-il des ressources spécifiques pour la politique de gratuité de manière à compenser le manque-à-gagner lié à l'abolition des paiements directs par l'utilisateur ? De quelles sources proviennent ces fonds (additionnels) ?</p> <p>Le financement dédié à la politique de gratuité s'ajoute-t-il ou remplace-t-il le financement existant ?</p> <p>Ces fonds levés spécifiquement pour la politique de gratuité sont-ils effectivement transférés aux prestataires de services ?</p> <p>Le financement dédié à la politique de gratuité prend-il en compte l'augmentation souhaitée de l'utilisation ?</p>	Réduction des paiements directs et augmentation du prépaiement financé par des fonds publics, qui peut se traduire par une amélioration de la protection financière et une augmentation de l'utilisation.
Mise en commun / Mutualisation	Les fonds additionnels dédiés à la politique de gratuité sont-ils mis en commun avec d'autres fonds, ou sont-ils gérés séparément ?	Une mise en commun plus large offre un meilleur potentiel de redistribution entre services nécessaires et populations.
Achat	<p>Un acheteur séparé est-il mis en place ou utilisé afin de payer les services fournis au titre de la politique de gratuité, ou est-il le même que pour les autres services ?</p> <p>La réforme portant sur les gratuités inclut-elle des changements dans les méthodes de paiement des prestataires qui stimulent la production et la qualité des services ?</p> <p>Les incitations créées par les frais à la charge de l'utilisateur pour le personnel de santé sont-elles remplacées par d'autres incitatifs dans le système de paiement des prestataires ?</p> <p>Quels sont les changements apportés aux systèmes d'information, s'il y en a, afin de relier l'utilisation des services gratuits aux mécanismes de paiement ?</p>	Renforcement de la gestion financière et de la capacité d'achat pour une utilisation efficiente des ressources, ainsi que des systèmes de gestion de l'information pour le monitoring et le paiement des prestataires.
Panier de services	<p>Comment la population est-elle informée de ses droits à prestation définis dans la politique de gratuité ?</p> <p>Les droits définis dans la politique de gratuité sont-ils explicitement reliés à des mécanismes d'achat ?</p> <p>Comment une « nouvelle » politique de gratuité est-elle en lien ou modifie-t-elle les paniers de soins et de services couverts préexistants ?</p>	Priorisation de l'allocation des ressources publiques pour des services ou vers des groupes de population identifiés dans la politique de gratuité, dans le but d'accroître l'utilisation des services et d'augmenter la protection financière.
Prestation de services de santé	<p>Est-ce que tout est prêt du côté de l'offre de soins, en termes de ressources humaines et d'autres intrants nécessaires pour garantir la provision des services promis ? Les personnes peuvent-elles effectivement obtenir les services "gratuits" (disponibilité physique) ?</p> <p>Est-ce que cette politique s'applique uniquement aux prestataires publics ou également aux prestataires privés et/ou à ceux gérés par des ONG ? Quels facteurs doit-on considérer avant de prendre une décision à ce sujet ?</p> <p>Cela permet-il aux prestataires d'acquérir une meilleure capacité managériale, y compris en ce qui concerne l'utilisation des fonds ?</p>	La disponibilité et la qualité des services sont essentielles au bon fonctionnement de la politique de gratuité, qui peut stimuler l'investissement ainsi que d'autres actions nécessaires à de telles améliorations (par ex. sur les protocoles de traitements, la contractualisation de prestataires privés, etc...).

4 QUE SAVONS-NOUS, EN THÉORIE ET EN PRATIQUE, SUR LES POLITIQUES DE GRATUITÉ ?

QUE SAVONS-NOUS DE L'IMPACT DES POLITIQUES DE GRATUITÉ SUR L'UTILISATION, L'ÉQUITÉ DANS L'UTILISATION ET LA PROTECTION FINANCIÈRE ?

Alors que l'évidence est mitigée, un impact positif majeur est observé sur l'utilisation des services de santé (Ridde et al. 2012, Lagarde et al. 2012). Cela doit donc être bien anticipé lorsqu'un pays planifie l'introduction d'une telle politique. Une réduction des paiements directs n'est pas automatique : elle peut ou ne pas être observée. Néanmoins, les données à ce sujet sont limitées et le peu d'études conduites montrent des résultats ambivalents (voir Nabyonga et al. 2011 pour l'Uganda par exemple). Le coût des médicaments ou des services afférents (de diagnostic par exemple) nécessaires au traitement ne sont souvent pas « couverts » par la politique de gratuité, ou ne sont simplement pas disponibles, et les coûts indirects tels que les coûts de transport et de la nourriture restent substantiels (Kruk et al. 2008, Perkins et al. 2009, Hatt et al. 2013). L'étude de Xu et coll. (2005) montre que, malgré la politique de gratuité des soins dans les structures publiques mise en place en Ouganda, les dépenses catastrophiques liées à un recours aux services de santé n'ont pas diminué pour les catégories de populations les plus pauvres.

Dans certains cas, l'augmentation de la demande n'est pas correctement anticipée et assurée par un approvisionnement accru

en matériel médical et en médicaments, au point que les patients sont forcés de payer ces derniers de manière informelle ou de les obtenir auprès du secteur privé. La démotivation du personnel a aussi été rapportée comme une résultante importante de ce manque de préparation (Ridde et al. 2012). Une politique de gratuité pour un service spécifique ne couvrant pas certains éléments d'une intervention donnée (excluant par exemple les médicaments et les fournitures médicales nécessaires à la délivrance du soin) est donc insuffisante pour améliorer la protection financière de façon significative.

Une question clé est de savoir concrètement quelle politique sert au mieux les pauvres : une politique d'exemption basée sur une évaluation des ressources/du revenu ou une politique de gratuité utilisant un ciblage indirect sur la base de critères aisément observables, sociodémographiques ou géographiques ? La politique de gratuité est en principe considérée comme un second choix, car les services ne bénéficient pas exclusivement aux plus démunis, l'accent étant moins mis sur l'équité du système de santé : des personnes « non-pauvres » bénéficieront également des services couverts alors que d'autres personnes en situation difficile ne seront pas protégées en cas de besoin de services non-inclus dans le panier de soins gratuits.

En pratique, la question est la suivante: est-ce que les politiques de gratuité bénéficient effectivement aux plus pauvres et aux plus vulnérables ? Est-ce que les rares fonds publics

sont effectivement dépensés en faveur des plus pauvres ? L'expérience est mitigée. Dans certains pays, l'augmentation de l'utilisation a été principalement imputable aux personnes pauvres et vulnérables (Ridde et al. 2010). Dans d'autres cas, les évaluations montrent que les femmes des groupes de revenus plus élevés ont bénéficié plus des politiques de gratuité, particulièrement quand celle-ci s'applique à l'accouchement par césarienne (El-Khoury et al. 2012, Hatt et al. 2013). Il existe donc une hétérogénéité de situations. Mais globalement, en moyenne, la dépense publique tend à être pro-riche (Wagstaff et al. 2014). L'analyse de l'incidence des bénéfices de la dépense publique est cruciale dans ce cas précis pour éviter de remplacer une politique régressive de frais payés par l'utilisateur par une politique de gratuité tout aussi régressive, et pour s'assurer que l'introduction d'une telle politique bénéficie en priorité aux plus pauvres.

Plusieurs aspects de l'offre et de la demande de soins peuvent expliquer cette tendance pro-riche de la dépense publique allouée via une politique de gratuité des soins. Il y a certes un biais du côté de l'offre, du fait notamment de la concentration des services dans les zones géographiques plus aisées. Mais il existe aussi des obstacles du côté de la demande, auxquels les pauvres sont confrontés de manière plus aiguë, quelles que soient les modalités de financement mises en place, si aucune mesure explicite n'est prise pour les contrer. Ces obstacles sont financiers (par exemple les paiements informels ou au secteur privé, les coûts de transport, ainsi que les coûts indirects) et non-financiers (par exemple l'accès géographique limité aux établissements de santé, les barrières culturelles et linguistiques...). Les pauvres font aussi face à des coûts d'opportunité plus élevés proportionnellement à leurs revenus

quand ils veulent accéder aux services de santé (voir Gabrysch et Campbell 2009).

QUE SAVONS-NOUS DE L'IMPACT D'UNE POLITIQUE DE GRATUITÉ SUR LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ ?

Même quand le budget alloué à la santé augmente au niveau central, cela ne résulte pas forcément dans un meilleur financement et une meilleure prestation de soins aux niveaux décentralisés. Afin d'éviter que la gratuité soit une promesse vaine, il est nécessaire de rendre ces services effectivement disponibles et accessibles en fournissant des ressources physiques et financières suffisantes et adaptées, et en s'assurant que les fonds mobilisés soient transmis vers la base de la pyramide sanitaire. Sinon, dans un contexte de sous-financement des services de santé, l'introduction de la gratuité sans augmentation des ressources allouées peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins (Ridde et al. 2013). Ceci est dû au fait que les prestataires ne peuvent alors pas faire face à l'augmentation de la demande de soins, qui provoque une pénurie accrue de personnel et de produits médicaux, comme ce fut le cas au Mali et au Niger par exemple (Olivier de Sardan and Ridde, 2013). A Madagascar, la politique de gratuité a été retirée après qu'elle ait eu des répercussions négatives sur la disponibilité des médicaments (James et al. 2006).

En outre, un incitatif financier pour le personnel de santé disparaît quand les frais payés par le patient, qui constituaient une source directe de financement du prestataire, sont abolis. Même si le montant total collecté à travers le paiement direct des patients

peut paraître marginal, il constitue en réalité une ressource non négligeable pour le personnel soignant au niveau du prestataire de services. Il est important de reconnaître que ces incitatifs pour le personnel doivent être remplacés par d'autres incitatifs à la performance. En fait, il a été démontré que le moral et la motivation du personnel de santé chutaient lorsque les fonds disponibles pour les motiver diminuaient au niveau du prestataire, ayant ainsi un effet perturbateur sur des systèmes de santé déjà dysfonctionnels (Ridde et al., 2012). Il en résulte que les utilisateurs pourraient se détourner des services gratuits si les médicaments ne sont pas fournis dans ces établissements, ce qui augmenterait les paiements directs et la probabilité d'être exposée à des dépenses catastrophiques (Barroy, 2013). Une mise en œuvre sans heurt est aussi importante : plusieurs études ont en effet montré que les retards de remboursements des prestataires ont été une des causes principales de la baisse de la qualité des services fournis à titre gratuit (Ousseini & Kafando 2013).

Cependant, il y a aussi des exemples positifs de pays qui essaient de résoudre ces difficultés. Dans l'état de Jigawa au Nigeria, une ligne budgétaire explicite a été consacrée au Programme de santé gratuite de la mère et de l'enfant (Baruwa et al. 2011). Autre exemple : l'intégration de deux mécanismes – un système de financement basé sur la performance et un mécanisme de gratuité au point d'utilisation pour les femmes enceintes – au Burundi pour devenir une politique de gratuité effective et bien financée, avec l'argent alloué mis effectivement à la disposition des prestataires de soins et des incitatifs clairs à la performance (Fritsche et al. 2014).

QUE SAVONS-NOUS SUR LES EFFETS DES POLITIQUES DE GRATUITÉ SUR LA FRAGMENTATION?

Mettre en place un financement séparé et un mécanisme spécifique pour la politique de gratuité (sans connexion ou intégration avec les autres systèmes de financement) peut contribuer à une plus grande fragmentation du système de santé. De plus, plusieurs pays lançant des politiques de gratuité commencent dans le même temps la mise en place de mécanismes d'assurance maladie visant à collecter les contributions de certains groupes de la population. Dans le cas où il existe plusieurs politiques de gratuité pour une variété de services, cela peut créer une désincitation à l'affiliation aux régimes d'assurance maladie qui ont une ambition plus grande en terme de couverture – notamment l'étendue du panier de soins – et de mutualisation et de subventionnement croisé.

5 LE POINT DE VUE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Une politique de gratuité peut être un moyen efficace d'étendre la couverture dans un contexte où les ressources sont contraintes. Elle peut ainsi faire partie d'une stratégie nationale de financement de la santé et agir comme un catalyseur d'une dynamique vers la CSU, sous réserve d'être bien conçue, bien mise en œuvre, et d'intégrer des mécanismes de suivi afin de répondre rapidement en cas d'identification d'un problème de mise en œuvre ou d'un souci d'équité. C'est en pratique une politique d'extension du panier de soins qui met la priorité sur certains services / certains groupes de population, mais peut aussi servir comme une porte d'entrée pour promouvoir et se focaliser sur la levée de fonds et l'alignement des systèmes de paiement des prestataires sur les priorités d'allocation du pays. Comme le but des politiques de gratuité est de diminuer les paiements directs, elles cherchent à réduire les barrières financières à l'accès aux soins et à améliorer la protection financière en particulier pour les plus pauvres et les plus vulnérables. En ciblant les politiques de gratuité sur les régions les plus pauvres ou pour certains types de prestataires (par exemple, les centres de santé mais pas les hôpitaux), cela renforcerait l'orientation pro-pauvre de ces politiques.

Cependant, l'impact de ces politiques de gratuité est jusqu'ici plutôt mitigé, surtout pour les plus pauvres qui peuvent ne pas en avoir bénéficié, ou du moins dans une moindre mesure que les populations plus aisées. Afin que ces politiques « tiennent leurs promesses », il faut mettre en place un

certain nombre de mesures préparatoires et complémentaires. Premièrement, il est nécessaire de mobiliser des ressources financières suffisantes et s'assurer de leur allocation au niveau des prestataires de soins. Ceci est une condition nécessaire pour compenser les pertes financières induites par l'abolition des frais d'utilisation. Deuxièmement, les mécanismes de paiement des prestataires pour ces services doivent être en place avant même le lancement de la politique de gratuité, de manière à ce que les services gratuits promis puissent être effectivement délivrés, et que les personnels de santé soient motivés pour répondre à la demande accrue de services de santé attendue et garantir une plus grande redevabilité aux usagers. Troisièmement, des efforts sont nécessaires afin d'améliorer et de rendre disponibles les services de santé et de les rapprocher des populations les plus distantes et les plus vulnérables. Des mesures en ce sens incluent l'attribution d'une plus grande autonomie aux prestataires de soins en matière de gestion des ressources mises à leur disposition, tout en leur imposant des règles de redevabilité accrue. Enfin, mais pas des moindres, il est nécessaire de mettre en place des mesures d'accompagnement qui visent à lever les barrières existantes du côté de la demande (ex : les transferts conditionnels d'argent) de manière à ce que les politiques de gratuités agissent effectivement en faveur des plus pauvres. Ceci implique de faire le diagnostic de tous les facteurs (et pas seulement des frais à la charge du patient) qui contraignent l'utilisation des services de

santé prioritaires par les pauvres et de faire le suivi de leur évolution dans le temps.

Néanmoins, les politiques de gratuité ne peuvent jouer qu'un rôle transitoire dans la voie des pays vers la CSU. A ce jour, très peu de pays ont réussi à élargir la palette de services fournie gratuitement à un panier plus large de services essentiels. Il n'existe que peu d'évidence scientifique sur comment garantir le passage des politiques de gratuité à un ensemble de réformes plus ambitieux afin de garantir de vrais progrès durables vers la CSU. Ceci doit devenir un axe de recherche prioritaire pour les années à venir. A moyen terme, une des options est de structurer les politiques de gratuité en un mécanisme d'achat explicite géré par une agence d'achat qui perçoit des transferts budgétaires et dont le rôle est d'acheter des services de santé au nom de toute ou une partie de la population. Si, par exemple, il existe une caisse d'assurance maladie, cela pourrait amener à l'intégration de la responsabilité d'acheter les services rendus gratuitement à la population dans le panier de soins gérés par cette caisse, tout en s'assurant que les services sont délivrés à tous, et pas seulement aux cotisants de cette caisse.

Un autre fait préoccupant est le manque potentiel d'alignement avec les autres mécanismes de financement de la santé et les autres réformes en cours dans ce domaine, ce qui peut facilement résulter en un niveau de fragmentation accru. Il est donc crucial d'assurer la cohérence des dispositions légales et l'alignement des fonctions du financement de la santé quand une telle politique est introduite, notamment en ce qui concerne la délivrance des services, la définition du panier de services et les mécanismes d'achat. De même, des systèmes de gestion financière et de gestion de l'information sont nécessaires.

Les décideurs politiques doivent chercher des synergies dans la mise en œuvre et s'assurer que des initiatives spécifiques, comme celles de la gratuité, peuvent enclencher la dynamique de changement attendue (ex : amélioration des méthodes de paiement des prestataires, se basant sur un système d'information unifié) qui peut graduellement mener à une architecture cohérente du système de financement de la santé.

En conclusion, une politique de gratuité qui se focalise sur des services spécifiques ou des groupes de population facilement identifiables (par exemple les femmes enceintes ou les enfants de moins de cinq ans), peut-être moins favorable aux plus pauvres qu'une politique d'exemption ciblée ou une initiative de transfert d'argent basée sur une évaluation des ressources ou des revenus des populations ciblées. Néanmoins, d'un point de vue pratique, ces politiques de gratuité peuvent s'avérer plus facile à mettre en œuvre. Dans la conception d'une politique, des arbitrages doivent être considérés entre la situation idéale et ce qui est faisable, et sur les implications de designs alternatifs en termes d'équité dans l'utilisation des services et de protection financière. Une attention particulière doit être donnée au remplacement des incitatifs pour le personnel de santé quand les paiements directs par le patient sont abolis. Pour peu qu'elles soient intégrées dans une vision stratégique plus large et bien séquencée, les politiques de gratuité peuvent être un instrument effectif vers des réformes plus larges orientées vers la CSU.

RÉFÉRENCES

Barroy H. (2013). Toward UHC: Assessing health financing reforms in low-and-middle income countries, CERDI, Clermont-Ferrand.

Baruwa E., Lee E., Cheng X. (2011). Jigawa State's Free maternal and Child Health programmes: Costing and program assessment. Jigawa State Health sector. December 2011.

Bitran B., Giedion B. (2003). Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. Social Protection Discussion Paper Series, No. 0308. Washington D.C.: World Bank.

El-Khoury M., Hatt L., Gandaho T. (2012): User fee exemptions and equity in access to caesarean sections: an analysis of patient survey data in Mali. *International Journal for Equity in Health* 2012: 11:49

Fritsche G. et al. (2014). PBF Toolkit. Washington D.C.: World Bank

Gabrysch S., Campbell O. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, Volume 9: 34. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/34>

Hatt L. et al. (2013). Effects of User Fee Exemptions on the Provision and Use of Maternal Health Services: A Review of Literature. *J Health Popul Nutr.* 2013 Dec; 31(4 Suppl 2): S67–S80. PMID: PMC4021702

James C., Hanson K., McPake B., Xu K. (2006): To Retain or Remove User Fees? Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-Income Countries,) *Applied Health Economics and Health Policy* 5(3):137-53.

Kruk M., Mbaruku G., Rockers P., Galea S. (2008) User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for free delivery services in rural Tanzania. *Trop Med Int Health* 2008, 13(12):1442–1451.

Lagarde M., Barroy H., Palmer N. (2012). Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger. *Journal of health services research & policy*, 17 (1): 30-40.

McPake B. et al. (2011). Removing User fees: learning from international experience to support the process. *Health policy and planning* 2011;26:ii104-ii117.

Nabyonga J.O. et al. (2011): Abolition of user fees: the Uganda paradox. *Health Policy and Planning* 2011;26:ii41–ii51.

Olivier de Sardan J.P., Ridde V. (2013). Contradictions and inconsistencies in public policies. An analysis of healthcare fee exemption measures in Burkina Faso, Mali and Niger. In *Abolishing user fees for patients in West Africa: lessons for public policy*. Olivier de Sardan J.P., Ridde V. Ed., Agence Française de Développement 2013.

Ousseini A., Kafando Y. (2013). The effects of the healthcare fee exemption policy on the financial capacity of management committees in Niger. In *Abolishing user fees for patients in West Africa: lessons for public policy*. Olivier de Sardan J.P., Ridde V. Ed., Agence Française de Développement 2013.

Perkins M. et al. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy Plan* 2009, 24:289–300.

Ridde, V. (2007). Reducing social inequality in health: public health, community health or health promotion? *International Journal for Health Promotion and Education*. Volume XIV: 2, p.63-7.

Ridde V, (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, Vol. 15(Suppl 3):S6.

Ridde V., Robert E., Meessen B. (2010). Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. *World Health Report (2010) Background Paper 18*, World Health Organization 2010.

(<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/UserFeesNo18FINAL.pdf?ua=1>)

Ridde V., Robert E., Meessen B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health* 2012, 12:289.

Unicef (2008). *State of the World's Children Report 2008*. United Nations Children's Fund, New York, USA, (See also http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf).

Wagstaff A., Bilger M., Buisman L., Bredenkamp C. (2014): *Who Benefits from Government Health Spending and Why? A Global Assessment*. World Bank Policy Research Working Paper No. 7044. World Bank, Washington DC.

WHO (2010). *World Health Report 2010. Health Systems Financing. The path to universal coverage*.

Xu K. et al. (2006): Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine* 62: p. 866–876.



For additional information, please contact:

Department of Health Systems Governance and Financing
Health Systems & Innovation Cluster
World Health Organization
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Email: healthfinancing@who.int
Website: http://www.who.int/health_financing