



TENDANCES MALSAINES

En quoi le financement des hôpitaux privés à but lucratif par les gouvernements des pays riches et la Banque mondiale est préjudiciable et pourquoi il faut y mettre fin

Les institutions de financement du développement (IFD) appartenant aux gouvernements européens et au Groupe de la Banque mondiale dépensent des centaines de millions de dollars dans de coûteux hôpitaux à but lucratif dans les pays du Sud, qui refusent de soigner certain-es patient-es ou causent leur faillite, certains de ces établissements allant même jusqu'à emprisonner les patient-es incapables de payer leurs factures. Au plus fort de la pandémie de COVID-19, certains de ces hôpitaux ont refusé l'admission aux patient-es atteint-es du virus ou ont vendu aux plus offrant-es des lits dans leur service de soins intensifs à des prix exorbitants. Ces institutions de développement sont très loin de disposer de garanties suffisantes, investissent par le biais d'un réseau complexe d'intermédiaires financiers qui échappent à l'impôt, et n'apportent que peu ou pas de preuves de l'impact de leurs investissements. Oxfam demande aux gouvernements des pays riches et au Groupe de la Banque mondiale de mettre immédiatement fin à leurs dépenses dans les soins de santé privés à but lucratif et de mener d'urgence une enquête indépendante sur tous les investissements actifs et passés.

© Oxfam International, juin 2023

Ce rapport a été rédigé par Anna Marriott. Nous remercions particulièrement Jessica Hamer pour ses recherches et son analyse lors de la phase initiale de ce projet. Oxfam remercie également Shamaila Khalil, Prakash Gardia, M. Santosh Kumar Patra, Sulakshana Nandi, Neelanjana Das, Gouranga Charana Mohapatra, Akshaya Kuma Sahu, Satya Narayan Jena, Anjela Taneja, Max Lawson, Katie Malouf Bous, Anuj Kapilashrami, Zeki Kocaata, David McCoy, Helen Watson, Nina Olshan, Linda Oduor-Noah, Harry Bignell, Abha Jeurkar, Pia Schwertner, Leonie Peterson, Sandra Lhote-Fernandes, Anam Parvez, Yasmin Mahboubi, Helen Bunting, Irene Guijt, Katy Chakraborty, Ally Davies, Lucy Peers et l'ensemble des autres membres du personnel d'Oxfam et des contributeurs et contributrices externes ayant participé à sa production, pour leur assistance. Nous remercions particulièrement toutes les personnes ayant participé aux recherches, et nous leur dédions ce rapport. Ce document fait partie d'une série de textes écrits pour informer et contribuer au débat public sur des problématiques relatives au développement et aux politiques humanitaires.

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter : advocacy@oxfaminternational.org

Ce document est soumis aux droits d'auteur, mais peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une permission doit être accordée et des frais peuvent être demandés. Courriel : policyandpractice@oxfam.org.uk

À la connaissance d'Oxfam, les informations contenues dans ce document étaient correctes au moment de la mise sous presse.

Publié par Oxfam GB pour Oxfam International en juin 2023. DOI : 10.21201/2023.621529
Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Royaume-Uni.

Traduction et relecture : eXceLingua (Pierre Le Grand ; Jérôme Richard), Morgane Menichini et Barbara Scottu

Photo de couverture : L'une des principales chaînes d'hôpitaux privés du Kenya, Nairobi Women's Hospital (NWH), emprisonne régulièrement des patient-es jusqu'au règlement de leurs factures. Un nouveau-né y aurait été retenu pendant au moins trois mois, et un écolier pendant 11 mois. Les dépouilles de personnes décédées y ont été retenues pendant jusqu'à deux ans. L'hôpital a été financé par des institutions de financement du développement du Royaume-Uni, de France et d'Allemagne et du Groupe de la Banque mondiale. Photo : Linda Oduor-Noah / Oxfam

RÉSUMÉ

« Cela me fait beaucoup de peine de la voir... Ce n'est pas facile pour moi parce que son corps a changé... Il ressemble plus à une pierre qu'à un corps... Nous supplions l'hôpital de nous le restituer. Nous n'aurons jamais l'argent pour payer, même s'ils le gardent longtemps. » – *Francisca Wanjiru, dont le corps de la mère était retenu au Nairobi Women's Hospital de Nairobi, au Kenya, pour non-paiement d'une facture.*

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, de nombreux hôpitaux privés à but lucratif exploitent et maltraitent systématiquement les patient-es et leur refusent certains soins de santé, ce qui entraîne des difficultés, des souffrances et un appauvrissement. Plusieurs de ces hôpitaux sont financés par des États européens et par le Groupe de la Banque mondiale.

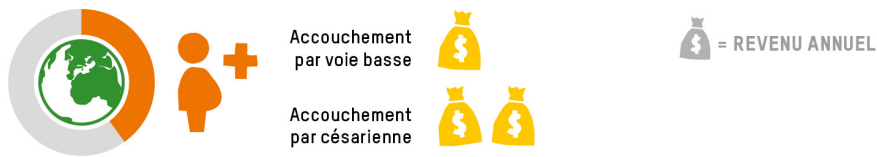
Dans ces hôpitaux, des patient-es incapables de payer leurs factures se retrouvent emprisonné-es. Le droit aux soins d'urgence leur est refusé. Les traitements sont excessivement chers. Les patient-es ayant droit aux soins gratuits sont au contraire plongé-es dans la pauvreté, contraint-es de payer des frais élevés pour accéder aux services de santé. Pendant la pandémie de COVID-19, certains de ces hôpitaux se sont comportés de manière révoltante, profitant de la douleur et de la peur des gens face à cette nouvelle maladie.

Les recherches menées par Oxfam pour le présent document ont permis de suivre les traces de l'argent depuis les institutions de financement du développement (IFD) du Royaume-Uni, de la France, d'Allemagne, de l'UE et du Groupe de la Banque mondiale jusqu'aux prestataires de soins de santé privés à but lucratif dans les pays du Sud. Par le biais de recherches primaires et d'études de cas nationales détaillées, ainsi que d'études documentaires élargies et de recherches d'investigation portant sur près de 400 investissements, Oxfam évalue si les IFD tiennent leur promesse de faire progresser la couverture santé universelle (CSU) et si les obligations de protection des droits sont respectées. Les recherches montrent clairement que ce n'est pas le cas.

Au lieu de cela, l'argent des contribuables est utilisé pour soutenir de coûteux hôpitaux privés à but lucratif qui refusent, mettent en faillite ou vont jusqu'à détenir des patient-es qui ne peuvent pas payer, le tout avec des fonds pourtant destinés à lutter contre la pauvreté et à contribuer aux objectifs de développement.

FRAIS MOYENS D'ACCOUCHEMENT DANS LES HÔPITAUX PRIVÉS FINANCÉS PAR LES IFD

Pour une personne avec des revenus moyens dans le groupe des **40 % LES PLUS PAUVRES**



Pour une personne avec des revenus moyens dans le groupe des **10 % LES PLUS PAUVRES**



Qu'est-ce qu'une institution de financement du développement ?

Les IFD sont des institutions entièrement ou majoritairement détenues par l'État, ou des agences multilatérales chargées de financer le développement du secteur privé dans les pays du Sud. Elles s'appuient pour ce faire sur l'argent des contribuables et sur des garanties.

Les cinq IFD évaluées dans le présent rapport ont pour mandat de contribuer à la réalisation des Objectifs de développement durable, de faire reculer la pauvreté et de promouvoir une croissance inclusive. Toutes les IFD ont des obligations et des responsabilités en matière de respect et de protection des droits humains.

Les IFD ont vu leur taille et leur influence s'accroître au cours des dernières décennies, parallèlement à l'enthousiasme des gouvernements pour le secteur privé et la finance privée comme solution miracle aux problèmes du monde.

Quelques révélations des recherches menées par Oxfam

• Patient-es emprisonné-es jusqu'au paiement des factures

L'une des principales chaînes d'hôpitaux privés du Kenya, Nairobi Women's Hospital (NWH), emprisonne régulièrement des patient-es jusqu'au règlement de leurs factures. Un nouveau-né y aurait été retenu pendant au moins trois mois, et un écolier pendant 11 mois. Les dépouilles de personnes décédées y ont été retenues pendant jusqu'à deux ans.

Le Nairobi Women's Hospital a été financé par le British International Investment (BII) du Royaume-Uni, Proparco en France, la Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG) en Allemagne et la Société financière internationale (SFI) de la Banque mondiale. La plupart de ces fonds ont été accordés un an après un entretien dans les médias au cours duquel le directeur général de l'hôpital de l'époque avait clairement indiqué que la politique de l'hôpital consistait à retenir les patient-es jusqu'au

paiement des factures¹. TPG, actionnaire du Nairobi Women's Hospital, a déclaré à Oxfam : « Ces événements semblent antérieurs à notre période de propriété². »

- **Des patient-es ayant droit aux soins gratuits plongé-es dans la pauvreté**

Les patient-es interrogé-es par Oxfam ont déclaré avoir été empêché-es d'utiliser leur carte d'assurance maladie du gouvernement dans les hôpitaux Narayana et CARE en Inde, et avoir été mis-es en difficulté financière en raison de frais qui n'auraient pas dû leur être facturés. La facture d'hôpital pour la mère d'Eva a coûté l'équivalent de plus de sept années des revenus cumulés d'Eva et de son père. Après avoir payé chaque mois ses dettes de santé, Robert et sa famille ne disposaient plus que de 16 dollars par mois pour vivre. Les frais facturés aux patient-es ayant reçu des soins dans ces hôpitaux représentaient entre trois mois et demi et 14 ans de salaire moyen en Inde³.

Narayana Health était financé par le BII du Royaume-Uni jusqu'en 2023 ; CARE Hospitals est financé par le BII (Royaume-Uni), Proparco (France) et la SFI de la Banque mondiale. Narayana et TPG, actionnaire de CARE Hospitals, réfutent le fait que leurs hôpitaux refusent les cartes d'assurance maladie du gouvernement.

- **Des soins de maternité urgents loin d'être accessibles**

Le Nigeria affiche le quatrième taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde⁴. Environ 90 % des femmes les plus pauvres accouchent seules, sans sage-femme ni autre professionnel-le de santé⁵. Les établissements Lagoon Hospitals gérés par Hygeia sont situés dans certains des quartiers les plus exclusifs de Lagos⁶. Les frais d'accouchement représentent l'équivalent de neuf mois de revenus pour la moitié la plus pauvre de la population nigériane⁷. Un accouchement par césarienne à l'hôpital Evercare situé à quelques kilomètres de là, plus onéreux encore, coûterait 24 années de revenu aux 10 % les plus pauvres⁸.

Hygeia est financé par Proparco (France), la DEG (Allemagne), la Banque européenne d'investissement (BEI) et la SFI de la Banque mondiale. L'hôpital Evercare est soutenu par le BII, Proparco et la SFI.

- **Des soins médicaux d'urgence refusés**

En Inde, les patient-es ont un droit aux soins d'urgence dans tous les hôpitaux⁹. Les recherches d'Oxfam ont toutefois révélé de nombreuses allégations selon lesquelles des hôpitaux privés auraient refusé des patient-es. Un enfant gravement blessé et inconscient suite à un accident de la route s'est ainsi vu refuser des soins par un hôpital CARE, à moins que sa famille ne paie 1 200 dollars.

CARE Hospitals est financé par le BII (Royaume-Uni), Proparco (France) et la SFI de la Banque mondiale. TPG, actionnaire de l'entreprise, a déclaré à Oxfam que les patient-es étaient systématiquement pris-es en charge en cas d'urgence, quelle que soit leur situation financière¹⁰.

- **Des établissements qui profitent de la COVID-19**

En Ouganda pendant la pandémie, l'hôpital Nakasero de Kampala aurait facturé 1 900 dollars par jour pour un lit de soins intensifs COVID-19¹¹. La facture pour un patient décédé du virus à l'hôpital TMR a atteint la somme faramineuse de 116 000 dollars¹². Les recherches d'Oxfam révèlent de nombreux autres exemples de comportements contraires à l'éthique et s'apparentant à de l'exploitation de la part d'hôpitaux privés pendant la pandémie.

L'hôpital Nakasero est financé par Proparco (France), la BEI (UE) et la SFI de la Banque mondiale. L'hôpital TMR est soutenu par le BII (Royaume-Uni) et Proparco (France).

- **Des patient-es incité-es à recevoir des traitements inutiles**

Certain-es patient-es interrogé-es par Oxfam ont formulé de graves allégations concernant des fautes médicales et des cas d'exploitation. Un patient a déclaré que le personnel de l'hôpital CARE lui avait dit qu'il présentait une obstruction cardiaque à 80 % et devait subir une intervention chirurgicale d'urgence pour vivre. Septique, il s'est battu pour sortir de l'hôpital. Il a consulté un médecin public qui a refait les tests, révélant que le diagnostic était totalement faux.

CARE Hospitals est financé par le BII (Royaume-Uni), Proparco (France) et la SFI de la Banque mondiale. Son actionnaire TPG a déclaré à Oxfam : « CARE dispose d'un solide mécanisme de conseil et les membres de la famille sont conseillés par l'équipe de médecins traitants au sujet des soins dispensés. Il existe des formulaires et des mécanismes de conseil spécifiques, dûment documentés¹³. »

Ce ne sont là que quelques exemples parmi les nombreux cas révélés par Oxfam dans ce rapport.

DES SOINS DE SANTÉ UNIVERSELS REQUIS DE TOUTE URGENCE

La moitié de la population mondiale se voit refuser l'accès aux soins de santé les plus essentiels¹⁴. Chaque seconde, 60 personnes payent de leur poche des frais de soins de santé catastrophiques qui les plongent dans la pauvreté¹⁵. Au lieu de diminuer, ce pour quoi tous les gouvernements s'étaient engagés en 2015 dans le cadre des Objectifs de développement durable, ces coûts néfastes augmentent rapidement¹⁶.

Il ne sera pas possible d'atteindre l'objectif de couverture santé universelle sans chercher explicitement à atteindre à grande échelle les personnes les plus pauvres et les plus marginalisées, tout en les protégeant des difficultés financières. Le temps presse. La pandémie de COVID-19 a montré au monde entier qu'il était dans l'intérêt général de remédier aux inégalités mortelles en matière de soins de santé entre les riches et les pauvres, ainsi qu'entre les pays riches et les pays pauvres. Les moyens éprouvés pour y parvenir comprennent un rôle central pour les gouvernements en tant que

financeurs et fournisseurs de soins de santé, un accent sur les soins de santé primaires complets, la formation et le recrutement d'un nombre suffisant de professionnel·les de la santé, et la suppression des frais pour les usagers et usagères¹⁷.

L'aide et les autres formes de dépenses publiques pour les soins de santé permettent de sauver et de transformer des vies. L'Éthiopie a utilisé l'aide afin de réaliser la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé avant 2015, en réduisant notamment la mortalité maternelle et infantile d'environ 70 %¹⁸. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a sauvé plus de 50 millions de vies depuis sa création¹⁹. Dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui s'emploient le plus à empêcher les femmes pauvres de mourir en couches, 90 % des soins fournis proviennent du secteur public et 8 % du secteur privé²⁰.

Mais au lieu de tenir leurs promesses d'aide et de regarder la vérité en face, les gouvernements des pays riches externalisent de plus en plus le développement auprès d'institutions financières axées sur le secteur privé, sans garde-fou pour protéger ne seraient-ce que les services essentiels comme la santé et l'éducation.

Ne reposant sur aucun fait probant mais largement admis, un narratif a vu le jour selon lequel l'extension des soins de santé aux personnes qui en sont le plus privé es peut se faire en finançant des prestataires de soins de santé à but lucratif et en encourageant davantage le secteur financier privé, y compris les fonds de placement privés, à faire de même. Des approches qui seraient probablement très impopulaires dans les pays européens sont exportées dans les pays du Sud sans véritable contrôle démocratique et avec des budgets considérables financés par les contribuables.

L'AMPLEUR DU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIVÉS PAR LES IFD

Les recherches d'Oxfam ont révélé un total de 358 investissements directs et indirects au profit d'entreprises de santé privées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, réalisés par les quatre IFD européennes (BII, DEG, BEI et Proparco) entre 2010 et 2022²¹. Sur ce nombre, 56 % sont allés à des hôpitaux à but lucratif ou à d'autres types de prestataires de soins de santé à but lucratif, fil rouge du présent rapport.

Depuis 2010, les quatre IFD ont investi au moins 2,4 milliards de dollars dans la santé, à la fois directement et indirectement par le biais d'intermédiaires financiers (IF) spécialisés dans la santé. Elles ont également investi 3,2 milliards de dollars dans des IF multisectoriels, qui investissent notamment dans le secteur de la santé. La part de ces 3,2 milliards de dollars destinée à la santé n'est pas divulguée²².

La SFI de la Banque mondiale co-investit avec ces IFD européennes dans au moins 42 des mêmes IF et au moins 112 des mêmes entreprises de santé privées.

Les recherches nécessaires pour compiler ces chiffres ont été complexes, difficiles et laborieuses. Il n'est pas facile de se procurer ces données et la recherche a révélé un manque de transparence et de redevabilité alarmant et inacceptable de la part de ces institutions détenues et soutenues par l'État.

Il est très préoccupant de constater qu'au moins 81 % des investissements pour la santé provenant des IFD européennes identifiés par Oxfam transitent par un réseau complexe, ne rendant aucun compte et souvent invisible d'institutions financières qui échappent à l'impôt, principalement des fonds de placement privés. Ces investissements réalisés à l'abri des regards ne sont pour la plupart pas divulgués et ne font certainement l'objet d'aucun contrôle. Parmi les IFD européennes, seul le BII (Royaume-Uni) déclare régulièrement ces sous-investissements, et encore, seulement leur nom. Pour les autres IFD, il est impossible de savoir combien d'investissements indirects dans le domaine de la santé ont pu échapper aux recherches d'Oxfam.

Sur 140 intermédiaires financiers utilisés, 80 % sont domiciliés dans des paradis fiscaux, principalement l'île Maurice et les îles Caïmans²³. Il est donc urgent de se demander si et comment les IFD veillent à ce que leurs investissements dans la santé ne soient pas complices de systèmes d'évasion fiscale qui privent les gouvernements des recettes dont ils ont urgemment besoin pour soutenir les services publics de soins de santé.

Même lorsqu'ils sont réalisés sous le contrôle direct des IFD européennes, rien ne permet d'affirmer que les investissements sont réellement destinés à promouvoir la CSU. Seul un cinquième des descriptions de projets mentionnent les patient-es à faible revenu ou à revenu modeste ; seulement 7 % font spécifiquement référence aux femmes et aux filles. Il est choquant qu'Oxfam n'ait pu trouver aucune évaluation d'impact complète divulguée ni aucune donnée significative et justifiée sur les impacts, et encore moins en rapport avec la lutte contre les inégalités en matière de soins de santé ou les difficultés financières²⁴.

Comment s'en sort la SFI ?

La SFI de la Banque mondiale est le fer de lance du recours aux fonds publics pour maximiser le rôle du financement privé et des prestataires commerciaux dans les systèmes de soins de santé dans les pays du Sud²⁵. Maintes évaluations indépendantes ont néanmoins soulevé des inquiétudes quant à l'absence de preuves de l'impact de ses investissements sur les inégalités en matière de soins de santé ou l'accès aux soins pour les groupes à faible revenu.

En 2018, le Groupe d'évaluation indépendant (GEI) de la Banque mondiale a constaté que le portefeuille mondial de la SFI consacré à la santé affichait de meilleurs résultats que ses autres portefeuilles à certains égards²⁶, notamment pour ce qui est de durabilité environnementale et sociale. Il n'a en

revanche pas trouvé d'éléments permettant d'évaluer l'accessibilité financière, d'identifier les principaux utilisateurs et principales utilisatrices des services de santé ou de mesurer l'impact sur les communautés marginalisées. Les personnes chargées de l'évaluation ont déclaré que l'impact distributif global des projets de la SFI dans le domaine de la santé restait inconnu.

De précédentes évaluations ont montré que les projets de la SFI dans le domaine de la santé bénéficiaient principalement aux personnes à revenu élevé ou moyen au sommet de la pyramide²⁷. Selon une autre évaluation, la SFI n'a pas analysé comment atteindre efficacement les personnes pauvres par le biais du secteur privé, ni orienté les investissements au profit des personnes pauvres, ni encore mesuré si les personnes pauvres étaient effectivement atteintes²⁸.

D'après de nouvelles recherches d'Oxfam Inde, la SFI n'a divulgué aucun résultat concernant ses prêts et investissements dans le domaine de la santé en Inde depuis le début de ses activités il y a plus de 25 ans²⁹. Les recherches révèlent également que la SFI a surtout investi dans des hôpitaux urbains haut de gamme inabordables pour la majorité des Indien·nes. Plusieurs hôpitaux soutenus par la SFI n'ont jamais fourni de soins gratuits aux patient·es pauvres, alors qu'il s'agissait d'une condition du gouvernement pour leur allouer des terrains gratuits ou subventionnés. Les autorités de régulation indiennes ont confirmé de nombreuses plaintes relatives à des violations des droits des patient·es, notamment des dépassements d'honoraires, des refus de soins de santé, des tricheries sur les prix, des conflits d'intérêts financiers et des négligences médicales dans les hôpitaux soutenus par la SFI. La SFI ne reconnaît pas ces problèmes récurrents et systémiques et ne les évoque pas dans ses déclarations publiques³⁰.

UN POSTULAT FONDAMENTALEMENT FAUX

Face à l'absence de preuves de l'impact apportées par les IFD elles-mêmes, les recherches d'Oxfam indiquent clairement que loin de faire progresser la CSU, les IFD font tout l'inverse. En finançant l'expansion et la domination croissante du marché par des hôpitaux privés onéreux (sans surveillance réglementaire ni garanties adéquates), elles risquent d'accroître les inégalités en matière de soins de santé, de détourner les fonds publics et de faire obstacle à la mise en place de systèmes de santé véritablement universels et équitables.

Certaines IFD suggèrent que les régimes publics d'assurance maladie ou d'autres régimes contributifs d'assurance maladie peuvent remédier aux obstacles à l'accessibilité des hôpitaux privés pour les patient·es à faible revenu. De tels régimes peuvent constituer une source de revenus lucrative pour les hôpitaux en quête de profits, mais dans les pays du Sud, ils se sont révélés plus coûteux et plus exclusifs (en particulier pour les femmes), ont produit de moins bons résultats en matière de santé et ont offert une moins bonne protection financière que les soins de santé financés par l'État³¹. Pire encore, dans des pays comme l'Inde, on constate que le fait d'encourager

l'inclusion à grande échelle d'hôpitaux à but lucratif expose les personnes pauvres et marginalisées, en particulier les femmes, à un risque encore plus grand de factures de soins de santé catastrophiques susceptibles de les faire basculer dans la pauvreté³².

Les affirmations des IFD selon lesquelles le financement privé est essentiel à la réalisation de la CSU sont en contradiction directe avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui préconisent que les pays réduisent leur dépendance à l'égard du financement privé³³ et tendent plutôt vers des soins de santé principalement financés par le secteur public³⁴. Il est démontré que dans les pays du monde entier, plus la part du financement privé de la santé est élevée, plus le taux de décès des femmes est élevé³⁵ ; plus la différence d'espérance de vie entre les personnes riches et les personnes pauvres est grande³⁶ ; et, pendant la pandémie, plus le taux d'infection et de décès de la COVID-19 a été élevé (après prise en compte des autres facteurs)³⁷.

Les objectifs de maximisation des profits dans les soins de santé s'accompagnent de risques inhérents pour la santé publique et les droits des patient-es. Ces derniers sont largement ignorés dans le narratif des IFD sur la santé, comme l'a récemment confirmé le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme³⁸. Les constatations d'Oxfam concernant les préjudices inacceptables, présumés ou confirmés, causés aux patient-es et à leurs familles par les prestataires de soins de santé financés par des IFD dans de nombreux pays soulignent l'inadéquation de la gouvernance et de la surveillance des IFD en matière de sauvegarde et de protection des patient-es.

Les recherches menées par Oxfam dans le cadre du présent rapport se sont concentrées sur les personnes lésées dans cette dangereuse expérience des IFD visant à financieriser et à faire commerce des soins de santé dans les pays du Sud : les patient-es et les aidant-es qui se voient facturer des sommes exorbitantes, qui sont privé-es de leurs droits et qui se voient exclu-es des soins.

Mais il faut aussi s'intéresser à celles et ceux qui en profitent, notamment les fonds de placement privés, tristement connus pour détourner les richesses des secteurs sociaux et pour dégrader les conditions de travail et les normes de soins, surtout aux dépens des femmes³⁹.

Les millionnaires et les milliardaires propriétaires des chaînes d'hôpitaux soutenues par les IFD tirent également parti de cette situation. Le président de Rede D'or, soutenu par Proparco et la SFI, est un milliardaire à la tête de la dixième plus grosse fortune du Brésil⁴⁰. Ranjan Pal, contrôleur du groupe Manipal soutenu par le BII, a vu son patrimoine réel augmenter de 1,48 milliard de dollars au cours de la seule année dernière⁴¹.

Une chose est claire : ce rapport ne fait pas le récit de quelques cas isolés dans un système qui fonctionnerait bien par ailleurs. Il met plutôt à nu l'idée fondamentalement biaisée et dangereuse selon laquelle le fait de consacrer de précieux fonds de développement à de coûteux soins de santé à but lucratif dans des contextes marqués par des inégalités extrêmes et

une réglementation cruellement inadaptée, sans garanties solides, contribuera à lutter contre la pauvreté et les inégalités en matière de santé, et à faire progresser les soins de santé pour tou·tes. Il s'agit là d'une approche que les gouvernements des pays riches ont laissé prospérer sans entrave, malgré les preuves contraires gênantes, ni véritable obligation de rendre des comptes. C'est une approche qui cause des préjudices inacceptables et à laquelle il faut mettre un terme.

IL EST TEMPS D'AGIR POUR LA SANTÉ

Oxfam appelle les gouvernements des pays riches et le Groupe de la Banque mondiale à :

- cesser tout financement direct et indirect de la part des institutions de financement du développement aux prestataires de soins de santé privés à but lucratif ;
- mandater d'urgence une évaluation indépendante et complète de l'ensemble des investissements passés et actuels dans les soins de santé ;
- prendre des mesures pour remédier à tout préjudice résultant de tels investissements.

Tous les États devraient cesser de promouvoir et de financer la commercialisation, la financiarisation et la privatisation des soins de santé, et se concentrer plutôt sur l'extension et le renforcement de systèmes de soins de santé publics équitables qui apportent un changement transformateur du point de vue du genre et sont universellement accessibles et gratuits au point d'utilisation. Les capacités du gouvernement et de redevabilité sociale à réglementer les prestataires privés doivent être renforcées, en mettant l'accent sur la protection et la promotion des droits des patient·es.

INTRODUCTION

Eva a expliqué s'être sentie trompée et exploitée par l'hôpital CARE. La facture pour le traitement et les soins de sa mère s'est élevée à la somme astronomique de 3 millions de roupies (plus de 36 000 dollars), soit près de quatre fois le montant maximum annoncé par l'un des consultants principaux de l'hôpital, et l'équivalent de plus de sept années des revenus cumulés d'Eva et de son père. Eva a déclaré que l'hôpital avait refusé la carte d'assurance maladie de la famille, arguant qu'elle avait les moyens de payer⁴². Elle a également déclaré que l'assurance maladie privée que ce même consultant l'avait convaincue de souscrire, et dont il lui avait promis qu'elle couvrirait la facture, avait refusé de la rembourser.

Eva dit s'être sentie menacée par le médecin à chaque étape du traitement de sa mère. Celui-ci lui aurait dit à plusieurs reprises : « Je décline toute responsabilité si vous ne suivez pas mes conseils à la lettre et qu'il arrive quoi que ce soit ».

Eva a utilisé ses économies, emprunté à des ami-es, contracté un prêt, tout comme son père, et vendu le petit lopin de terre familial. Le plus dévastateur pour elle, ce furent les conséquences personnelles de ses énormes pertes financières et de son endettement permanent : « La pire chose qui me soit arrivée est que mon amour de longue date a fini par épouser quelqu'un d'autre parce que je n'arrivais pas à me sortir de cet imbroglio financier, si bien que je n'ai pas pu me marier avec lui... J'ai développé des problèmes de santé mentale à cause de tout ce stress... Je ne dors qu'avec l'aide de médicaments. Il m'est très difficile de prendre des décisions à cause de toute cette détresse. Je suis toujours traumatisée par cette mauvaise expérience. »

Lorsqu'il lui a été demandé si elle acceptait que son nom soit utilisé dans ce rapport, elle a répondu : « Je ne m'en fais pas pour ma vie. Le médecin a déjà tué tous mes espoirs et toutes mes aspirations, il ne peut donc plus me tuer. J'ai été tuée financièrement, psychologiquement, ma vie de famille s'est effondrée, ma carrière est compromise. Qu'y aurait-il d'autre à craindre ?⁴³ »

L'histoire d'Eva, dans l'État indien d'Odisha, n'est que l'un des nombreux témoignages recueillis par Oxfam auprès de patient-es et d'aidant-es où il est question de difficultés financières qui changent le cours d'une vie, mais aussi d'autres formes de violation des droits, d'abus et de mauvaises pratiques vécues lors de l'accès ou de la tentative d'accès aux traitements et aux soins dans des hôpitaux privés à but lucratif financés par les gouvernements de pays à revenu élevé et la Banque mondiale avec de l'argent initialement destiné à lutter contre la pauvreté et à contribuer à la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD).

Le présent rapport traite du rôle des institutions financières de développement (IFD), détenues totalement ou en partie par les

gouvernements de pays à revenu élevé ou par des agences multilatérales de développement comme la Banque mondiale, dans le financement de soins de santé à but lucratif dans des pays où les besoins de santé non satisfaits sont énormes, où les inégalités en matière de soins de santé sont extrêmes et où un nombre inacceptable de personnes basculent dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer leurs soins de santé de leur poche.

Ce rôle n'avait jusqu'alors fait l'objet d'aucune étude approfondie⁴⁴. Cela est surprenant, surtout si l'on considère les préjudices, vérifiés de manière indépendante, causés par des centaines de projets de développement financés par ces institutions dans d'autres secteurs, notamment le déplacement de communautés, l'augmentation du risque de violence pour les femmes et les filles et la remise en cause des droits des communautés autochtones⁴⁵.

Ce document se concentre sur trois des plus grandes IFD bilatérales des pays riches, détenues par les gouvernements français, allemand et britannique, ainsi que sur deux des plus grandes IFD multilatérales, détenues par l'Union européenne et le Groupe de la Banque mondiale (voir Encadré 1).

Encadré 1 : Qu'est-ce qu'une institution de financement du développement ?

Ce rapport porte sur les IFD suivantes :

- le British International Investment (BII, anciennement CDC) du gouvernement britannique⁴⁶ ;
- la Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG) en Allemagne ;
- Proparco en France ;
- la Banque européenne d'investissement (BEI).

Le rôle de la Société financière internationale (SFI) du Groupe de la Banque mondiale est également présenté, mais uniquement lorsque celle-ci a apporté un cofinancement dans le domaine de la santé aux côtés des quatre autres IFD. Un rapport parallèle d'Oxfam Inde examine le rôle de la SFI dans le secteur de la santé en Inde⁴⁷, et Oxfam a déjà enquêté sur le rôle de l'organisation dans le domaine de la santé en Afrique⁴⁸.

Les IFD sont des institutions multilatérales ou entièrement ou majoritairement détenues par l'État. Elles investissent directement et mobilisent des fonds privés pour des projets du secteur privé dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI). Leurs capitaux proviennent de fonds de développement nationaux ou internationaux. Elles peuvent aussi bénéficier de garanties gouvernementales.

Le BII est la seule des cinq IFD présentées dans ce rapport à être entièrement financée par l'aide publique au développement (APD). Elle utilise l'APD du Royaume-Uni et ses actifs existants pour investir. La SFI reçoit une partie de l'APD via le guichet du secteur privé de l'Association internationale de développement (IDA)⁴⁹, qui finance des entreprises à but lucratif dans les PRITI, y compris dans le secteur de la santé. Les changements apportés aux règles de l'APD mondiale en 2018 ont augmenté la probabilité que davantage de financements des IFD soient comptabilisés dans les budgets d'aide des gouvernements⁵⁰.

Les IFD financent le développement du secteur privé au travers de subventions, de prêts, de garanties, de prises de participation, de prêts par le biais d'intermédiaires financiers et d'instruments mixtes tels que les partenariats public-privé (PPP).

Les cinq IFD évaluées dans le présent rapport ont toutes pour mandat de contribuer à la réalisation des ODD, de faire reculer la pauvreté et de promouvoir une croissance inclusive. La création d'emplois et l'amélioration de l'accès du secteur privé au financement figurent parmi les objectifs de la quasi-totalité des investissements des IFD, tous secteurs confondus. Toutes les IFD ont des obligations et des responsabilités en matière de respect et de protection des droits humains.

Les IFD doivent rentabiliser leurs investissements.

LE PRIVÉ A LA COTE

Parvenir à dispenser des soins de santé pour tou·tes exige que les États jouent un rôle central en tant que bailleurs de fonds et prestataires de services⁵¹. Le rôle que peuvent jouer les prestataires de soins de santé à but lucratif est plus contesté⁵². Malgré le manque de preuves, depuis les années 1980, certaines des institutions de développement les plus influentes n'ont cessé de promouvoir un rôle plus important pour les prestataires de ce type dans leur rhétorique et leur politique⁵³.

La dernière décennie a également vu la normalisation d'un nouveau narratif selon lequel il faudrait utiliser les rares fonds publics pour exercer un effet de levier et « attirer » des milliers de milliards de dollars de financement privé afin de financer les ODD convenus au niveau mondial, y compris dans le domaine des soins de santé⁵⁴.

C'est dans ce contexte que les IFD ont endossé un rôle croissant dans le financement direct des entreprises de santé à but lucratif et dans la promotion d'un rôle plus important des marchés financiers, des institutions financières et des élites financières dans les soins de santé au sein des PRITI, un processus connu sous le nom de financiarisation⁵⁵. Cela appelle un examen plus approfondi.

LA PROMESSE DE LA SANTÉ

Dans le domaine des soins de santé, les IFD promettent à la fois d'obtenir un retour sur leurs investissements et de contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU)⁵⁶. Convenu au niveau mondial, cet objectif de développement durable consiste à s'assurer que toutes les personnes ont accès à l'ensemble des services de santé de qualité dont elles ont besoin, au moment et à l'endroit où elles en ont besoin, sans avoir à subir de difficultés financières⁵⁷. Il s'agit d'éviter que des personnes ne basculent dans la pauvreté ou ne soient obligées d'utiliser les économies de toute une vie, de vendre des biens ou de s'endetter, hypothéquant ainsi

leur avenir et souvent celui de leurs enfants, pour payer les soins de santé de leur propre poche au moment où elles en ont besoin⁵⁸.

À part une, les cinq IFD⁵⁹ soulignent leur rôle pour atteindre les populations à faible revenu, mal desservies et/ou défavorisées, et mettent l'accent sur l'amélioration de l'accessibilité financière et de la qualité des soins de santé⁶⁰. La loi française sur le développement stipule que les financements doivent contribuer à réduire les inégalités d'accès aux services de santé et donner la priorité aux populations vivant dans la plus grande pauvreté ou en situation de vulnérabilité pour atteindre la CSU⁶¹. La SFI déclare s'être engagée à soutenir les entreprises qui fournissent des services de santé aux personnes à faible revenu selon des modalités commercialement viables⁶². La BEI a indiqué à Oxfam que tous ses projets ont l'obligation de soutenir l'égalité d'accès à des services de santé de qualité⁶³. Le personnel du BII a indiqué à Oxfam que le cadre d'impact sur la santé du BII⁶⁴ stipule que les investissements doivent élargir l'accès et améliorer la qualité des soins aux patient·es, et ne pas compromettre l'offre globale de soins de santé dans les pays⁶⁵.

BII, la DEG et la SFI font tous partie de l'initiative Investors for Health mise en place pour aider les investisseurs partageant les mêmes idées à discuter de la manière de bâtir des « systèmes de soins de santé inclusifs dans les marchés émergents » et d'éviter les approches qui pourraient « saper par inadvertance l'objectif de la couverture sanitaire universelle »⁶⁶.

Il manque une théorie du changement claire et fondée sur des preuves quant à la manière dont les investissements des IFD dans les prestataires de soins de santé privés à but lucratif parviendront à promouvoir un accès à des soins de santé de qualité sans difficultés financières, favorable aux personnes pauvres et équitable quel que soit le genre.

DES PREUVES IGNORÉES

Le narratif des IFD sur la santé passe dangereusement sous silence le risque connu et bien démontré que les approches commerciales et basées sur le marché dans le domaine des soins de santé peuvent renforcer et exacerber le fossé entre les riches et les pauvres, ainsi qu'entre les femmes et les hommes. De telles approches peuvent également détourner les ressources des services publics déjà sous-financés tout en excluant les personnes qui ne peuvent pas payer, manquer d'incitations pour la prophylaxie et fournir à l'inverse des incitations perverses à mal diagnostiquer ou à surtraiter⁶⁷. Les preuves d'une réglementation efficace des prestataires de soins de santé à but lucratif sont rares⁶⁸.

La SFI a indiqué que les niveaux élevés de dépenses de santé à la charge des patient·es étaient une cause majeure d'appauvrissement et un problème qu'elle s'est engagée à résoudre. Mais dans le même temps, elle présente ces mêmes dépenses comme une preuve de la « capacité à payer » et de la « demande » croissante en matière de soins de santé privés⁶⁹.

Les IFD affirment toutes que l'augmentation du financement privé est essentielle pour atteindre l'objectif de la CSU. Toutefois, cela fait fi des conseils de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour atteindre l'objectif de la CSU, qui préconise que les pays réduisent leur dépendance à l'égard du financement privé⁷⁰ et se tournent plutôt vers des soins de santé principalement financés par le secteur public, car cela permet d'améliorer l'efficacité, l'efficacité et l'équité⁷¹.

De même, les IFD ignorent les preuves gênantes qui montrent que dans les pays du monde entier, plus la part du financement privé de la santé est élevée, plus le taux de décès des femmes est élevé⁷² ; plus la différence d'espérance de vie entre les riches et les pauvres est grande⁷³ ; et, pendant la pandémie, plus le taux d'infection et de décès de la COVID-19 a été élevé (après prise en compte des autres facteurs)⁷⁴.

L'importance de l'aide à la santé

L'aide joue un rôle essentiel dans la lutte contre les crises sanitaires, le renforcement des services publics et la stimulation de la protection sociale dans les pays à faible revenu. Moyennant une aide appropriée, les pays ont réussi à opérer des changements transformateurs. Par exemple, l'Éthiopie, qui se classe régulièrement parmi les principaux bénéficiaires de l'aide, a réalisé la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé, dont une baisse des taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans et une réduction des décès dus au paludisme de l'ordre de 70 % avant 2015. Les nouvelles infections par le VIH ont également chuté de 90 % et les décès des suites de la tuberculose ont été réduits de moitié⁷⁵. Le Mozambique a utilisé l'aide pour augmenter ses dépenses de santé de plus de moitié et réduire la mortalité infantile de près de 20 %⁷⁶. Les programmes de santé soutenus par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ont permis de sauver plus de 50 millions de vies depuis la

création du Fonds en 2002. Les décès liés au SIDA ont reculé de 70 % et les nouvelles infections de 54 %⁷⁷.

La santé est depuis longtemps une priorité politique affichée au sein de la communauté internationale. La pandémie de COVID-19 a rappelé l'urgence d'investir dans le renforcement des systèmes de santé. Malgré cela, la santé ne représente encore que 10 % de l'aide internationale bilatérale et 11 % des financements de la Banque mondiale⁷⁸.

Selon les calculs d'Oxfam, au moins 4 400 milliards de dollars supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les ODD dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection sociale dans les pays à revenu faible et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, dont 2 500 milliards de dollars par le biais de l'aide et de l'allègement de la dette. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ont besoin de 4 100 milliards de dollars supplémentaires⁷⁹.

De nombreux pays du Sud ne disposent pas de ressources suffisantes pour garantir le droit à la santé et faire face aux futures pandémies. Les besoins de financement sont énormes et les pays donateurs doivent prioritairement investir dans la réalisation de la CSU et le renforcement des systèmes de santé publique plutôt que de détourner les ressources publiques vers des approches néfastes.

QUE FINANCENT LES IFD DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET AVEC QUEL IMPACT ?

Ce document présente une recherche d'Oxfam qui va au-delà de la rhétorique des IFD pour s'intéresser aux entreprises privées de soins de santé à but lucratif qu'elles financent (à la fois directement et indirectement via des fonds de placement privés et d'autres intermédiaires financiers). Cette recherche analyse si les IFD font progresser l'accès des personnes pauvres et marginalisées à des soins de santé de qualité sans les plonger dans des difficultés financières et si elles remplissent leurs obligations de respecter les droits et de ne pas nuire.

Les données présentées dans ce rapport ont été recueillies selon trois axes principaux :

1. Une cartographie complète du financement des entreprises de santé à but lucratif par quatre IFD sur la période 2010-2022, en utilisant les sites Web des IFD, d'autres bases de données et des recherches étendues sur Internet⁸⁰. Nous avons recoupé ces données avec le portail de projets de la SFI afin d'identifier les projets qui se chevauchent.
2. Des recherches primaires en Inde (le pays concentrant le plus d'investissements des IFD dans les soins de santé) avec des entretiens individuels et des groupes de discussion dans les États de Chhattisgarh et d'Odisha, afin de mieux comprendre si les hôpitaux financés par les IFD respectent et protègent toujours les droits des patient-es et favorisent l'accès des personnes pauvres et marginalisées à des soins de santé de

qualité, sans les plonger dans des difficultés financières.

3. Des recherches documentaires (y compris sur les sites Web des entreprises, dans la documentation universitaire et dans les médias) pour recueillir des informations accessibles au public sur l'abordabilité et l'accessibilité des prestataires de soins de santé privés financés par des IFD, ainsi que toute information relative aux droits des patient-es. De nombreux hôpitaux ont également été contactés directement pour obtenir des informations sur les frais. Dans la mesure du possible, Oxfam a utilisé son réseau mondial de personnel, de partenaires et de contacts pour rechercher des informations supplémentaires sur les prestataires de soins de santé.

Oxfam a également rencontré au moins une fois les équipes de chaque IFD en charge d'investir dans la santé. Les entreprises citées dans le rapport ont eu la possibilité de faire part de leurs commentaires, et leurs retours ont été intégrés⁸¹.

Une note méthodologique complète pour la recherche est disponible⁸².

La première partie du rapport porte sur les expériences de patient-es et d'aidant-es dans certains hôpitaux privés financés par des IFD au Kenya et en Inde, deux pays qui, selon Oxfam, présentent la plus forte concentration d'investissements des IFD dans les soins de santé⁸³. Le document présente ensuite des données plus générales provenant de l'ensemble des PRITI sur l'abordabilité et l'accessibilité des hôpitaux privés financés par des IFD, en s'intéressant plus particulièrement à la santé maternelle et à la pandémie de COVID-19.

La deuxième partie du rapport présente les conclusions d'Oxfam sur l'ampleur et les caractéristiques du financement des IFD dans le domaine de la santé, ainsi que les preuves fournies par les IFD elles-mêmes quant à leur impact sur la santé. Elle explore ensuite les questions de transparence, de supervision, de réglementation et de redevabilité, et formule des recommandations.

PARTIE 1 : LE MALHEUR DES UNS FAIT LE BONHEUR DES AUTRES

Les IFD sont tout à fait capables de tirer profit de leurs investissements dans les soins de santé mais, loin de faire progresser la CSU et le droit à la santé, il est indéniable que cela se fait à un prix inacceptablement élevé, en témoigne notamment ce que l'on observe au Kenya et en Inde, les deux pays où la proportion des investissements des IFD dans les soins de santé est la plus élevée.

LE NAIROBI WOMEN'S HOSPITAL

Créé en 2001, Nairobi Women's Hospital (NWH) gère aujourd'hui neuf hôpitaux et établissements privés à but lucratif au Kenya⁸⁴. Malgré son nom, NWH est une chaîne d'hôpitaux multi-spécialités proposant leurs services à des patient·es de différents genres.

Depuis 2017, les médias ont à maintes reprises fait état⁸⁵ de patient·es pris·es en otage au NWH, car dans l'incapacité de payer leurs factures médicales. Cette situation aurait perduré même après qu'un tribunal a statué en octobre 2018 que NWH avait agi de manière illégale et en violation de la Constitution kenyane⁸⁶.

Encadré 2 : Financement du Nairobi Women's Hospital par des IFD

NWH est un bénéficiaire majeur des investissements d'IFD.

La DEG (Allemagne), Proparco (France) et la SFI de la Banque mondiale ont investi pour la première fois dans la société en 2010 par l'intermédiaire de l'Africa Health Fund^{87, 88}. Parmi les autres investisseurs du même fonds de placement, on trouve l'IFD norvégienne Norfund, la Banque africaine de développement (BAD), la Banque de développement de l'Afrique australe et la Fondation Bill & Melinda Gates⁸⁹.

En 2016, Proparco, le BII du Royaume-Uni et la SFI ont investi respectivement 10 millions, 75 millions et entre 100 et 150 millions de dollars⁹⁰ dans le fonds Abraaj Growth Health Markets Fund (AGHF), qui a acquis en 2017 une participation de 75 % dans NWH^{91, 92}. Parmi les investisseurs de ce même fonds de placement, on trouve également la Fondation Gates⁹³ et la BAD.⁹⁴

L'AGHF a été au cœur d'un vaste scandale de corruption qui a conduit à l'effondrement du groupe Abraaj [voir Encadré 10]. Après la liquidation d'Abraaj, l'AGHF a été rebaptisé Evercare Health Fund. Depuis mai 2019, il est géré par TPG Growth⁹⁵.

PATIENT·ES OU DÉTENU·ES ?

Lors d'un entretien avec les médias en novembre 2016, six ans après une première série d'investissements des IFD dans NWH, et l'année précédant l'achat par le fonds de santé Abraaj d'une participation de 75 % dans l'hôpital au nom d'investisseurs comprenant le BII, la SFI et Proparco, le PDG de l'époque a clairement indiqué que la politique de l'hôpital était de détenir les patient·es en cas de non-paiement des factures, y compris les dépouilles des patient·es décédé·es⁹⁶.

Les preuves ci-dessous, concernant jusqu'à 37 violations présumées ou confirmées des droits humains à l'encontre de patient·es par NWH depuis 2017, sont tirées de sources médiatiques disponibles dans le domaine public. À la connaissance d'Oxfam, ces preuves ne s'appliquent pas au Gender Violence Recovery Centre (l'organisation caritative à but non lucratif de NWH)⁹⁷, qui fournit un soutien médical et psychosocial gratuit

indispensable aux personnes ayant été confrontées à des violences basées sur le genre et à leurs familles.

Les comptes-rendus publiés et diffusés sur les détentions présumées et confirmées de patient·es au NWH sont notamment les suivants :

16 mai 2017 : la famille de George Mwenje Mwangi lance un appel public pour collecter des fonds afin de payer la libération de sa dépouille, qui aurait été détenue par NWH pendant cinq mois en raison du non-paiement d'une facture de 9 700 dollars⁹⁸.

15 novembre 2017 : un reportage télévisé affirme que 12 patient·es ont été détenu·es dans des établissements NWH en raison du non-paiement de factures. Parmi les détenu·es figurerait un lycéen détenu depuis 11 mois pour une facture impayée de 27 721 dollars⁹⁹. Lors d'un échange avec un·e journaliste infiltré·e dans l'hôpital, l'étudiant a déclaré : « Je ne suis pas un prisonnier, j'ai besoin d'aide, je dois retourner à l'école. » La Federation of Women Lawyers et le Center for Reproductive Rights ont demandé la libération des patient·es¹⁰⁰.

17 décembre 2017 : une femme qui a perdu l'un de ses jumeaux pendant l'accouchement rapporte que son jumeau survivant est détenu au NWH depuis plus de trois mois parce qu'elle n'a pas les moyens de payer la facture de près de 3 000 dollars. La mère a fait part aux journalistes du stress psychologique qu'elle subissait du fait de devoir se déplacer quotidiennement pour allaiter son fils avant de le laisser aux soins du personnel infirmier¹⁰¹.

3 octobre 2018 : un tribunal juge qu'un·e patient a été détenu·e illégalement au NWH pour le non-paiement d'une facture de 10 900 dollars. La juge Lady Justice Wilfrida Okwany a déclaré que même s'il s'agissait d'un établissement privé, le maintien en détention d'un·e client·e était arbitraire, illégal et en violation de la Constitution du Kenya de 2010¹⁰².

23 avril 2019 : un réfugié du Burundi est détenu pour non-paiement d'une facture de 9 000 dollars pour son traitement à la suite d'un accident survenu en septembre 2018 dans lequel sa fille de 10 ans a été tuée. Sa famille de sept personnes, qui se rendait apparemment à un bureau des Nations Unies pour les réfugié·es lorsque l'accident s'est produit, n'avait aucun moyen de payer la facture. NWH aurait entamé des discussions pour résoudre le problème¹⁰³.

19 mai 2019 : un rapport spécial du ministère de la Santé révèle que 12 patient·es qui auraient dû être libéré·es sont détenu·es au NWH en raison de factures impayées, et que 15 corps sont détenus pour la même raison¹⁰⁴.

Juillet 2019 : un·e journaliste infiltré·e interroge quatre patient·es détenu·es à l'hôpital NWH pour non-paiement de factures. Les cas incluent une mère célibataire de deux enfants, dont la prise en charge s'est terminée le 22 novembre 2018, mais qui est restée détenue pendant 226 jours pour non-paiement de sa facture de 989 dollars. La facture s'est envolée à 19 790 dollars pendant sa détention. Les quatre patient·es ont été libéré·es

suite à la médiatisation de leur cas à la TV. Le fondateur de NWH a contacté la chaîne pour déclarer : « Lorsque les gens n'ont pas les moyens de payer, un accord est trouvé avec l'hôpital. Pour les cas désespérés, l'hôpital reçoit des fonds de donateurs bienfaisants¹⁰⁵ ».

25 octobre 2019 : deux ans après la mort de sa mère, Francisca Wanjiru demande publiquement à NWH de libérer sa dépouille en guise de cadeau de Noël, car elle n'a pas les moyens de payer la facture de l'hôpital, qui s'élève à 43 000 dollars¹⁰⁷. Après quatre visites, elle a cessé de se rendre à la morgue, où chaque visite coûte 500 shillings kenyans.

Mars 2021 : la Cour suprême du Kenya ordonne à NWH de verser à Emmah Muthoni Njeri 3 millions de shillings kenyans (plus de 27 000 dollars) en guise de dédommagement pour l'avoir détenue illégalement pendant plus de cinq mois en raison d'une facture impayée. Le juge a déclaré que la détention constituait « une violation du droit à la liberté » et « un affront à la dignité humaine »¹⁰⁸.

Certains comptes rendus de ces cas indiquent que les patient-es ont accumulé des frais supplémentaires pour chaque jour de détention au NWH. Des frais auraient également continué à s'accumuler pour les familles de patient-es décédé-es dont les corps étaient conservés à la morgue de l'hôpital.

« Cela me fait beaucoup de peine de la voir... Ce n'est pas facile pour moi parce que son corps a changé... Il ressemble plus à une pierre qu'à un corps... Nous supplions l'hôpital de nous le restituer. Nous n'aurons jamais l'argent pour payer, même s'ils le gardent longtemps. »

Francisca Wanjiru, fille d'une patiente décédée au NWH¹⁰⁶

HÔPITAL OU SALLE DES MARCHÉS ?



En janvier 2020, des communications internes présumées de NWH, datant principalement de 2018, ont été divulguées, exposant la pression horaire et quotidienne apparemment exercée par les cadres supérieur-es de l'hôpital sur le personnel pour augmenter les admissions et retarder les sorties afin de s'assurer que les objectifs de revenus soient atteints¹⁰⁹. Dans un message, le PDG, le Dr Felix Wanjala, aurait dit à un membre du personnel de « régler de toute urgence » la question des sorties, car

« hier vous avez fait sortir 14 personnes, aujourd'hui vous avez planifié 12 sorties » et cela n'est « pas viable ». Dans une autre lettre, il a écrit, après avoir énuméré les statistiques actuelles : « Très peu de mouvement. Prolongez le séjour des patients. Continuez à faire pression pour augmenter le nombre de patient-es hospitalisé-es... continuez à demander des références... verrouillez le taux d'occupation¹¹⁰ ».

Suite à ces fuites, des citoyen·nes ont fait part en nombre de leurs expériences personnelles au sujet de pratiques présumées contraires à l'éthique, notamment des surfacturations, des tests et des traitements excessifs à l'hôpital NWH et dans d'autres hôpitaux privés du Kenya¹¹¹.

L'Association of Kenya Insurers a inscrit NWH sur sa liste noire et a étendu ses investigations à d'autres hôpitaux appartenant au Evercare Health Fund, soutenu par des bailleurs¹¹².

Certain-es des observateurs et observatrices qui ont couvert la divulgation de ces communications internes ont directement blâmé l'injection rapide et à grande échelle de fonds mondiaux via des fonds de placement privés dans le marché des soins de santé privé au Kenya et ont affirmé que la recherche effrénée de profits avait poussé la direction des hôpitaux à « gagner de l'argent sur le dos des patient-es par tous les moyens nécessaires¹¹³ ».

Le cas de NWH illustre la dangereuse inadéquation des mécanismes de diligence raisonnable, de contrôle et de suivi des investissements des IFD. En réponse à une question directe lors d'une séance parlementaire britannique en avril 2023 sur les mesures prises par le BII en réponse aux détentions de patient-es au NWH, le PDG du BII a déclaré : « Nous avons licencié Abraaj en tant que gestionnaire du fonds et l'avons remplacé par TPG. TPG, à son tour, a licencié toute l'équipe de direction du NWH. Un mécanisme d'alerte a été instauré en 2021 et, à ma connaissance, aucun incident n'a été signalé depuis lors¹¹⁴. »

La réponse du BII déforme la réalité. La gestion du fonds de santé d'Abraaj a été modifiée en raison d'une mauvaise gestion financière identifiée et parce qu'Abraaj a déposé une demande de liquidation en juin 2018 (voir Encadré 10). Le BII et les autres IFD ont d'abord nommé des auditeurs et auditrices judiciaires pour enquêter à ce sujet en décembre 2017. Des détentions de patient-es ont eu lieu avant et se sont poursuivies pendant au moins deux années supplémentaires. Rien ne prouve que les enquêtes menées par les IFD sur Abraaj incluait ces violations des droits humains.

Oxfam a partagé des données probantes sur les détentions de patient-es avec NWH et son actionnaire TPG. TPG a indiqué ce qui suit à Oxfam : « sur la base des informations limitées contenues dans ces rapports médiatiques, ces événements semblent antérieurs à notre période de propriété... Depuis, Evercare a pris de nombreuses mesures pour éviter que de tels problèmes ne se reproduisent... Nous avons établi et renforcé divers mécanismes de surveillance pour garantir des actions efficaces dans la mesure du possible¹¹⁵. »

En réponse aux allégations de surfacturation début 2020, TPG a déclaré à Oxfam que des enquêtes indépendantes avaient disculpé l'hôpital, mais avaient formulé plusieurs recommandations pour améliorer les politiques et les pratiques, qui ont été adoptées. L'Association of Kenyan Insurers a réintégré l'hôpital sur sa liste de prestataires accrédités après que les deux parties ont convenu de mesures d'amélioration.

S'ils s'avèrent efficaces, les changements apportés par TPG à la gestion de NWH doivent être salués. En revanche, l'une des mesures prises (l'introduction d'un dépôt minimum à l'admission) semble renforcer l'idée que les hôpitaux privés sont inaccessibles à celles ceux qui sont le moins en mesure de payer.

Le rôle des IFD pose de sérieuses questions. Premièrement, ces institutions multimilliardaires ont-elles simplement omis d'identifier ces délits largement médiatisés avant et pendant leurs investissements, ou en avaient-elles connaissance sans pour autant déployer de mesures pour y mettre fin ? Deuxièmement, vont-elles agir maintenant pour remédier aux préjudices importants causés aux patient·es et à leurs proches ?

Rien ne permet d'affirmer qu'un contrôle concret et systématique des investissements est désormais en place pour éviter que cela ne se reproduise avec d'autres investissements. En effet, les détentions de patient·es par des hôpitaux privés, en particulier de patient·es à faible revenu admis en urgence, ont été signalées comme étant répandues dans de nombreux pays¹¹⁶ dans lesquels les IFD investissent, notamment l'Inde¹¹⁷, l'Ouganda¹¹⁸ et le Nigéria¹¹⁹. Un cas a même été signalé dans un autre hôpital financé par les IFD en Ouganda, dans lequel la DEG, la BEI, Proparco et la SFI ont investi¹²⁰. À l'issue de ce signalement, la BEI et la DEG ont réévalué leurs investissements dans cet hôpital. Les données probantes obtenues par Oxfam montrent que ces deux acteurs investissent indirectement via des fonds de placement privés¹²¹.

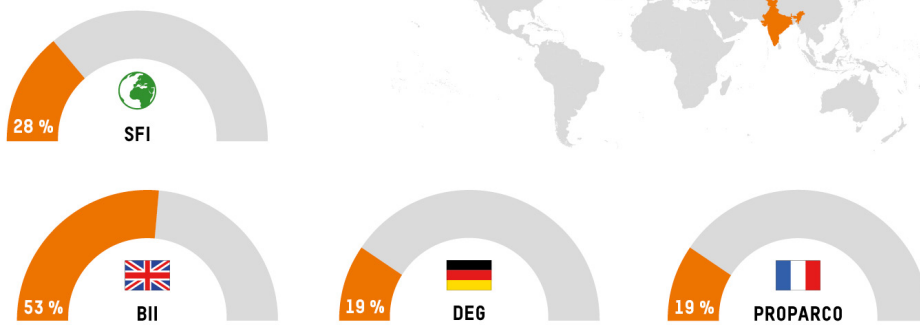
La détention de patient·es ne constitue pas seulement une violation des droits humains fondamentaux et une illustration de la réglementation inadéquate des hôpitaux ; elle révèle aussi que ces services hospitaliers privés sont inabordables. Le fait que la diligence raisonnable des IFD n'ait pas permis d'identifier de telles pratiques, ne serait-ce que dans un seul hôpital, devrait soulever des questions et des inquiétudes légitimes concernant tous les investissements des IFD dans le secteur de la santé.

HÔPITAUX NARAYANA HEALTH ET CARE, INDE

C'est en Inde que l'on trouve la plus forte concentration d'investissements dans le secteur de la santé de la part de quatre des cinq IFD examinées dans le cadre du présent document (voir Graphique 1). Ces IFD ont choisi d'investir massivement dans un pays où les violations des droits des patient·es par les hôpitaux privés sont très répandues, où les dépenses directes de santé sont une cause majeure d'appauvrissement et où la réglementation gouvernementale est inappropriée¹²². Pour toutes ces raisons, l'Inde constitue un terrain idéal pour mieux déterminer si les décisions des IFD en matière de financement des soins de santé contribuent à faire respecter et à protéger les droits et à favoriser l'accès des personnes pauvres et marginalisées à des soins de santé de qualité sans les plonger dans des difficultés financières.

Graphique 1.

INVESTISSEMENTS DES IFD EN INDE EN PROPORTION DU PORTEFEUILLE SANTÉ



Remarque : La SFI finance des chaînes hospitalières en Inde depuis 1997 et le pays constituait 28 % du portefeuille mondial de la SFI consacré à la santé en 2016. Les pourcentages appliqués aux IFD européennes portent sur le nombre de leurs investissements directs et indirects dans le domaine de la santé, et non sur leur valeur en dollars. Les recherches d'Oxfam n'ont identifié qu'un investissement indirect de la BEI dans le secteur de la santé, soit 4 % du nombre total de ses investissements dans ce secteur. Voir la note méthodologique accompagnant ce rapport pour de plus amples informations.

Début 2020, Oxfam a mené une recherche propre sur les expériences des patient-es et des aidant-es en matière d'accès ou de tentative d'accès aux traitements et aux soins dans deux chaînes d'hôpitaux financées par les IFD : CARE Hospitals et Narayana Health dans les États indiens de Chhattisgarh et d'Odisha. Cette recherche incluait des entretiens avec des patient-es et/ou leurs familles, identifié-es par des agents de santé communautaires et des défenseur-es locaux/locales des droits des patient-es au nom d'Oxfam. Des groupes de discussion ont également été organisés avec des habitant-es, des patient-es, des organisations communautaires et des agents de santé communautaires. De plus amples informations sont disponibles dans la note méthodologique¹²³.

Les États de Chhattisgarh et d'Odisha ont été choisis parce qu'ils comptent une proportion de personnes vivant dans une pauvreté multidimensionnelle parmi les plus élevées du pays. Ces deux États présentent également un secteur de la santé privé conséquent et ont des régimes publics d'assurance maladie bien établis qui intègrent des hôpitaux privés et visent à améliorer l'accès aux soins de santé et la protection financière, en particulier pour les personnes vivant dans la pauvreté.

Ces deux chaînes ont été choisies parce qu'elles possèdent des hôpitaux dans les États de Chhattisgarh et d'Odisha, elles sont financées par trois des cinq IFD et elles illustrent les décisions de financement directes et indirectes (par l'intermédiaire d'un fonds de placement privé) de la part des IFD.

Pour garantir la confidentialité, les noms des participant-es à la recherche ont été modifiés et les dates exactes de leurs expériences, qui ont toutes eu lieu entre 2018 et 2020, ne sont pas précisées¹²⁴.

Encadré 3 : Financement de CARE Hospitals et de Narayana Health par les IFD

CARE Hospitals

CARE Hospitals Private Limited est un prestataire de soins de santé indien multi-spécialités à but lucratif qui possède 16 établissements de santé dans six États de l'Inde, dont le Chhattisgarh et l'Odisha.

Proparco (France), le BII (Royaume-Uni) et la SFI du Groupe de la Banque mondiale, ainsi que d'autres bailleurs dont la Banque africaine de développement et la Fondation Bill & Melinda Gates, ont investi dans CARE Hospitals en 2016 par l'intermédiaire de l'Abraaj Growth Health Markets Fund (un fonds de placement privé), rebaptisé par la suite Evercare Health Fund et géré aujourd'hui par TPG. Le BII a également investi 30 millions de dollars directement dans CARE Hospitals en 2016.

Au moment de la publication, le fonds de placement privé Blackstone aurait signé un accord contraignant pour acquérir une participation majoritaire dans CARE Hospitals, TPG restant actionnaire minoritaire¹²⁵. La vente serait contestée devant les tribunaux par un autre investisseur de la SFI, Max Healthcare Institute¹²⁶. TPG a déclaré à Oxfam qu'il ne pouvait pas faire de commentaires, ces questions relevant d'un litige en cours¹²⁷.

Narayana Health

Narayana Hrudayalaya Limited (désignation commerciale Narayana Health) est une société indienne cotée en bourse qui possède ou gère un réseau de 21 hôpitaux¹²⁸, dont un hôpital multi-spécialités à Chhattisgarh, connu localement sous le nom de MMI-NH.

Le BII (Royaume-Uni) a investi directement 48 millions de dollars dans Narayana Health en 2014. Le BII s'est retiré de cet investissement en mars 2020, après la réalisation de l'étude de cas d'Oxfam.

LA GRATUITÉ DES SOINS DE SANTÉ REFUSÉE

Narayana et CARE Hospitals sont tous deux des prestataires officiellement enregistrés dans les régimes d'assurance maladie financés par les autorités de Chhattisgarh^{129, 130} et d'Odisha¹³¹. Autrement dit, ils sont tenus de proposer des soins de santé gratuits et au tiers-payant aux familles éligibles possédant une carte d'assurance maladie gouvernementale ou un autre justificatif autorisé¹³², à concurrence de 500 000 roupies (environ 6 000 dollars) par an.

Dans tous les cas, aucun frais de santé ne doit être facturé aux patient-es inscrit-es à quelque stade que ce soit ; les hôpitaux doivent récupérer leurs honoraires auprès du gouvernement¹³³. Les prestations sont étendues et couvrent une gamme complète de procédures et de traitements, y compris les diagnostics, les médicaments, les interventions chirurgicales, les implants et les frais de séjour, entre autres¹³⁴. Aucun des deux régimes ne couvre les soins ambulatoires.

Dans les deux États, l'objectif du régime public d'assurance maladie est de réduire la charge financière liée à l'accès à des services de santé de qualité, en particulier pour les groupes pauvres et vulnérables. Au

Chhattisgarh, l'éligibilité au régime d'assurance maladie du gouvernement est universelle et environ 90 % des ménages sont inscrits¹³⁵. En Odisha, le régime couvre plus de 7 millions de familles identifiées comme « économiquement vulnérables »¹³⁶.

Oxfam a mené cinq entretiens avec des patient-es (et/ou des membres de leur famille) possédant une carte d'assurance maladie gouvernementale et ayant reçu des soins dans les hôpitaux Narayana et CARE. Trois de ces patient-es, dont la mère d'Eva (voir l'Introduction), n'ont pas pu utiliser leur carte ; la carte d'un-e patient-e n'a été utilisée que de manière sélective ; et le dernier patient ou la dernière patiente ne savait pas si sa carte avait été utilisée ou non en raison de l'opacité de sa facture. Jamais les patient-es ou les aidant-es n'ont déclaré avoir reçu un motif valable sur le rejet ou l'utilisation partielle de la carte d'assurance maladie. Les cinq patient-es et/ou leurs aidant-es ont subi des conséquences désastreuses sur le plan financier, avec des frais hospitaliers qui n'auraient jamais dû leur être facturés.

Visiblement ému, Santosh a rappelé qu'au lieu de rester au chevet de son frère Ravi, grièvement blessé dans un accident de la route, il avait passé les 20 premiers jours à frapper à toutes les portes pour tenter de collecter des fonds afin de ne pas interrompre le traitement salvateur de son frère à l'hôpital CARE. Santosh explique : « Ils nous ont pris la carte à puce [d'assurance maladie du gouvernement], mais le personnel de l'hôpital a dit que dans notre cas, elle ne fonctionnerait pas. Je les ai suppliés, mais le personnel a refusé... Je n'ai pas trop protesté car j'étais si bouleversé et je voulais porter toute mon attention à mon frère... La carte à puce nous aurait vraiment aidés... elle nous aurait permis d'économiser 500 000 roupies [environ 6 000 dollars]. »

Les blessures de Ravi étaient graves et complexes. S'il est possible que certains de ses besoins en matière de traitement n'étaient pas pris en charge par le régime public d'assurance maladie, ce dernier comprend des procédures spécifiques en cas de blessures subies lors d'accidents de la route¹³⁷. Le régime prévoit également des allocations pour les interventions non répertoriées¹³⁸.

Santosh a dû contracter des emprunts pour payer la majeure partie de la facture de 900 000 roupies (12 700 dollars) de l'hôpital CARE et s'acquitter de la facture de 800 000 roupies (11 300 dollars) pour les médicaments qu'il a été autorisé à acheter à des fournisseurs moins chers en dehors de l'hôpital. Il n'a toujours pas pu rembourser les sommes empruntées. Avec ces difficultés financières et malgré les graves problèmes de santé de Ravi, sa famille n'a pas les moyens de le ramener à l'hôpital CARE ou de payer les séances de kinésithérapie pourtant essentielles à son rétablissement.

De même, lorsque Hammond, 73 ans, a été admis à l'hôpital CARE suite à des difficultés respiratoires et à une forte gêne dans la poitrine, sa femme Gietta a demandé s'ils devaient apporter sa carte d'assurance maladie pour payer son traitement. Elle témoigne : « Le personnel nous a dit de ne pas apporter la carte, qu'elle ne serait d'aucune utilité ici. L'agent m'a dit qu'elle servait pour mener des études, mais pas pour un traitement¹³⁹. »

Hammond a dû verser environ 30 % de sa pension de retraite à l'hôpital CARE, soit plus que le seuil considéré comme catastrophique par l'OMS. Le couple s'inquiétait de ne plus avoir les moyens de soutenir les membres de leur famille dans le besoin.

L'hôpital Narayana a accepté la carte d'assurance maladie de Joshi, mais l'a utilisée de manière sélective. La carte a été refusée comme moyen de paiement lors de la première hospitalisation de huit jours de Joshi, mais lorsqu'il a été réadmis quelques semaines plus tard, le personnel de l'hôpital lui a dit cette fois qu'il pouvait l'utiliser pour son opération du cœur. Tous les autres frais liés à son traitement et à ses soins pendant son séjour à l'hôpital ont dû être réglés en espèces. Cela semble entrer en contradiction avec les règles du régime d'assurance-maladie du gouvernement, qui stipule que les tests et les médicaments font partie des procédures couvertes¹⁴⁰. D'après diverses recherches menées en Inde, l'utilisation sélective peut s'expliquer par le fait que les prestataires privés « choisissent » les forfaits les plus rentables pour bénéficier du remboursement par le biais du régime d'assurance maladie et font payer les patient-es de leur poche pour les autres interventions¹⁴¹.

Joshi avait récemment vendu son unique lopin de terre pour reconstruire la maison familiale et aider son fils au chômage à créer une entreprise. Au lieu de cela, il a dû utiliser tout l'argent pour payer la facture de Narayana, qui s'élevait à 250 000 roupies (3 024 dollars). Il a déclaré : « Nous n'avons plus d'argent. Notre épargne est épuisée. »

De même, un programme d'aide de l'État couvrait l'opération du cœur de Robert, mais l'hôpital CARE lui a facturé 135 000 roupies (1 600 dollars) pour les examens et le traitement, alors qu'il possédait une carte d'assurance maladie du gouvernement. Pour payer cette facture, il a dû hypothéquer le terrain de sa famille et contracter trois prêts privés d'un montant total de 95 000 roupies (1 500 dollars). La SFI du Groupe de la Banque mondiale investit et tire parti à la fois de l'hôpital qui a facturé à Robert des frais à payer de sa poche et de la société à laquelle il a emprunté pour s'en acquitter¹⁴².

Après ses remboursements, il ne reste à Robert, sa femme et leur enfant que 1 300 roupies (16 dollars) par mois. Il n'a donc pas les moyens de rembourser l'hypothèque de son terrain et, jusqu'à ce qu'il le fasse, son prêteur s'octroie la totalité des cultures qui y sont produites. Robert témoigne : « Je sors difficilement la tête de l'eau. Le gouvernement me donne du riz et mon neveu m'aide un peu. »

Les groupes de discussion et les entretiens avec les parties prenantes menés par Oxfam indiquent que ces expériences de refus inexplicables ou injustifiés ou d'utilisation sélective des cartes d'assurance maladie du gouvernement par les hôpitaux privés, vécues par les patient-es et les aidant-es, ne sont pas des cas isolés.

Dans le groupe de discussion FG5¹⁴³ dans l'État de Chhattisgarh, les femmes travaillant comme agents de santé communautaires à proximité de l'établissement Narayana Health ont révélé que l'hôpital refusait de traiter

les patient·es à moins qu'une caution n'ait été versée, même en possession d'une carte d'assurance maladie du gouvernement.

Une assistante médicale ayant travaillé pendant deux ans à l'hôpital CARE dans l'État d'Odisha a déclaré à Oxfam qu'elle savait que la carte d'assurance maladie du gouvernement était acceptée par l'hôpital, mais n'avait pas souvenir qu'un·e patient·e ait jamais été pris·e en charge gratuitement, avec ou sans carte.

Deux parlementaires de l'État d'Odisha ont déclaré à l'équipe de recherche d'Oxfam que les hôpitaux privés refusaient souvent les cartes gouvernementales de leurs administré·es ou admettaient les patient·es pour une courte période et les renvoyaient ensuite avant leur rétablissement, sous prétexte que tout l'argent crédité sur la carte avait été dépensé. Ces deux parlementaires ont précisé que cette pratique était surtout courante lors de la prise en charge des populations tribales et des castes répertoriées. Les données recueillies dans toute l'Inde révèlent que ces groupes sont les moins susceptibles de se faire soigner dans des hôpitaux privés ou de bénéficier de l'assurance maladie du gouvernement lorsqu'ils recouraient à de tels soins¹⁴⁴.

Les expériences de patient·es documentées par Oxfam, complétées par des recherches qualitatives récentes similaires¹⁴⁵, fournissent un précieux éclairage sur certains des facteurs qui expliquent pourquoi, malgré plus de 10 ans d'efforts, l'assurance maladie du gouvernement ne parvient pas à réduire les dépenses de santé catastrophiques ou appauvrissantes à la charge des patient·es en Inde¹⁴⁶. D'après les données recueillies, ces expériences se répètent dans d'autres hôpitaux et États de l'Inde, avec des dépenses à la charge des patient·es fréquentant des hôpitaux privés plusieurs fois supérieures à celles des hôpitaux publics, indépendamment de la couverture d'assurance maladie (voir Encadré 7)¹⁴⁷. La part de ménages basculant dans la pauvreté à cause des frais d'hospitalisation est 11 fois plus élevée lorsqu'un membre de la famille est hospitalisé dans un hôpital privé plutôt que dans un hôpital public¹⁴⁸.

CHER AU POINT D'ÊTRE INABORDABLE

Les IFD insistent sur l'importance de leur rôle en termes de financement de soins de santé privés abordables ou peu coûteux. Les frais facturés par CARE Hospitals et Narayana Health aux personnes interrogées par Oxfam dans le cadre de cette étude varient entre 60 000 et 3 millions de roupies (entre 730 et 36 000 dollars), soit l'équivalent de trois mois et demi à 14 ans de salaire pour une personne avec des revenus moyens en Inde¹⁴⁹.

La facture de Sanjit pour 20 jours de traitement et de soins à l'hôpital Narayana, dont deux semaines en soins intensifs, s'élevait à 500 000 roupies (6 060 dollars). Même avec la réduction de 150 000 roupies dont il a bénéficié en tant qu'ancien fonctionnaire, sa facture représentait l'équivalent de plus de deux ans de salaire d'un·e citoyen·ne moyen·ne en Inde¹⁵⁰.

« C'est pareil dans tous les hôpitaux privés. C'est le coup de grâce, surtout pour les personnes pauvres. Si même moi, fonctionnaire à la retraite, je n'ai pas les moyens de payer, je n'imagine pas ce que cela doit représenter pour une personne pauvre ! »

Hammond, enseignant retraité de 73 ans et ancien patient des hôpitaux CARE

Aabharan, le fils de Sanjit, a expliqué que, bien qu'il ait partagé les frais d'hospitalisation avec ses frères et leur famille respective, les conséquences pour sa propre famille ont été dévastatrices : « Nous avons utilisé le peu d'épargne dont nous disposions. Cet argent devait financer l'avenir de nos enfants. Aujourd'hui, nous sommes très inquiets, notamment pour préparer le mariage de nos filles. Nos économies devaient servir à subvenir aux besoins de nos enfants... Elles ont été dépensées pour lui sauver la vie. Aujourd'hui, nous n'avons plus du tout d'épargne. »

Un grand nombre des aidant-es interrogé-es ont déclaré être atterré-es par l'escalade rapide des factures d'hôpital de leurs proches. Certaines personnes ont parlé d'une fréquence de facturation exagérément élevée et de frais déraisonnables pour des produits de base comme des gants de protection et du désinfectant pour les mains. D'autres se sont interrogées sur le nombre de déplacements qu'on leur demandait de faire à la pharmacie de l'hôpital, sur le coût élevé des médicaments et, dans certains cas, sur le fait que ces médicaments étaient administrés dans les quantités prescrites.

Rajesh a fait part de son incrédulité lorsqu'il a reçu une facture de 90 000 roupies (1 100 dollars) uniquement pour des médicaments pendant son séjour de 36 heures dans un hôpital CARE pour ce qui était, selon lui, une opération sans complication visant à retirer un calcul biliaire¹⁵¹. Pour lui : « Il est difficile de protester face aux médecins... il faut payer la facture. Je ne suis que le patient. »

Ramesh, un représentant médical et commercial qui a travaillé dans le centre et l'est de l'Inde, a affirmé que les chaînes d'hôpitaux réalisaient le « plus gros de leurs profits sur les médicaments ». Il a déclaré que la marge moyenne sur les médicaments dans les hôpitaux privés était d'environ 50 %, mais qu'elle pouvait être plus de cinq fois supérieure au coût d'achat. Il a ajouté : « Il existe un lien entre l'industrie pharmaceutique et les chaînes d'hôpitaux... Ensemble, elles pillent la population. »

Pour lui, la politique gouvernementale est également à blâmer, car les prix maximaux fixés pour la vente au détail sont injustement élevés. Malgré cela, il affirme que les hôpitaux essaient toujours de facturer au-delà du prix réglementé : « Il est rare d'obtenir une ordonnance complète avec la liste de tous les médicaments dans les chaînes d'hôpitaux. L'infirmière se contente de vous remettre un bordereau. Il est donc difficile de connaître les prix pratiqués. »

Ce problème est très répandu en Inde. Une analyse récente a révélé que les marges bénéficiaires pour les médicaments, les consommables et les diagnostics s'étendaient de 100 % à 1 737 % dans quatre des plus grands hôpitaux privés de Delhi, et que ces postes représentaient près de la moitié du coût facturé aux patient-es¹⁵². La Competition Commission of India a ouvert une enquête sur l'inflation des prix des médicaments dans trois des plus grandes chaînes d'hôpitaux privés du pays, toutes financées par la SFI¹⁵³. Cette enquête sur quatre ans a conclu que les chaînes d'hôpitaux ont abusé de leur position dominante sur le marché en surfacturant les services et les produits médicaux aux patient-es¹⁵⁴. Dans une autre affaire, le

gouvernement de l'État de Maharashtra a engagé des poursuites judiciaires contre sept hôpitaux (dont au moins deux financés par les IFD¹⁵⁵) après que des enquêtes ont révélé qu'ils réutilisaient des cathéters à usage unique et qu'ils facturaient le même équipement à plusieurs patient-es¹⁵⁶. Le président de Sahyadri Hospitals, financé par le BII, aurait déclaré : « Nous ne réutilisons les cathéters que pour les personnes pauvres et nous ne les facturons pas¹⁵⁷. »

La volonté de gonfler les frais pour les patient-es peut expliquer l'opinion exprimée par au moins deux participant-es à la recherche dans chacun des six groupes de discussion, selon laquelle les personnes vivant dans la pauvreté ne se sentent pas les bienvenues dans les chaînes d'hôpitaux. Voici ce qu'a déclaré à Oxfam une femme du groupe de discussion FG5, composé de femmes agents communautaires dans le secteur de la santé dans l'État de Chhattisgarh : « Mon fils de 23 ans a eu un accident. Il a été renversé par une voiture. Nous l'avons emmené à CARE. Le personnel nous a dit que son traitement coûterait 5 000 roupies par jour. Nous avons répondu que nous n'avions pas les moyens. Le médecin s'en est alors pris à moi, me demandant : "Quel genre de mère êtes-vous à placer l'argent avant la santé votre enfant ?" »

Une femme participant au groupe de discussion FG2 dans un quartier informel dans l'État d'Odisha a déclaré : « Le personnel ne se comporte pas bien avec nous lorsqu'il apprend que nous venons du bidonville. Il nous demande alors de partir [...] Nous n'emmenons plus personne là-bas désormais [...] Ce n'est pas pour nous. Ce n'est pas pour les familles pauvres. Il faut être riche. »

DES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE REFUSÉS

Conformément à la législation nationale, les citoyen·nes indien·nes peuvent prétendre à recevoir des soins médicaux d'urgence même sans argent pour régler ces soins¹⁵⁸. Sur les huit cas d'urgence dont Oxfam a eu connaissance et dans lesquels des patient-es auraient été éconduit-es par CARE Hospitals et Narayana Health, l'expérience de Kanaklata semble la plus perverse et la plus scandaleuse. Elle a en effet déclaré que ses blessures avaient été causées par des travaux de construction réalisés au profit de l'hôpital qui a refusé de la soigner (voir Encadré 4).

Encadré 4 : L'histoire de Kanaklata

Kanaklata, employée de maison, mère et veuve, vivait dans un campement informel de Bhubaneswar (dans l'État d'Odisha). En 2019, ce campement a été rasé pour faire place à une route d'accès à l'hôpital CARE, tout juste sorti de terre.

Elle déclare qu'elle était dans sa maison en train de rassembler ses affaires lorsque les bulldozers sont arrivés pour démolir le campement¹⁵⁹. Ses ami-es expliquent l'avoir trouvée inconsciente dans les décombres et l'avoir emmenée d'urgence à l'hôpital CARE, situé juste à côté. Elle saignait du nez et

elle était clairement blessée au crâne. Ses ami-es poursuivent : « On nous a réclamé de l'argent. Nous avons répondu qu'elle avait été victime d'un accident, qu'elle était veuve et mère d'une petite fille et n'avait pas d'argent. Le personnel nous a dit que son traitement coûterait cher et que nous n'aurions pas de quoi payer. On nous a dit de partir. »

Les ami-es de Kanaklata l'ont emmenée dans un hôpital public plus éloigné.

Elle souffre toujours de problèmes de santé et de saignements de nez. Kanaklata déclare : « L'hôpital CARE n'est pas fait pour les gens ordinaires. Il est pour les gens riches et importants. »

Dans le groupe de discussion FG2 constitué des familles déplacées de force de leur maison pour faire place au nouvel hôpital CARE dans l'État d'Odisha, une femme a expliqué que son fils de 15 ans avait été impliqué dans un accident de la route et qu'il avait été gravement blessé et inconscient. Sa famille l'a emmené à l'hôpital CARE, mais le personnel a exigé 100 000 roupies (1 200 dollars) pour le soigner¹⁶⁰. Ne pouvant s'acquitter d'une telle somme, cette famille n'a eu d'autre choix que de l'emmener ailleurs¹⁶¹.

Dans le groupe de discussion FG5 dans l'État de Chhattisgarh, une femme agent de santé communautaire a raconté le cas d'un garçon qui avait été poignardé près de l'hôpital Narayana. Elle l'a emmené elle-même à l'hôpital et, bien qu'elle était en possession de sa carte d'assurance maladie du gouvernement, le personnel a exigé une caution avant de soigner l'enfant. Elle s'est alors empressée d'essayer de collecter de l'argent auprès de la communauté et a réuni 20 000 roupies (240 dollars). Elle a indiqué que ce n'est que lorsqu'elle est revenue avec l'argent que le personnel de l'hôpital a commencé à prendre le garçon en charge.

EXTRACTION ET EXPLOITATION

« Les chaînes d'hôpitaux ont des pratiques contraires à l'éthique : elles facturent des traitements inutiles, elles posent des diagnostics excessifs, elles gardent les patient-es plus longtemps que nécessaire, elles retiennent même des patient-es sous respirateur, les maintenant en vie afin de pouvoir facturer des frais supplémentaires. Il y a même eu des cas où des patient-es décédé-es étaient retenu-es par des hôpitaux. » - Parlementaire de l'État d'Odisha

« Les hôpitaux privés vous diront qu'ils peuvent vous guérir même si vous êtes déjà mort-e. » - Participant-e à un groupe de discussion (FG3)

À l'exception d'un médecin, toutes les personnes interrogées par Oxfam ont déclaré que la volonté de maximiser les revenus et les profits avait encouragé des pratiques contraire à l'éthique, ainsi que des comportements d'exploitation, d'extraction ou, dans certains cas, incroyablement dangereux et nuisibles de la part des hôpitaux privés. Trois personnes interrogées avaient une certaine connaissance de la structure de CARE et de Narayana et ont suggéré que ce type de comportement s'était aggravé avec l'intensification de la corporatisation et sous la propriété de fonds de placement privés et d'investisseurs étrangers¹⁶².

Quatre des patient-es ou des aidant-es interrogé-es ont formulé de graves allégations concernant des fautes médicales et des cas d'exploitation dans les hôpitaux CARE des États d'Odisha et de Chhattisgarh.

Rajesh a été persuadé par son médecin de famille de se rendre à l'hôpital CARE pour se faire retirer un calcul biliaire problématique. Plusieurs tests, dont un ECG et un échocardiogramme ont été réalisés avant l'opération pour vérifier la santé de son cœur. Immédiatement après l'opération, Rajesh raconte qu'une autre équipe de médecins est venue à son chevet et a demandé, sans explication, un autre ECG et un autre échocardiogramme. Les médecins lui auraient dit que son cœur était bloqué à 80 % et qu'ils devraient l'opérer pour le sauver.

Rajesh a insisté sur le fait qu'il voulait d'abord se remettre de son opération des calculs biliaires. Mais sans le consulter lui ni sa famille, les médecins ont apporté des médicaments pour son cœur et ont commencé à essayer de les lui injecter dans la jambe. Face au refus des médecins d'interrompre la procédure, Rajesh a fait appel à son fils qui a forcé les médecins à arrêter. Il a déclaré que l'hôpital a d'abord refusé de le laisser sortir, puis a insisté pour l'orienter vers un médecin spécifique dans un autre hôpital. Rajesh précise que ce n'est que lorsque la famille a fait appel à un responsable local influent que les médecins ont accepté de le laisser sortir. Il s'est alors rendu chez un autre médecin recommandé par le gouvernement, qui a répété les tests. Sa conclusion : « La personne qui prétend vous avoir diagnostiqué un blocage au niveau de votre cœur vous ment. »

Rajesh conclut : « Pour notre famille, ce n'était pas l'argent le problème, mais le traitement inutile. Nous avons des contacts. Nous avons pu faire entendre notre voix. Mais d'autres pourraient se faire piéger. »

Hammond a vécu une expérience similaire à l'hôpital CARE dans l'État d'Odisha. Après des examens pour des difficultés respiratoires et des vertiges, un autre médecin a commencé à l'examiner sans le consulter. Hammond raconte : « Lorsqu'il a senti une grosseur sur mon ventre, il a écarté la blouse et a vu mon nombril hypertrophié. Il m'a dit que cela posait un gros problème et que je devais être opéré immédiatement. Je lui ai répondu qu'il était là depuis 1994 et qu'on m'avait dit à plusieurs reprises qu'il s'agissait d'une hernie abdominale et qu'il n'y avait rien de particulier à faire.

Eva raconte qu'après son expérience traumatisante à l'hôpital CARE (voir l'Introduction), elle a demandé l'aide d'un agent de police, qui est allé interroger le médecin au sujet de la vente abusive présumée d'une assurance maladie privée et de la facture de 36 000 dollars transmise à sa mère, avec une somme beaucoup plus élevée qu'annoncé¹⁶³. Le médecin aurait dit à l'agent de police qu'il ne se souvenait pas de ce cas et lui aurait demandé de revenir le lendemain. Le lendemain, le médecin a affirmé qu'il n'y avait aucune trace de la mère d'Eva comme patiente dans les archives de l'établissement.

En réponse à la question des traitements ou diagnostics inutiles sans consentement, l'actionnaire de CARE, TPG, a déclaré : « CARE dispose d'un

solide mécanisme de conseil et les membres de la famille sont conseillés par l'équipe de médecins traitants au sujet des soins dispensés. Il existe des formulaires et des mécanismes de conseil spécifiques, dûment documentés¹⁶⁴. »

AUCUNE CONTESTATION POSSIBLE

« Il est tout simplement impossible de contredire le médecin, parce qu'il a les pleins pouvoirs. On est à sa merci. » – **Gietta, dont le mari était un patient de l'hôpital CARE**

Les inégalités et la peur semblent être de puissants obstacles qui empêchent les membres des familles des patient-es de contester le comportement déraisonnable ou contraire à l'éthique des médecins et des autres membres du personnel des hôpitaux CARE et Narayana. Plus d'une dizaine de personnes interrogées et de membres de groupes de discussion ont déclaré ne pas s'être senti-es légitimes pour contester un médecin, soit en raison de leur pauvreté, soit parce qu'ils ou elles étaient perçu-es comme « inférieur-es ». Au moins cinq personnes interrogées ont déclaré s'être senties découragées, rabaissées ou intimidées par les attitudes et les comportements des médecins. Deux ont estimé que les médecins exacerbaient intentionnellement la peur en la dramatisant et en l'exagérant inutilement. Dans presque tous les entretiens, les personnes interrogées ont déclaré à l'équipe de recherche d'Oxfam qu'il leur était impossible de contredire le médecin parce qu'elles pensaient que cela pourrait avoir un impact négatif sur la qualité des soins et des traitements prodigués à leurs proches.

« Dans les faits, on a peur qu'ils ne traitent pas le patient correctement si on demande quelque chose aujourd'hui ou si on se plaint. Comment alors oser se plaindre ? »

– **Joshi, patient à l'hôpital Narayana**

Les inégalités de pouvoir, de statut et d'information entre le prestataire et les patient-es sont inhérentes à la prestation de soins de santé. Ce qui diffère dans les soins de santé à but lucratif, c'est l'incitation à exploiter ces inégalités à des fins commerciales. Tous les entretiens menés par Oxfam avec des patient-es et leurs proches dans le cadre de cette étude ont mis à nu une réalité brutale : l'exploitation et l'extorsion des patient-es et des aidant-es par les prestataires de soins de santé à but lucratif sont effroyablement faciles, en raison de la propension universelle des êtres humains à faire des sacrifices infinis pour sauver la vie d'un être cher.

« Chaque vie mérite d'être sauvée, même si cela implique d'y consacrer toutes ses économies. » – **Sanjit, fils d'un-e patient-e de l'hôpital Narayana**

Encadré 5 : Réponses des entreprises

Narayana Hrudayalaya (NH) a déclaré à Oxfam qu'il ne refusait pas de traiter les « véritables bénéficiaires » des programmes de remboursement du gouvernement, mais que lorsque le nombre de lits disponibles pour ces patient-es était insuffisant, ils ou elles pouvaient s'inscrire sur la liste

d'attente ou étaient orienté-es vers d'autres hôpitaux. NH a déclaré qu'il ne percevait pas d'acompte de la part des patient-es admis-es dans le cadre des programmes de remboursement du gouvernement¹⁶⁵ et qu'il ne facturait pas de montants supplémentaires, y compris pour les médicaments génériques associés, une fois que l'autorisation avait été reçue pour un ensemble de soins approuvé. Il a également déclaré qu'il ne refusait aucun traitement médical d'urgence à un-e patient-e, quelle que soit sa capacité à payer, et que « notre objectif est de rendre les soins de santé de haute qualité accessibles à tou-ttes, y compris les personnes pauvres qui sont les bienvenues dans tous nos hôpitaux ». Il a ajouté qu'il disposait de protocoles bien conçus pour le traitement des patient-es, que toutes les pratiques de l'hôpital MMI-NH faisaient l'objet d'un examen indépendant afin de garantir le maintien des normes de soins, et qu'il disposait d'un solide mécanisme de feedback qui recueillait les plaintes des patient-es par le biais de plusieurs canaux.

TPG, actionnaire de CARE Hospitals, a déclaré à Oxfam que les patient-es ne sont jamais refusé-es dans les établissements de CARE « agréés dans le cadre du régime [d'assurance maladie du gouvernement], conformément aux spécialités approuvées » et que « CARE adhère aux conditions générales du protocole d'accord avec les autorités de santé de l'État concerné ». Il a ajouté : « CARE ne gère aucun régime d'assurance propre et ne fait la promotion d'aucune compagnie d'assurance privée » et « les patient-es reçoivent toujours un traitement en cas d'urgence, quelle que soit leur situation financière [...] CARE traite un grand nombre de patient-es vivant sous le seuil de pauvreté. Par exemple, au cours des 12 derniers mois, CARE a pris en charge plus de 90 000 patient-es de cette catégorie dans ses hôpitaux (soit environ 15 % du nombre total de patient-es hospitalisé-es)¹⁶⁶. »

FERMER LES YEUX ?

Il est invraisemblable que quiconque effectuant une enquête, même superficielle, sur le marché indien des soins de santé privés n'identifie pas de nombreuses preuves de violations à grande échelle des droits des patient-es dans un contexte de réglementation gouvernementale terriblement inadéquate et hautement problématique¹⁶⁷. Si les hôpitaux publics peuvent également refuser l'accès aux traitements et proposer une piètre prise en charge aux patient-es, surtout s'ils sont incités à générer leurs propres revenus, la pression exercée sur les hôpitaux privés pour réaliser des bénéfices et l'absence relative de redevabilité vis-à-vis du public sont beaucoup plus problématiques et constituent une plus grande menace pour les personnes à faible revenu. Les milliers de femmes contraintes à l'endettement, voire à l'esclavage, à la suite d'hystérectomies totalement inutiles pratiquées par des prestataires de soins privés à des fins lucratives, en sont un exemple terrifiant¹⁶⁸.¹⁶⁹

Les nombreuses preuves des préjudices causés par les hôpitaux privés en Inde devraient alerter les investisseurs chargés de lutter contre la pauvreté et de stimuler le développement. Malgré cela, Oxfam n'a trouvé aucune information disponible publiquement permettant de conclure que les quatre IFD qui ont choisi d'investir massivement dans les soins de santé privés en Inde ont sérieusement pris en compte ces risques substantiels de préjudice.

Les cas signalés par Oxfam de violations présumées et confirmées des droits humains et des droits des patient-es, ainsi que les pratiques présumées d'extraction, d'exploitation et de pratiques contraires à l'éthique de la part des hôpitaux privés financés par les IFD au Kenya et en Inde, doivent d'urgence faire l'objet d'enquêtes et de réponses indépendantes.

PLUS QUE QUELQUES CAS ISOLÉS

La cartographie et les recherches d'Oxfam sur tous les prestataires de soins de santé identifiés financés par les quatre IFD européennes (ainsi que les investissements croisés de la SFI) dans tous les PRITI ne révèlent pas seulement davantage de cas présumés de comportement abusif, d'exploitation, contraire à l'éthique et potentiellement illégal, y compris pendant la pandémie de COVID-19. Elles indiquent également un modèle systémique de financement d'hôpitaux coûteux et inabordable dans des pays où des millions de femmes, d'hommes et d'enfants vivant avec de faibles revenus et dans la pauvreté voient leurs besoins urgents de soins de santé non satisfaits.

ACCOUCHEMENT COÛTEUX

Tous les gouvernements se sont engagés à réduire considérablement la mortalité maternelle dans le cadre des ODD. Or, dans la plupart des régions du monde, le nombre de décès a stagné ou augmenté depuis que les ODD ont été adoptés pour la première fois en 2016¹⁷⁰, principalement en raison des inégalités extrêmes entre les femmes enceintes riches et pauvres en matière d'accès à des sages-femmes qualifié-es¹⁷¹. Les données probantes fournies ci-dessous par Oxfam suggèrent fortement qu'au lieu de chercher à combler ce fossé fatal en matière d'accès, les IFD le creusent encore en investissant au profit d'hôpitaux qui ne s'adressent qu'aux femmes les mieux loties.

Oxfam a identifié 224 investissements directs et indirects¹⁷² réalisés par les cinq IFD auprès de prestataires de soins de santé privés¹⁷³. Grâce à des recherches menées en ligne et/ou à une communication directe avec les hôpitaux privés, l'équipe de recherche d'Oxfam a réussi à collecter des informations sur les frais facturés pour les services de maternité pour la moitié de ces investissements (110, soit 49 %)¹⁷⁴. Ce manque de transparence à grande échelle sur les frais, tant de la part des IFD que des hôpitaux privés qu'elles financent, permet d'échapper à l'examen public et à toute obligation de redevabilité.

En comparant les informations disponibles sur les frais avec les données sur les revenus dans chaque pays concerné, Oxfam a constaté que le coût initial moyen d'un accouchement par voie basse sans complication dans un hôpital privé financé par une IFD représente plus d'une année de salaires cumulés pour une personne avec des revenus moyens faisant partie des 40 % les plus pauvres. Le coût d'un accouchement par césarienne

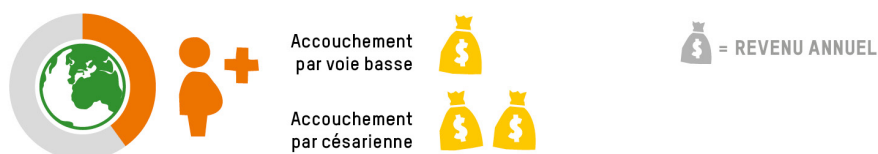
représente quant à lui plus de deux ans de salaires cumulés pour une personne du même profil¹⁷⁵.

Pour une personne avec des revenus moyens faisant partie des 10 % les plus pauvres, le coût de départ d'un accouchement par voie basse sans complication dans un hôpital privé financé par une IFD s'élève à plus de neuf ans de salaires cumulés, et à plus de 16 ans pour un accouchement par césarienne.

Graphique 2.

FRAIS MOYENS D'ACCOCHEMENT DANS LES HÔPITAUX PRIVÉS FINANCÉS PAR LES IFD

Pour une personne avec des revenus moyens dans le groupe des **40 % LES PLUS PAUVRES**



Pour une personne avec des revenus moyens dans le groupe des **10 % LES PLUS PAUVRES**



Encadré 6 : Au Nigeria, des soins de maternité réservés aux riches

Le Nigeria affiche le quatrième taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde¹⁷⁶. Parmi les 10 % de femmes les plus riches du pays, seulement 6 % ne bénéficient pas des services d'une sage-femme qualifiée. Pour les 10 % de femmes les plus pauvres, l'absence d'accès à des sages-femmes qualifiées est de 91 %¹⁷⁷.

L'entreprise de soins de santé Hygeia, basée au Nigeria, est sans doute l'un des principaux bénéficiaires des financements des IFD. Oxfam a identifié un minimum de 11 investissements directs et indirects dans Hygeia par la DEG, la BEI, Proparco et la SFI depuis 1999 (voir Graphique 5 dans la partie 2).

Les hôpitaux gérés par Hygeia, sous le nom de Lagoon Hospitals, sont situés dans certains des quartiers commerciaux et résidentiels les plus exclusifs de Lagos. Sur son site Web, la société indique fournir des soins de santé à des « tarifs abordables », mais il faut une assurance privée, une couverture d'entreprise ou un paiement en espèces pour y accéder. Les hôpitaux sont inaccessibles à la plupart des Nigérianes : 97 % de la population n'a pas d'assurance maladie, et ce chiffre atteint 99 % pour les 60 % de femmes en âge de procréer les plus pauvres¹⁷⁸.

Dans les établissements Lagoon d'Ikeja et d'Ikoyi, les prix de départ pour un accouchement non assisté vont de 280 000 à 430 000 naira (de 728 à 1 118 dollars), et pour un accouchement par césarienne, ils atteignent 790 000 naira (2 054 dollars)¹⁷⁹. Même le forfait maternité le plus basique, sans

aucune complication, coûterait neuf mois de revenu aux 50 % de la population les plus pauvres du Nigeria. Ce coût s'élevé à neuf ans de revenu total pour les 10 % les plus pauvres¹⁸⁰.

La société a déclaré à Oxfam qu'elle appliquait des contraintes d'accès inférieures pour les personnes à faible revenu et qu'elle prenait en charge les patient-es bénéficiant du régime national d'assurance maladie (NHIS). Elle n'a toutefois fourni aucune autre information malgré nos sollicitations¹⁸¹. En 2022, seulement 3 % des Nigérian-es étaient inscrit-es au NHIS¹⁸².

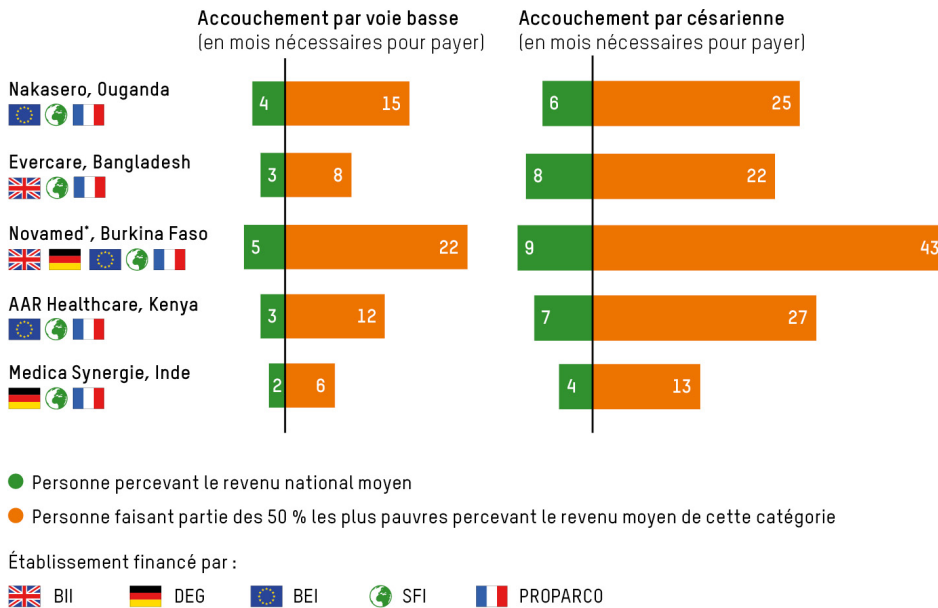
À l'hôpital Evercare du Nigeria, financé par le BII, Proparco et la SFI, les frais de maternité sont de 30 à 100 % plus élevés que ceux des hôpitaux Lagoon. Un accouchement peu coûteux correspondrait à 12 années de revenu total pour les 10 % les plus pauvres, et à jusqu'à 24 années pour un accouchement par césarienne¹⁸³.

Loin de rendre les services de santé maternelle plus abordables et accessibles, l'exigence de rendement des investisseurs, y compris des IFD, peut entraîner des frais encore plus élevés pour les femmes enceintes. En Ouganda, le BII et Proparco ont investi pour la première fois dans l'hôpital TMR, situé dans un quartier résidentiel huppé de Kampala, par l'intermédiaire de l'Africa Rivers Fund en 2018. À l'époque, le prix de base pour un accouchement par voie basse sans complication était de 1,6 million de shillings ougandais (425 dollars)¹⁸⁴ et celui pour un accouchement par césarienne de 3,4 millions de shillings ougandais (929 dollars)¹⁸⁵. Quatre ans seulement après les investissements des IFD, ces prix avaient augmenté de 60 %¹⁸⁶.

Le Graphique 3 présente des exemples de frais d'accouchement dans différents hôpitaux financés par des IFD, exprimés en nombre de mois de salaires pour différentes catégories de revenus.

Graphique 3.

FRAIS D'ACCOUCHEMENT DANS LES HÔPITAUX FINANCÉS PAR LES IFD SÉLECTIONNÉS



*La DEG (Allemagne) a indiqué à Oxfam qu'elle n'avait pas connaissance de cet investissement. Les informations disponibles montrent que la DEG finance Novamed par le biais de ses investissements dans le fonds de placement privé EuroMena III.

Concernant Rainbow Hospitals, une chaîne d'hôpitaux privés en Inde que le BII a financée directement aux côtés du groupe Abraaj (voir Encadré 10¹⁸⁷), le personnel du BII a déclaré à Oxfam que si l'hôpital n'était peut-être pas abordable pour les personnes vivant dans l'extrême pauvreté, il accueillait des personnes vivant avec environ 5,50 dollars par jour¹⁸⁸. En 2022, dans ce même hôpital, une mère s'est vue facturer 5 200 000 roupies (63 000 dollars) pour la prise en charge de ses jumeaux prématurés, qui sont malheureusement décédés tous les deux. Cette facture équivaut à 35 ans de salaires cumulés pour une personne vivant avec 5,50 dollars par jour.

DES INÉGALITÉS QUI RAPPORTENT GROS - DES SOINS DE SANTÉ POUR LES PLUS RICHES

Certains des hôpitaux financés par les IFD ciblent plus ouvertement les élites.

En Chine, la société Arrail Dental (financée par le BII) se décrit comme « la première marque de services dentaires haut de gamme en Chine » et « cible les patient·es aisé·es à fort pouvoir d'achat, principalement dans les villes de 1^{er} rang »¹⁸⁹.

Proparco précise que son soutien à Oncologie et Diagnostic du Maroc pour élargir l'accès au diagnostic et au traitement du cancer au Maroc « bénéficiera pour l'essentiel à la classe moyenne salariée marocaine¹⁹⁰ ».

Les supports marketing de la société indienne de soins à domicile Portea, financée par la SFI et le BII, montrent des images de seniors dans des

maisons confortables et manifestement hors de prix¹⁹¹. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des informations sur les tarifs, une autre IFD ayant investi dans Portea signale que les coûts de ses soins intensifs à domicile commencent à 133 dollars par jour¹⁹², soit 62 fois le salaire journalier minimum en Inde¹⁹³. La fourniture de soins intensifs à domicile présuppose *a minima* une alimentation électrique fiable et un bon accès à l'eau et à l'assainissement.

Au Brésil, l'hôpital Sírio-Libanês de São Paulo, financé par la DEG et Proparco, est très respecté et reconnu pour soigner les personnes riches et célèbres, notamment les président·es d'Amérique latine et d'autres responsables politiques de haut rang¹⁹⁴. Pour protéger leur vie privée et assurer leur sécurité, l'hôpital disposait, à l'époque des investissements des IFD, de 500 caméras de sécurité, de 250 portiques électroniques et de 250 détecteurs de proximité, et employait 100 agents chargés de surveiller l'intérieur et les alentours de l'établissement¹⁹⁵. Les médecins ont reçu une formation média pour apprendre à gérer leurs fréquentes interactions avec des journalistes devant les portes de l'hôpital¹⁹⁶. Aujourd'hui encore, l'hôpital ne traite pas de patient·es dans le cadre du système de soins de santé universel mis en place par le gouvernement, mais il prend en charge des activités caritatives, la formation de ses médecins et des investissements dans la recherche. Il bénéficie pour cela d'exonérations fiscales¹⁹⁷.

Plusieurs hôpitaux soutenus par les IFD ciblent également les riches expatrié·es ou les touristes médicaux comme patientèle potentielle, avec des pages distinctes pour la patientèle internationale sur leurs sites Web¹⁹⁸.

Le Pacific Plaza au Costa Rica, financé par le BII via l'Emerge Central America Growth Fund, est un village-retraite avec soins longue durée qui s'étend sur 22 hectares, avec un complexe médical intégré et un hôpital. Il s'adresse aux expatrié·es, aux touristes et aux personnes qui recherchent une alternative au système de santé américain. Les forfaits diagnostic santé coûtent 1 040 dollars pour les seniors¹⁹⁹.

Encadré 7 : Les régimes publics d'assurance maladie - Une impasse pour la CSU ?

Bien souvent, les personnes partisans d'un rôle accru des prestataires de soins de santé à but lucratif dans les PRITI plaident également pour des régimes d'assurance maladie financés par l'État comme moyen de financer la CSU. Cela n'a rien de surprenant. Pour les prestataires privés, le fait de participer à de tels régimes signifie en effet qu'ils peuvent bénéficier d'un financement public. Ce qui est préoccupant, c'est que des intérêts particuliers ont créé une vision étriquée.

Encouragés par le Groupe de la Banque mondiale²⁰⁰ et des bailleurs de fonds bilatéraux tels que l'Allemagne et les États-Unis²⁰¹, de nombreux PRITI mettent en œuvre des régimes d'assurance maladie dans le but déclaré d'améliorer l'accès aux soins de santé, le choix et la protection financière des personnes vivant dans la pauvreté. La nouvelle stratégie du BII prévoit que tout nouvel investissement hospitalier garantira qu'une part significative d'utilisateurs et

d'utilisatrices bénéficie de systèmes de paiement gouvernementaux²⁰². Cela suppose que ces systèmes fonctionnent pour les personnes en situation de pauvreté. Mais il n'en est rien dans les faits.

Pour que l'assurance maladie soit universelle et équitable, chacun-e doit cotiser en fonction de ses capacités, or les cotisations deviennent *de facto* volontaires pour près de 90 % des habitant-es des PRITI parce qu'ils et elles travaillent dans l'économie informelle²⁰³. Cette situation, associée à des primes souvent inabordables et à une couverture gratuite insuffisante, conduit à une faible couverture et à une exclusion à grande échelle, ce qui renforce les inégalités^{204, 205}. La plupart des travailleurs et travailleuses précaires informel-les et faiblement rémunéré-es sont des femmes et, alors même qu'elles sont confrontées à des dépenses directes plus élevées pour leurs soins de santé, elles sont les plus susceptibles d'être exclues des régimes d'assurance maladie dans le monde entier²⁰⁶.

Les pays qui passent d'un système avec des dépenses directes à un système de soins de santé financé par l'État obtiennent de meilleurs résultats en termes d'amélioration de l'espérance de vie, du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de la protection financière que ceux qui optent pour un système d'assurance maladie sociale^{207, 208}. Ce dernier est plus coûteux, peut entraîner une diminution de l'engagement des gouvernements en matière de dépenses de santé et n'a pas d'impact significatif sur les dépenses directes²⁰⁹.

L'Inde et le Kenya ont tous deux des régimes publics d'assurance maladie qui encouragent une plus grande participation des prestataires privés. Ils ont été critiqués pour avoir hâté la privatisation²¹⁰. Ces deux régimes ne sont pas à même de garantir l'équité, l'égalité des genres et la protection financière, et détournent au contraire une part croissante de ressources publiques vers des prestataires privés à but lucratif.

Les régimes publics d'assurance maladie en Inde ne permettent pas d'améliorer la protection financière²¹¹. En favorisant un recours accru à des prestataires à but lucratif, ils exposent les personnes pauvres et marginalisées, en particulier les femmes, à un risque encore plus grand de difficultés financières²¹². En Inde, indépendamment de l'affiliation à l'assurance maladie, les dépenses directes d'hospitalisation des personnes âgées sont six fois plus élevées dans les établissements privés que dans le secteur public.²¹³ Dans un État, les dépenses directes médianes pour les patient-es assuré-es par le gouvernement sont huit fois plus élevées dans les établissements privés que dans les établissements publics²¹⁴; au niveau national, ce chiffre est 25 fois plus élevé pour les femmes²¹⁵.

Les hommes sont plus enclins à solliciter les hôpitaux privés tandis que les femmes sont plus nombreuses à se tourner vers les hôpitaux publics²¹⁶. On note des inégalités dans le recours à l'assurance en fonction du revenu, de la caste, de l'éducation et du statut de résidence rurale/urbaine²¹⁷.

L'assurance publique exacerbe les inégalités des infrastructures, car l'utilisation accrue et les coûts plus élevés des soins de santé privés dans les zones urbaines détournent une part de plus en plus conséquente des fonds publics des zones rurales et des zones les plus mal desservies^{218, 219}.

Le Fonds national d'assurance hospitalisation (NHIF) du Kenya a près de 60 ans, mais ne couvre que 20 % des Kenyan-es²²⁰; 75 % des gens déclarent ne pas avoir les moyens de payer les primes²²¹.

La main-d'œuvre informelle, principalement des femmes, représentait 83 % de la main-d'œuvre kenyane en 2017, mais seulement 24 % des membres du NHIF (et 73 % de ces membres travaillant dans le secteur informel n'ont pas renouvelé leur adhésion²²²). Parmi les obstacles auxquels se heurtent les femmes, les cartes d'assurance maladie ne sont souvent délivrées qu'aux hommes chefs de famille et il n'est pas accordé une priorité suffisante aux services de santé sexuelle et reproductive dans le régime²²³. Une enquête nationale réalisée en 2018 a révélé que les ménages dont au moins un membre est couvert par l'assurance maladie étaient plus susceptibles d'être confrontés à des dépenses de santé catastrophiques²²⁴.

La plupart des Kenyan-es, notamment celles et ceux qui ont de faibles revenus, continuent de dépendre des services publics, mais le financement public des prestataires à but lucratif est monté en flèche dans le cadre du NHIF : il a été multiplié par 30 entre 2010 et 2021. 64 % des dépenses du NHIF vont désormais aux prestataires privés, contre seulement 20 % aux établissements publics²²⁵. Les prestataires privés obtiennent des taux de remboursement nettement plus élevés et, étonnamment, les hôpitaux privés les plus chers peuvent négocier des tarifs sur mesure, que le NHIF ne divulgue pas²²⁶. Tous les hôpitaux privés financés par les IFD au Kenya pour lesquels Oxfam dispose d'informations, y compris Avenue, Metropolitan, Aga Khan, AAR, Nairobi Women's Hospital et Diani Beach, font partie de cette catégorie privilégiée²²⁷.

DES SOINS DE SANTÉ PRIVÉS À MOINDRE COÛT POUR LES PERSONNES VIVANT DANS LA PAUVRETÉ ?

La plupart des prestataires de soins de santé privés à but lucratif identifiés dans cette étude pratiquent des tarifs qui sont loin d'être à la portée des personnes vivant avec de faibles revenus. Les recherches d'Oxfam ont néanmoins permis d'identifier un petit nombre de prestataires privés financés qui semblent, du moins en apparence, avoir un coût relativement moins élevé.

Les hôpitaux Vaatsalya, soutenus par le BII et Proparco, sont situés dans des villes indiennes plus modestes (rang 2 et 3) et sont décrits comme des hôpitaux à bas coûts qui mettent l'accent sur les soins primaires et secondaires. Les tarifs pratiqués seraient 15 à 20 % inférieurs aux coûts moyens des hôpitaux²²⁸. Les consultations externes avec un médecin peuvent coûter jusqu'à 140 roupies²²⁹, mais les frais d'hospitalisation en maternité restent prohibitifs, certains hôpitaux pouvant facturer jusqu'à 70 000 roupies (800 dollars).

La chaîne Penda Health, financée par le BII, la BEI et Proparco, est présentée comme fournissant des soins de santé primaires à bas coût au Kenya, certains de ses établissements étant situés à proximité des principaux quartiers informels de Nairobi. Les examens prénataux coûtent environ 1 500 shillings kenyans (8,80 dollars) et les consultations assurées par des médecins généralistes 2 000 shillings kenyans (12 dollars)²³⁰. Ces tarifs, bien qu'inférieurs à ceux pratiqués par d'autres hôpitaux privés soutenus par les IFD à Nairobi, restent hors de portée des femmes enceintes vivant dans la pauvreté.

Il existe un réel danger de voir les supports marketing des IFD²³¹ et la priorité croissante accordée à la quête et à la promotion du profit dans les soins de santé primaires détourner l'attention de décennies de recherche montrant comment même un reste à charge de 1 ou 2 dollars exclus, appauvrit et tue²³². Après des années de campagne de la société civile, le Groupe de la Banque mondiale a finalement reconnu ces dernières années les preuves de l'impact néfaste des frais d'utilisation des soins de santé. Il a déclaré que leur élimination ou leur forte réduction était une caractéristique commune de tous les projets réussis de CSU²³³, et il est maintenant catégorique sur le fait que les soins de santé primaires devraient être gratuits sur le lieu d'intervention²³⁴. Oxfam milite pour éliminer tous les frais d'utilisation.

Il convient également de souligner l'hypocrisie des gouvernements européens qui versent des fonds de développement à des établissements privés de soins de santé primaires payants qui ciblent une patientèle à faible revenu, alors qu'un tel concept est en contradiction avec des modèles de soins de santé universels et équitables bien établis et bénéficiant d'un soutien public dans leurs propres pays. Au Royaume-Uni par exemple, 94 % de la population estiment que les soins de santé devraient être assurés gratuitement là où ils sont requis²³⁵.

LA COVID ET SES DÉRIVES

Une urgence sanitaire mondiale est peut-être le meilleur test d'une théorie du changement selon laquelle l'investissement dans les prestataires de soins de santé répondant à une logique commerciale peut faire progresser la CSU, améliorer l'accès des personnes mal desservies et accroître la capacité à compléter et à soulager les systèmes publics de santé en difficulté.

Or, les recherches menées dans les PRITI révèlent des tendances alarmantes et généralisées de comportements contraires à l'éthique de la part des prestataires de soins de santé privés au plus fort de la pandémie de COVID-19, notamment la suppression de services de santé et le refus d'admettre des patient-es atteint-es de COVID-19, le filtrage des patient-es en fonction de leurs moyens, des prix abusifs et la prise en otage des gouvernements en facturant des frais injustifiés pour des lits d'hôpitaux supplémentaires tant espérés²³⁶. Il apparaît clairement que les prestataires privés se sont largement soustraits aux réglementations relatives aux pandémies d'urgence et ont spéculé avec les nouvelles exigences en matière de prix et de disponibilité des lits, ce qui a souvent conduit les pouvoirs publics à intervenir pour reprendre des lits, à brandir la menace de poursuites judiciaires et/ou à plafonner les prix²³⁷. Dans de nombreux pays comme l'Inde où les investissements de certaines IFD sont très concentrés, les patient-es sont resté-es fortement tributaires des services de santé publics pour le traitement et les soins liés à la COVID-19.

Des rapports suggèrent qu'une partie des bénéficiaires des fonds des IFD ont cherché à tirer profit de la pandémie et du désespoir des familles en pratiquant des prix exorbitants afin de maximiser leurs revenus.

Au Mozambique, l'hôpital privé de Maputo qui était auparavant soutenu par plusieurs IFD européennes, dont la DEG et la BEI²³⁸, aurait demandé aux patient-es ayant contracté la COVID-19 un dépôt initial de plus de 6 000 dollars en cas de besoin d'oxygène et de plus de 10 000 dollars pour disposer d'un respirateur²³⁹. Malgré ces frais exorbitants, la SFI a réalisé un nouvel investissement de 28 millions de dollars dans la société mère de l'hôpital début 2023²⁴⁰.

« Ce n'est pas un hôpital pour les citoyen-nes mozambicain-es ordinaires. »

Directeur d'une ONG locale de santé

En Ouganda, l'International Hospital Kampala (IHK) est financé par au moins sept investissements croisés réalisés par la DEG, la BEI, Proparco et la SFI²⁴³. Il aurait facturé environ 1 million de shillings ougandais (270 dollars) par jour pour le traitement et les soins de patient-es modérément malades de la COVID-19, et jusqu'à 3 millions de shillings ougandais (812 dollars) par jour pour les cas graves²⁴⁴. Au plus fort de la pandémie, la SFI a renfloué cet hôpital privé en lui accordant un prêt de 4 millions de dollars, grâce à l'aide allouée par le Groupe de la Banque mondiale par l'intermédiaire du guichet du secteur privé de l'Association internationale de développement (IDA)²⁴⁵.

« Il est inutile de lorgner sur l'IHK si vous ne disposez pas d'un budget minimum de 3 millions de shillings par jour. »

Edris Kiggundu, journaliste ougandais²⁴¹

Le Tableau 1 fournit d'autres exemples de frais excessifs et/ou de pratiques contraires à l'éthique de la part d'hôpitaux privés financés par les IFD en réponse à la COVID-19.

« Comment les hôpitaux peuvent-ils facturer autant tout en sachant que la situation est délicate ? ... Peuple ougandais, ça suffit ! Menons campagne contre ces hôpitaux pour dire NON à celles et ceux qui gagnent de l'argent entaché de sang. »

Réponse sur les réseaux sociaux face à la facturation des soins contre la COVID-19 à l'hôpital TMR²⁴²

Tableau 1 : Exemples de frais excessifs et de comportements contraires à l'éthique pendant la pandémie de COVID-19

Hôpital, pays (financement par les IFD)	Allégation de facturation excessive ou de comportement contraire à l'éthique
Hôpital de Nakasero, Ouganda (BEI, SFI, Proparco)	7 millions de shillings ougandais (1 900 dollars) par jour pour le traitement et les soins des patient-es ayant contracté la COVID-19 et admis es en soins intensifs. Selon le journaliste qui a mené l'enquête, une hospitalisation de 20 jours coûteraient l'équivalent d'une belle maison dans certains des quartiers résidentiels les plus cossus de Kampala ²⁴⁷ .
Hôpital international TMR, Ouganda (BII, Proparco)	L'établissement aurait facturé 118 millions de shillings ougandais (32 000 dollars) pour deux semaines de traitement et de soins à un-e patient-e ayant contracté la COVID-19 ²⁴⁸ . Selon d'autres rapports sur cette même personne finalement décédée du virus, la facture totale aurait atteint 430 millions de shillings ougandais (116 000 dollars) ²⁴⁹ .
Clinique Avenues, Zimbabwe (BII)	L'une des cliniques Avenues aurait facturé entre 800 et 1 000 dollars par jour pour un lit de soins intensifs COVID-19, tandis qu'un séjour de cinq jours dans un autre établissement du groupe aurait coûté 7 600 dollars ²⁵⁰ .

« La plupart des patient-es n'ont pas les moyens de payer les factures, et nous ne pouvons pas les aider parce que nous avons aussi d'autres factures à payer. »

Directeur de l'hôpital international TMR, Ouganda²⁴⁶

	<p>Le Community Working Group on Health du pays²⁵¹ a appelé le gouvernement à intervenir d'urgence pour réglementer les tarifs pratiqués dans les hôpitaux privés²⁵².</p>
<p>AAR Healthcare, Afrique de l'Est (BEI, SFI, Proparco)</p>	<p>En Tanzanie, AAR Healthcare a complètement cessé de fonctionner pendant la pandémie en raison de problèmes financiers aggravés par la COVID-19. La société mère, AAR Healthcare Holdings, a fait savoir qu'elle n'était « plus disposée à soutenir les besoins financiers de la société »²⁵³.</p>
<p>Hôpital Evercare, Pakistan (BII, SFI, Proparco)</p>	<p>L'hôpital facture un tarif journalier minimum de 55 000 roupies pakistanaïses (194 dollars) pour les patient-es ayant contracté la COVID-19, sans intervention ni médicaments, à l'exclusion des frais d'EPI qui peuvent s'élever à 10 000 roupies pakistanaïses (35 dollars) par jour. Un lit avec respirateur coûte 75 000 roupies pakistanaïses (265 dollars) par jour. Une injection de tocilizumab (l'un des rares traitements disponibles pour les patient-es gravement atteint-es par la COVID-19) coûte 59 764 roupies pakistanaïses (211 dollars) par flacon²⁵⁴.</p>
<p>Hôpital Sahyadri, Inde (BII, SFI)</p>	<p>La municipalité de Pune a ordonné à l'hôpital de rembourser une moyenne de 790 dollars à 34 patient-es qui avaient été facturé-es au-delà des plafonds fixés par le gouvernement pour le traitement et les soins liés à la COVID-19²⁵⁵. L'hôpital n'a toutefois pas remboursé ces frais jusqu'à ce que le gouvernement menace de lui retirer sa licence²⁵⁶. Le BII s'est retiré de son investissement dans Sahyadri en 2019.</p>
<p>Medica, Inde (DEG, SFI, Proparco)</p>	<p>La West Bengal Clinical Establishment Regulatory Commission a infligé une amende à l'hôpital Medica de Calcutta pour avoir refusé d'admettre une personne ayant contracté le virus de la COVID-19 dans les premiers jours de la pandémie²⁵⁷. Dans l'État du Jharkhand, le ministère de la Santé a accusé un établissement Medica de « se débarrasser » des patient-es atteint-es de la COVID-19 dans des hôpitaux publics quelques heures avant leur décès²⁵⁸. Medica a démenti cette dernière allégation, mais le cas de Medica est inclus car les recherches ont révélé plusieurs</p>

	autres plaintes contre Medica qui ont été retenues, en particulier pour avoir surfacturé des patient·es ²⁵⁹ . La DEG a fourni une aide financière supplémentaire à Medica pendant la pandémie ²⁶⁰ .
Hôpital CARE, Inde (BII, SFI, Proparco)	Le gouvernement de l'État de Chhattisgarh a rendu une décision de justice confirmant qu'une patiente avait été expulsée de force de l'hôpital en mars 2020 car l'équipe médicale suspectait une infection par la COVID-19. Cet événement s'est produit à un stade très précoce de la pandémie, alors que la surveillance revêtait la plus haute importance. Le gouvernement a condamné l'hôpital pour avoir manqué à son obligation légale de signaler ce cas suspect ²⁶¹ . Dans l'État de Telangana, CARE Hospitals a été condamné à rembourser plus de 700 000 roupies (plus de 8 500 dollars) aux patient·es infecté·es par la COVID-19 qui avaient été surfacturé·es ²⁶² .
Krishna Institute of Medical Science, Inde (DEG, SFI, Proparco)	Dans l'État de Telangana, l'hôpital KIMS aurait demandé à la famille d'un·e patient·e ayant contracté la COVID-19 une caution de 100 000 roupies (1 212 dollars) en amont de l'admission et 325 000 roupies (3 940 dollars) pour récupérer le corps huit jours plus tard, après son décès. La facture était près de quatre fois supérieure au plafond fixé par le gouvernement de l'État ²⁶³ . En juin 2021, ce même hôpital a été l'un des nombreux établissements privés de l'État à se voir retirer leur autorisation de traiter les patient·es ayant contracté la COVID-19 suite aux plaintes de patient·es, notamment concernant les frais excessifs et la mauvaise gestion ²⁶⁴ .
Rainbow Hospital, Inde (BII)	Le directeur de cet hôpital du Bihar a été arrêté en mai 2021 pour avoir prétendument vendu du remdesivir, le traitement contre la COVID-19, sur le marché noir à un prix sept à 29 fois supérieur au plafond fixé par le gouvernement ²⁶⁵ .

C'est en Inde que les rapports sur les hôpitaux privés refusant d'admettre et de traiter les patient·es ayant contracté la COVID-19 et adoptant d'autres comportements contraires à l'éthique et inacceptables semblent les plus répandus. Les médias ont rapporté d'innombrables cas de patient·es

mourant devant les portes d'hôpitaux privés qui refusaient de les laisser entrer²⁶⁶.

Une enquête sans précédent menée auprès de plus de 2 500 patient-es ayant contracté la COVID-19 dans le Maharashtra, le deuxième État le plus peuplé de l'Inde, a révélé qu'en dépit d'un plafond clairement fixé par le gouvernement, 75 % des patient-es traité-es dans des hôpitaux privés ont été surfacturé-es, en moyenne de 156 000 roupies (1 890 dollars)²⁶⁷.

D'autres recherches ont révélé que les montants moyens des dépassements d'honoraires étaient bien plus élevés dans les grands hôpitaux privés²⁶⁸.

Encadré 8 : Possibilités pour les IFD de contribuer à améliorer la santé

Dans le cadre du présent document, les recherches d'Oxfam se sont concentrées sur les investissements des IFD dans la prestation de soins de santé. Elles n'examinent pas les investissements des IFD dans d'autres aspects du système de santé. Oxfam encourage d'autres acteurs à procéder à de tels examens.

Le financement de la recherche et du développement (R&D) et de la production locale de médicaments, de tests et de traitements dans les pays du Sud est un domaine dans lequel Oxfam estime que les IFD peuvent avoir un impact plus positif et plus progressif sur la santé. S'il est bien fait, avec l'expertise et l'expérience adéquates, ce type de soutien pourrait jouer un rôle significatif dans la correction des inégalités fatales en matière d'accès.

Si la formation d'un consortium²⁶⁹ entre les IFD et Biovac en Afrique du Sud (en partenariat avec le programme de transfert de la technologie à ARNm dirigé par l'OMS²⁷⁰) semble prometteuse, le manque d'informations détaillées empêche de mieux comprendre les objectifs et la valeur ajoutée des IFD dans ce domaine.

Oxfam recommande aux IFD de mener une consultation complète et transparente impliquant des expert-es en matière d'accès aux médicaments, en particulier des pays du Sud, afin d'explorer et de définir une nouvelle vision et une stratégie progressiste des IFD pour investir dans ce domaine.

PARTIE 2 : CARTOGRAPHIE DES FINANCEMENTS

Cette section donne un aperçu de la portée et de l'ampleur des financements des IFD à destination de tous les acteurs de la santé à but lucratif et décrit certaines de leurs caractéristiques. L'étude des liens financiers entre les IFD et les entreprises privées du secteur de la santé révèle un manque de transparence et de redevabilité alarmant auquel il convient de remédier de toute urgence. Cela pourrait expliquer en partie les conclusions les plus affligeantes d'Oxfam.

Les difficultés rencontrées pour dresser un tableau complet des investissements des IFD dans le domaine de la santé afin d'étayer la recherche et l'analyse d'Oxfam dans la première partie de ce rapport se sont révélées inacceptables.

À l'exception du BII, les sites Web et les bases de données des IFD sont incohérents et la navigation y est difficile. Plusieurs des investissements identifiés par Oxfam ne figuraient pas dans les bases de données des IFD, mais ont été découverts indirectement par le biais de communiqués de presse ou de sources tierces. Beaucoup ont été découverts par hasard. Bien que le portail de projets du BII soit plus complet et mieux structuré, les nouveaux investissements et les sorties sont divulgués avec un retard inacceptable²⁷¹.

Trouver des informations sur les investissements de la DEG dans la santé s'est avéré particulièrement difficile. Il n'existe aucun moyen de rechercher des investissements spécifiques à la santé ; le personnel a déclaré à Oxfam qu'il n'était pas en mesure de confirmer les investissements de l'organisation en matière de santé réalisés avant 2015, pour des raisons de confidentialité. La DEG a fait état d'importantes améliorations en matière de divulgation à partir de 2022, mais les informations disponibles restent très limitées²⁷². Oxfam ignore toujours la valeur d'au moins 14 investissements de la DEG dans le domaine de la santé^{273, 274}.

AMPLEUR ET PORTÉE

Les recherches documentaires d'Oxfam sur les portails de projets des IFD européennes et d'autres sources²⁷⁵ ont identifié un total de 358 investissements directs et indirects dans des entreprises de santé privée de tous types (pas seulement des fournisseurs de soins de santé) dans les PRITI, réalisés par les quatre IFD européennes (BII, DEG, BEI et Proparco) entre 2010 et 2022²⁷⁶, plus précisément :

- 67 investissements directs dans des entreprises du secteur de la santé, pour un montant total de 2,2 milliards de dollars²⁷⁷ ;

- au moins 85 investissements dans des entreprises du secteur de la santé par le biais de 18 intermédiaires financiers spécifiques au secteur de la santé, pour un montant total de 289 millions de dollars ;
- au moins 206 investissements dans des entreprises du secteur de la santé par le biais de 122 intermédiaires financiers multisectoriels. L'investissement total dans ces intermédiaires financiers s'élève à 3,2 milliards de dollars ; la part de ce montant revenant aux 206 entreprises du secteur de la santé n'est pas connue (voir Tableaux 2-4)²⁷⁸.

Bien que la santé constitue une part relativement faible du portefeuille d'investissement des IFD, ces sommes sont significatives. Des quatre IFD européennes, c'est le BII qui investit le plus dans la santé, tant en termes de valeur que de nombre d'investissements directs et indirects.

Un examen complet du portefeuille de la SFI dans le domaine de la santé dépassait le cadre des recherches effectuées pour le présent document. Les recherches menées par Oxfam ont toutefois permis d'identifier un co-investissement à grande échelle par la SFI (à la fois directement et indirectement) dans au moins 42 des mêmes intermédiaires financiers et 112 des mêmes entreprises de santé privées bénéficiaires qui sont soutenues par les quatre IFD européennes (voir l'Annexe disponible en anglais au téléchargement sur la page de cette publication). L'organisation néerlandaise Wemos a néanmoins examiné le portefeuille complet de la SFI dans le domaine de la santé entre 2017 et 2021 et a fait part de ses préoccupations quant au manque d'attention portée à l'accès équitable et universel aux soins de santé et aux problèmes de transparence des investissements par le biais d'intermédiaires financiers²⁷⁹.

Tableau 2 : Investissements directs dans la santé (PPP compris)

IFD	Nombre d'investissements	Valeur en dollars
BII (anciennement CDC)	12 ²⁸⁰	712,53 millions de dollars
DEG	25 ²⁸¹	489,5 millions de dollars*
BEI	3	357 millions de dollars
Proparco	27	597 millions de dollars
Total	67	2,2 milliards de dollars

*Valeur manquante pour quatre investissements sur 25.

Tableau 3 : Investissements indirects dans la santé par le biais d'intermédiaires financiers (IF) spécifiques au secteur de la santé

IFD	Nombre d'IF du secteur de la santé	Montants investis auprès des IF du secteur de la santé (dollars)	Nombre d'entreprises de santé bénéficiaires au final

BII (anciennement CDC)	4	130,2 millions de dollars ²⁸²	12
DEG	6	55 millions de dollars*	31
BEI	2	29,4 millions de dollars	8
Proparco	6	74,4 millions de dollars	34
Total	18	289 millions de dollars	85

*Valeur manquante pour trois investissements sur six.

Tableau 4 : Investissements dans des intermédiaires financiers (IF) multisectoriels qui sous-investissent dans la santé

IFD	Nombre d'IF multisectoriels investissant dans la santé	Montants investis dans les IF (dollars)	Nombre d'entreprises de santé bénéficiaires au final
BII (anciennement CDC)	72	2,5 milliards de dollars	117
DEG	15	174 millions de dollars*	35
BEI	9	158,83 millions de dollars	14
Proparco	26	427,73 millions de dollars	40
Total	122	3,2 milliards de dollars**	206

*La valeur en dollars de sept investissements sur 15 n'a pas pu être identifiée.

**Total investi dans des intermédiaires financiers qui investissent à leur tour dans la santé ainsi que dans d'autres secteurs. Excepté pour Proparco, la proportion de ce montant allouée à la santé n'est pas connue. Dans le cadre du présent rapport, Proparco a déclaré à Oxfam que ses investissements dans la santé par le biais d'intermédiaires financiers multisectoriels équivalent à 74 millions de dollars, soit 17 % des 427,73 millions de dollars²⁸³.

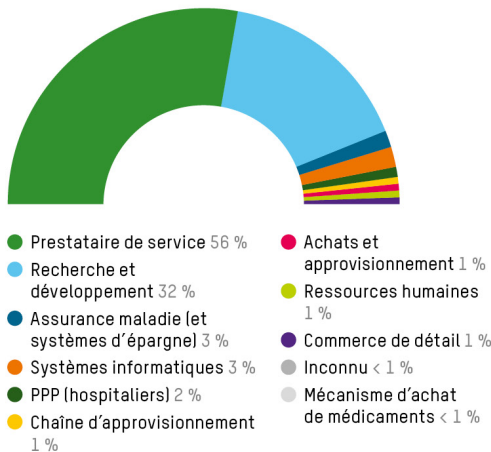
Le Graphique 4 montre la répartition du total des investissements directs et indirects réalisés par les quatre IFD européennes dans le secteur de la santé, par type de secteur et selon le revenu national. Sur les 358 investissements, 56% (202) ont été réalisés dans des hôpitaux privés ou d'autres prestataires de soins de santé à but lucratif, tandis que 32 % (114) ont été réalisés dans des entreprises de R&D.

La plupart des investissements (69 %) se sont concentrés au profit d'entreprises de santé privées opérant dans des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, tandis que 7 % sont allés à des entreprises opérant dans des pays à faible revenu.

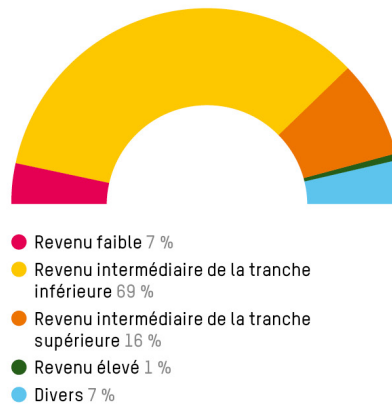
Graphique 4.

INVESTISSEMENTS DES IFD EUROPÉENNES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Par type de secteur



Selon le revenu national



Remarque : les pourcentages portent sur le nombre total d'investissements, et non sur leur valeur.

Les partenariats public-privé (PPP) représentent une faible proportion du nombre total d'investissements recensés dans le secteur de la santé. Ils sont toutefois significatifs en termes de valeur monétaire pour la DEG, la BEI et Proparco (voir Encadré 9).

Encadré 9 : À qui profitent les PPP soutenus par les IFD ?

Les IFD, et plus particulièrement la SFI, promeuvent les partenariats public-privé (PPP) hospitaliers (des hôpitaux publics construits par le secteur privé et financés par ce dernier) comme une solution aux insuffisances du financement dans la santé. Comme le montrent les données recueillies à l'international, les hôpitaux PPP sont loin d'être une formule gagnante et finissent souvent par faire peser sur les ministères de la Santé des coûts plus élevés que promis et qui se révèlent insoutenables.

Au Lesotho, un hôpital PPP recommandé par la SFI a suscité la polémique et a coûté à un moment donné plus de la moitié du budget annuel de la santé du pays²⁸⁴. Le partenariat a depuis périclité²⁸⁵. L'Angleterre a été le terrain d'essai le plus ancien et le plus vaste pour les PPP dans le secteur de la santé. Mais en raison du coût élevé, de la rigidité intrinsèque et de nombreuses autres défaillances des PPP, une Commission parlementaire du Trésor a conclu, il y a plus de dix ans, qu'il convenait d'y recourir avec la plus grande parcimonie²⁸⁶.

Malgré ces preuves, les recherches d'Oxfam révèlent que la DEG, la BEI, la SFI et Proparco ont collectivement soutenu au moins trois PPP hospitaliers en Turquie avec près d'un milliard de dollars de prêts depuis 2014²⁸⁷. Ces hôpitaux faisaient partie d'un vaste plan gouvernemental d'expansion des PPP. Or en 2021, le ministère de la Santé du pays a annoncé qu'il n'y aurait plus de PPP et que toutes les futures constructions d'hôpitaux seraient financées par le budget de l'État²⁸⁸. Cette décision a été prise après qu'il soit apparu que les paiements pour seulement 10 PPP hospitaliers opérationnels représentaient quelque 27,8 % du budget du ministère de la Santé²⁸⁹.

Les « erreurs » contribuant à des pressions fiscales insoutenables pour le gouvernement turc comprenaient le fait de lier les paiements unitaires des PPP à la valeur du dollar américain²⁹⁰, malgré une volatilité des taux de change tout à fait prévisible. Ces erreurs seront compensées par les contribuables du pays dans les années à venir tout en bénéficiant vraisemblablement aux IFD qui avaient investi, sous la forme de rendements plus élevés²⁹¹. D'autres intérêts économiques nationaux sont probablement aussi en jeu. Par exemple, Proparco a engagé 100 millions de dollars dans les PPP hospitaliers et la société française Meridiam devrait bénéficier de manière significative de ces contrats de projet²⁹².

LOIN DES YEUX, LOIN DU CŒUR - LES INVESTISSEMENTS INTERMÉDIÉS

Sur les 358 investissements effectués par les IFD européennes recensées dans le secteur de la santé, au moins 81 % ont été réalisés indirectement par le biais d'intermédiaires financiers, principalement des fonds de placement privés²⁹³. La part varie de 73 % pour la DEG et Proparco à 91 % pour le BII²⁹⁴. Il s'agit là d'un point crucial. À la connaissance d'Oxfam, il n'y a pas eu d'autre projet équivalent de cartographie systématique des investissements des IFD dans le secteur de la santé, et encore moins d'évaluation de leur impact sur les patient-es et les aidant-es.

Seul le BII répertorie tous les investissements intermédiés dans le domaine de la santé et ce, d'une manière qui permet d'effectuer une recherche²⁹⁵. Il est inacceptable que ce ne soit pas le cas pour les autres IFD, sachant que la plupart de leurs investissements dans le secteur de la santé sont réalisés par ce biais²⁹⁶.

En raison de ce manque de transparence de la part des IFD et des fonds de placement privés dans lesquels elles investissent, il est impossible de dire combien d'intermédiaires ou d'entreprises de santé bénéficiaires sont absents de cette recherche. Il est probable qu'ils soient nombreux ; la recherche met aussi grandement en doute la capacité de certaines IFD à rendre compte de l'ensemble de leurs financements intermédiés dans le secteur de la santé.

Il va sans dire que cela pose un énorme problème en matière de redevabilité. Sans possibilité de tracer les investissements, comment les gouvernements et les citoyen-nes peuvent-ils être sûrs que leurs institutions de développement travaillent dans le bon sens, ou du moins ne causent pas de préjudices ?

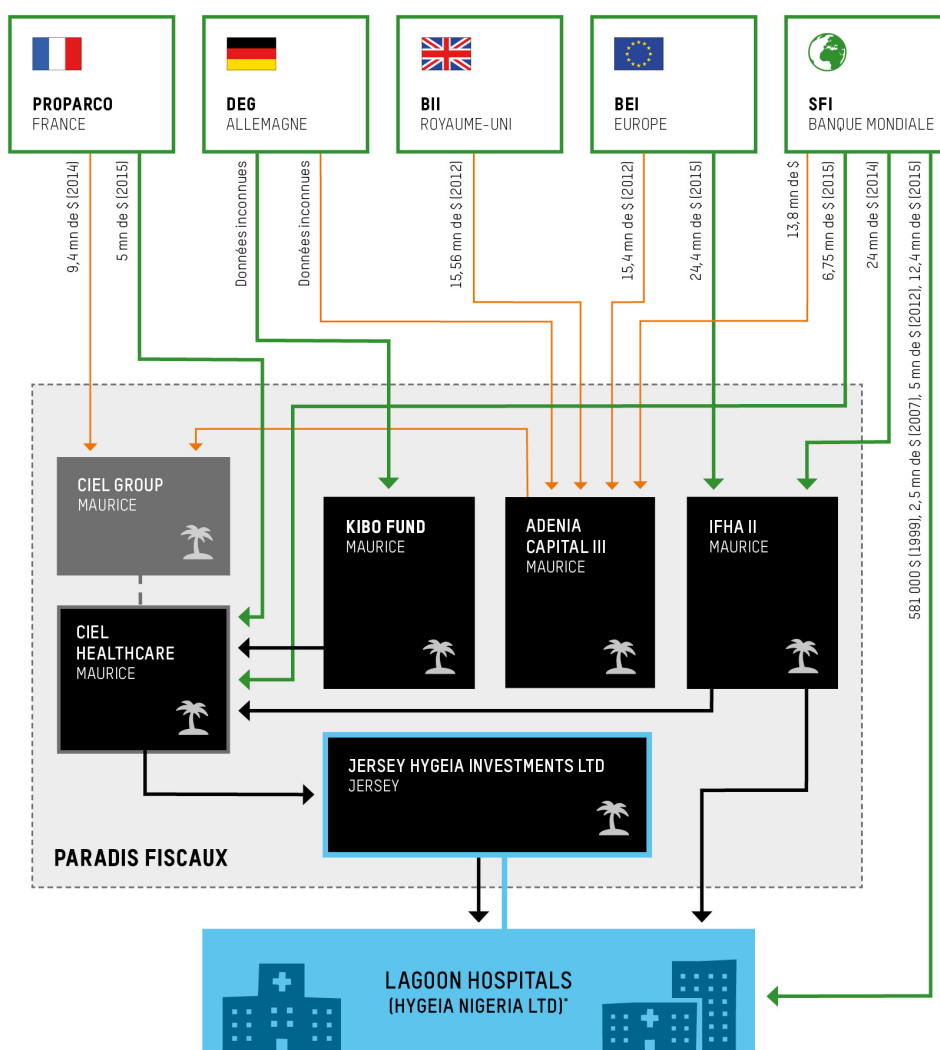
Certaines IFD peuvent chercher à nier l'importance de leurs investissements intermédiés dans le domaine de la santé en soulignant, par exemple, leur valeur relative plus faible par rapport aux investissements directs. Cet argument n'est toutefois pas recevable avec un nombre aussi élevé d'investissements. Il serait également irresponsable à la lumière des préjudices confirmés et présumés causés par des hôpitaux privés financés

indirectement, et cela soulèverait des doutes quant à l'attitude et au niveau d'engagement pour garantir que les ressources confiées aux IFD sont toujours dépensées de la manière la plus efficace et la plus sûre possible. En tout état de cause, il est à l'heure actuelle impossible de déterminer la valeur de ces investissements intermédiés en raison d'un manque de transparence de la part des IFD.

La cartographie d'Oxfam a également révélé l'existence d'un réseau complexe, alambiqué, exempt de toute notion de redevabilité et souvent invisible d'intermédiaires financiers échappant à l'impôt et utilisés par les IFD pour investir dans la santé. Le Graphique 5 illustre ce réseau pour un seul fournisseur de soins de santé privé financé par les IFD : Hygeia Group au Nigeria.

Graphique 5.

INVESTISSEMENTS RÉALISÉS PAR LES IFD DANS LES LAGOON HOSPITALS (HYGEIA)



→ Indique un investissement indirect dans CIEL Group, qui détient et administre CIEL Healthcare

* Les hôpitaux gérés par Hygeia, sous le nom de Lagoon Hospitals, sont situés dans certains des quartiers commerciaux et résidentiels les plus exclusifs de Lagos. Les hôpitaux sont inabordable pour la plupart des Nigérien-es.

Oxfam a recensé un minimum de 11 investissements directs et indirects dans Hygeia par quatre IFD depuis 1999, ainsi que cinq autres

investissements provenant des cinq IFD au profit du groupe qui gère un portefeuille d'investissements comprenant Hygeia. Combinés, ces investissements impliquent un minimum de cinq intermédiaires financiers. Ce chiffre ne tient pas compte d'autres IFD dont on sait qu'elles ont investi, mais qui ne sont pas incluses dans cette recherche, comme FMO aux Pays-Bas²⁹⁷.

L'un des objectifs que les IFD déclarent poursuivre lorsqu'elles investissent dans des intermédiaires financiers est d'attirer des financements privés supplémentaires. Même si cela serait souhaitable, ce niveau d'investissement dupliqué et alambiqué soulève des questions quant à savoir si les IFD agissent en fait ensemble pour « évincer » d'autres investisseurs potentiels.

Les intermédiaires financiers utilisés pour investir dans Hygeia sont tous domiciliés à Maurice, qui est un paradis fiscal. Au moins un de ces intermédiaires a déclaré que sa participation dans Hygeia était détenue par le biais de Jersey Hygeia Investments Limited²⁹⁸, domiciliée dans le paradis fiscal de Jersey²⁹⁹. Les motivations de tels choix ne sont pas claires, mais ceux-ci devraient être remis en cause. Iwosan Lagoon Hospitals Limited, anciennement Hygeia Nigeria Limited, a déclaré à Oxfam qu'elle respectait pleinement ses obligations fiscales, tant au niveau de l'État qu'au niveau fédéral³⁰⁰.

Hygeia n'est qu'un exemple parmi d'autres. D'après les recherches d'Oxfam, sur les 140 intermédiaires financiers utilisés par les IFD européennes pour investir dans la santé, 80 % sont domiciliés dans des paradis fiscaux, principalement Maurice et les îles Caïmans³⁰¹. Il est donc urgent de se demander si et comment les IFD veillent à ce que leurs investissements dans la santé ne soient pas complices de systèmes d'évasion fiscale qui privent les gouvernements des recettes nationales dont ils ont urgemment besoin pour renflouer le domaine de la santé³⁰².

Non seulement certains investissements des IFD dans le domaine de la santé sont susceptibles d'échapper aux autorités fiscales, mais leur complexité et leur invisibilité fréquente signifient qu'ils échappent également à l'examen public et à toute obligation de redevabilité. Autrement dit, des milliards de dollars de financement du développement sont entièrement confiés à la diligence et au contrôle confidentiels des IFD elles-mêmes. Le présent rapport a démontré les lacunes de ces institutions en termes de protection des droits et de prévention des préjudices subis par les patient-es. La faillite scandaleuse d'Abraaj, un fonds de placement privé de premier plan soutenu par les IFD (voir Encadré 10), soulève de sérieux doutes quant à la capacité de ces mécanismes à prévenir également d'autres formes de corruption et de fraude.

Encadré 10 : Abraaj - un « conte de fées capitaliste »

Le groupe Abraaj et son fondateur et directeur général, Arif Naqvi, étaient au cœur de la transformation radicale du paysage du financement du développement, qui verrait des milliards de dollars de fonds publics utilisés pour tenter de mobiliser des milliers de milliards de dollars de financement

privé. Les Nations Unies, le Forum économique mondial et d'éminentes personnalités du monde du développement ont offert à Naqvi une tribune pour diffuser son mantra selon lequel, en investissant dans des fonds de placement privés tels que ceux d'Abraaj, on pouvait tirer parti du capitalisme pour faire gagner de l'argent aux riches tout en « mettant fin aux souffrances des pauvres »³⁰³. Pour Naqvi, les soins de santé étaient une priorité. L'histoire de l'ascension et de la chute d'Abraaj est racontée en détail dans *The Key Man*, un livre publié en 2021 par les journalistes Simon Clark et Will Louch³⁰⁴.

Le conte de fées d'Abraaj s'est effondré en 2018. Dans l'une des plus grandes escroqueries de l'histoire, le groupe a commencé à s'effondrer lorsque des centaines de millions de dollars ont disparu³⁰⁵ de son Global Markets Health Fund de 1 milliard de dollars, un fonds que Bill Gates avait aidé à mettre en place et avait financé aux côtés des autres IFD étudiées dans ce rapport³⁰⁶,
307, 308.

Selon les enquêtes, A. Naqvi aurait pillé le fonds de santé pour financer son train de vie de milliardaire et pour couvrir la fraude et la corruption dans d'autres fonds d'Abraaj dans lesquels de nombreuses IFD étaient également investies³⁰⁹. À lui seul, le BII aurait engagé près de 700 millions de dollars de fonds propres et de dettes dans les fonds d'Abraaj et les entreprises dans lesquelles la société investissait³¹⁰. On ne sait toujours pas si des fonds de développement ont été perdus, ni quels montants sont concernés³¹¹. L'équipe en charge de la liquidation d'Abraaj tente toujours de récupérer les fonds en poursuivant le fonds de santé pour plus de 100 millions de dollars au nom de ses créanciers³¹².

De sérieuses questions restent sans réponse quant au rôle joué par les IFD dans ce scandale, notamment sur le dysfonctionnement des processus de diligence raisonnable et l'absence de signaux d'alarme dès le départ lorsque, par exemple, l'Abraaj Africa Health Fund a vendu certains de ses investissements dans des hôpitaux privés, dont le Nairobi Women's Hospital, directement à l'Abraaj Growth Health Markets Fund³¹³, donnant lieu à d'énormes conflits d'intérêts potentiels.

Comme nous l'avons vu, les hôpitaux financés par Abraaj qui détiennent des patient-es ont fait l'objet d'un examen encore moins approfondi, de même que les lacunes fondamentales de la théorie du changement promue publiquement par Abraaj et les IFD, selon laquelle les hôpitaux payants et à but lucratif peuvent contribuer à mettre fin à la pauvreté en matière de santé. Des courriels échangés entre des cadres d'Abraaj cités dans *The Key Man* révèlent que même ces personnes ne croyaient pas que le fait de cibler les services sur les citoyen-nés les plus pauvres permettrait de gagner suffisamment d'argent³¹⁴, comme celui d'un responsable d'Abraaj adressé à ses collègues en 2017 : « Le marché cible est la moitié inférieure de la pyramide, et pas le bas de la pyramide, qui a peu de chances d'être économiquement viable³¹⁵. »

Arif Naqvi est actuellement assigné à résidence à Londres, dans l'attente de son extradition vers les États-Unis, où il doit répondre d'accusations passibles d'une peine potentielle de 291 ans dans une prison de haute sécurité³¹⁶. Les IFD qui ont investi des centaines de millions de dollars de fonds publics auprès d'A. Naqvi, notamment pour favoriser l'accès aux soins de santé de personnes dont les cadres d'Abraaj savaient qu'elles étaient hors cible, n'ont pas encore eu à rendre compte de leurs actes.

INCAPACITÉ À MESURER CE QUI COMPTE VRAIMENT

Les descriptions de projets pour des centaines de millions de dollars d'investissements des IFD dans la santé sont ridiculement limitées à quelques paragraphes tout au plus. Les informations relatives à l'impact des projets peuvent se limiter à une ou deux phrases, quand elles ne sont pas tout bonnement omises. Aucun objectif ou impact attendu n'est fourni dans 80 % des investissements des IFD dans le domaine de la santé réalisés indirectement. Il est à peine concevable que les IFD soient autorisées à publier si peu d'informations sur la manière dont elles investissent dans la santé au nom des gouvernements et des contribuables.

ATTEINDRE LES PERSONNES AUX REVENUS LES PLUS FAIBLES ET VIVANT DANS LA PAUVRETÉ

Oxfam a recherché dans les descriptions de projets d'investissements directs dans des prestataires de soins de santé et dans des intermédiaires financiers spécifiques au secteur de la santé des indications quant à l'intention des IFD d'en faire bénéficier les personnes à faible revenu ou en situation de pauvreté, ainsi que les femmes et les filles, en tant que patient-es ou utilisateurs et utilisatrices des services de soins de santé qu'elles financent^{317, 318}. Les résultats sont décourageants. Des mentions relatives à l'accès aux soins de santé pour les personnes à faible revenu³¹⁹ n'ont été trouvées que dans six cas sur 13 pour le BII (46 %) ; deux sur 17 pour la DEG (12 %), un sur deux pour la BEI (50 %)³²⁰ et trois sur 22 pour Proparco (14 %)³²¹.

Il est trop facile de considérer que l'un d'entre eux a une intention significative d'améliorer l'équité des soins de santé, en raison du laconisme et de l'absence de définitions de ces termes, ainsi que de l'absence de toute théorie du changement divulguée, fondée sur des preuves ou bien réfléchie, de tout objectif mesurable pertinent ou de tout indicateur crédible permettant d'évaluer si ces objectifs sont atteints ou non³²².

Le BII a déclaré à Oxfam avoir appliqué son cadre d'impact sur la santé³²³, qui comprend des piliers sur l'accessibilité et l'abordabilité, à chaque nouvel investissement direct dans la santé depuis 2017, sans toutefois publier ces informations en vertu de la « confidentialité commerciale ». Le BII a également précisé que le cadre d'impact est un outil « léger » pour encourager les entreprises dans lesquelles le BII investit à aller dans la bonne direction, et que le fait de conditionner ses investissements à des améliorations comme la réduction des frais, ou même l'engagement à ne pas les augmenter, n'était « pas réaliste »³²⁴.

La DEG a indiqué à Oxfam que certaines des entreprises dans lesquelles elle investit mènent des activités caritatives et peuvent fournir des services gratuits aux personnes pour lesquelles ils sont inabordables. Ces cas ne sont pas comptabilisés dans les chiffres ci-dessus, car l'aspect caritatif

n'est pas au cœur des investissements et n'est pas une solution à la prestation de soins de santé autrement inabordable et inéquitable³²⁵. En outre, les militant-es de la santé et les représentant-es d'organisations communautaires interrogé-es dans le cadre de la recherche qualitative effectuée par Oxfam en Inde ont exprimé de vives inquiétudes au sujet des « camps médicaux gratuits » et autres services caritatifs utilisés par certains hôpitaux privés comme stratégie pour recruter davantage de patient-es payant-es pour des traitements et des services potentiellement inutiles³²⁶.

ATTEINDRE LES FEMMES ET LES FILLES ET LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DE GENRE

Les recherches menées dans les descriptions de projets ont donné des résultats encore plus médiocres concernant l'intention déclarée de cibler les femmes et les filles en tant que bénéficiaires de services de soins de santé. Des références au genre, aux femmes ou aux filles, ou à des services leur bénéficiant spécifiquement (comme la santé sexuelle et reproductive) n'ont été trouvées que dans trois cas pour le BII (23 %), un cas pour Proparco (5 %) et aucun cas pour le DEG et la BEI³²⁷.

Les IFD, en particulier le BII et Proparco, attribuent fréquemment à leurs projets de santé le badge « 2X », indiquant qu'ils font partie d'une initiative mondiale en faveur d'investissements tenant compte des questions de genre³²⁸. Dans la plupart des cas, cela semble se justifier par le fait que les femmes représentent une part importante de la main-d'œuvre de l'entreprise de santé. Cela n'a rien de remarquable dans le secteur des soins de santé, où les femmes se concentrent dans des fonctions subalternes, mal rémunérées, voire souvent non payées³²⁹. À une ou deux exceptions près, l'absence de références des IFD à la qualité des emplois occupés par les femmes discrédite leurs évaluations³³⁰. Rien n'indique que les impacts plus larges des investissements sur les femmes et les filles soient pris en compte ou mesurés.

QUEL IMPACT ?

Il est choquant de constater qu'Oxfam n'a trouvé la trace d'aucune publication d'évaluation d'impact complète ni même de données d'impact significatives et justifiées sur les investissements dans les soins de santé des quatre IFD européennes en ce qui concerne l'accès aux soins de santé pour les personnes à faible revenu, ou pour les femmes et les filles³³¹.

Il existe une exception partielle, à savoir l'évaluation d'un établissement Narayana Health en Inde sous la forme d'une étude pilote pour le nouveau cadre d'impact sur la santé du BII en 2017³³². Cette étude de cas³³³ a noté la participation de Narayana aux régimes d'assurance maladie du gouvernement, une subvention transversale potentielle mais peu claire des patient-es les plus riches vers les plus pauvres, et une certaine aide pour mettre en relation les patient-es en difficulté avec des philanthropes qui pourraient les aider à payer leurs factures de soins de santé. Les auteur-es

précisent néanmoins que les patient-es doivent payer de leur poche si leurs factures de soins de santé dépassent les plafonds fixés par l'assurance maladie du gouvernement, constatent que « peu d'éléments sont disponibles pour comprendre l'impact réel » des diverses approches visant à améliorer l'accès pour les patient-es les plus pauvres « et pour déterminer si les patient-es évitent des dépenses médicales catastrophiques », et expriment une critique à peine voilée du modèle caritatif *ad hoc* de l'entreprise, qui pourrait donner un accès préférentiel à des patient-es trié-es sur le volet et considéré-es comme « les plus méritant-es ».

Cette évaluation a également soulevé des inquiétudes quant au fait que les contrats de rémunération à l'acte pour les médecins en chef de Narayana pourraient inciter à des admissions, des procédures et des traitements inutiles. Les auteur-es ont conclu que de nombreuses réalisations de Narayana n'avaient été étayées que de manière anecdotique et que « le recueil de données doit être amélioré afin de pouvoir étayer ses affirmations »³³⁴.

Dans un rapport récent, le BII affirme que son investissement dans Narayana, qui a pris fin en mars 2020, « a soutenu la prestation de soins de qualité à plus de 2 millions de patient-es à faible revenu »³³⁵. Oxfam n'a toutefois pas été en mesure de trouver d'autres informations pour étayer ou développer cette affirmation.

Narayana a déclaré à Oxfam qu'en tant qu'entreprise à but lucratif, elle avait « choisi la voie du capitalisme conscient pour trouver un équilibre entre la construction d'une entreprise durable et le service aux plus démunies de la société ». Elle a déclaré que son modèle de prestation de soins de santé durables était « attrayant pour CDC » et que « l'investissement de CDC avait pour but d'obtenir un retour sur investissement pour le gouvernement britannique³³⁶ ».

Dans l'ensemble des investissements des quatre IFD européennes dans le secteur de la santé, Oxfam n'a trouvé que deux autres références au nombre de patient-es à faible revenu atteint-es.

Quadria Capital, un fonds de placement privé asiatique financé par Proparco, la DEG et la SFI³³⁷, indique que 12 % des patient-es (4 millions sur 34 millions) traité-es par les sociétés de son portefeuille sont « défavorisé-es »³³⁸. Quadria a toutefois expliqué à Oxfam qu'elle s'appuyait sur des données d'impact autodéclarées par les entreprises et a admis que les mentions « défavorisé » et « à faible revenu » étaient mal définies et spécifiques au contexte. Elle a expliqué que si un hôpital se trouve dans un quartier résidentiel cossu, « faible revenu » ne signifie pas nécessairement faible revenu selon les normes nationales³³⁹.

Un rapport d'impact du Medical Credit Fund (MCF), financé par le BII, la BEI et la SFI³⁴⁰, indique que 56 % des patient-es desservi-es par les entreprises de soins de santé de son portefeuille appartenaient à des groupes à faible ou très faible revenu, et que 75 % étaient des femmes et des enfants³⁴¹. MCF a néanmoins déclaré à Oxfam que ces chiffres se basaient sur des estimations autodéclarées par des cliniques auxquelles on avait demandé

de regrouper les patient-es selon quatre tranches de revenus non définies³⁴². MCF a précisé qu'il ne recueillait pas d'informations sur les frais facturés par les cliniques, mais qu'il les encourageait à s'affilier aux régimes d'assurance nationaux.

Sans intention claire, déclarée et mesurable d'améliorer l'accès aux soins de santé pour celles et ceux qui en ont le plus besoin, et à la lumière de leurs rapports d'impact désespérément déficients, les affirmations des IFD selon lesquelles leurs investissements dans les soins de santé contribuent à la réalisation de la CSU doivent être rejetées comme étant fallacieuses.

Encadré 11 : Comment s'en sort la SFI ?

Contrairement aux IFD européennes, le Groupe de la Banque mondiale dispose d'un groupe d'évaluation indépendant (GEI) qui examine périodiquement l'ensemble du portefeuille de santé du Groupe de la Banque mondiale, y compris la SFI.

Sa dernière évaluation réalisée en 2018³⁴³ a révélé que le portefeuille du secteur mondial de la santé était comparativement plus performant que le reste du portefeuille de la SFI en termes d'effets environnementaux et sociaux, de durabilité économique et sociale et de réussite commerciale des projets. Toutefois, l'évaluation a également souligné que la SFI contrôle rarement toutes les dimensions de la qualité de ses interventions dans le domaine de la santé ou qu'elle ne tient pas compte de l'impact sur les communautés marginalisées. Elle n'a pas trouvé d'éléments probants permettant d'évaluer l'abordabilité ou d'identifier les principaux utilisateurs et utilisatrices des établissements de soins de santé soutenus par la SFI. Le GEI a déclaré qu'il n'était pas possible de déterminer si les chiffres déclarés par les hôpitaux en matière d'accès contribuaient à étendre la couverture ou s'ils amélioraient la disponibilité pour celles et ceux qui étaient déjà couvert-es par ailleurs. Il a conclu que l'impact distributif des projets de santé de la SFI restait inconnu.

Un précédent examen du GEI réalisé en 2009 indiquait que les projets de la SFI dans le domaine de la santé avaient « bénéficié principalement aux personnes à revenu élevé ou intermédiaire situées en haut de la pyramide »³⁴⁴.

Selon un examen à mi-parcours indépendant du Fonds pour la santé en Afrique de la SFI³⁴⁵, cette dernière n'a pas analysé comment atteindre efficacement les personnes pauvres par le biais du secteur privé, ni orienté les investissements au profit des personnes pauvres, ni encore mesuré si les personnes pauvres étaient effectivement atteintes. Il a également estimé que la SFI n'avait pas tenté de répondre à la question suivante : « Le renforcement du secteur privé de la santé améliore-t-il les résultats en matière de santé pour les pauvres ? »³⁴⁶

Les recherches menées par Oxfam Inde ont révélé que la SFI n'a divulgué aucun résultat concernant ses prêts et investissements dans le domaine de la santé en Inde depuis le début de ses activités il y a plus de 25 ans³⁴⁷.

MANQUEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION

PATIENT-ES

Ce rapport a mis en lumière des exemples spécifiques de préjudices inacceptables présumés et confirmés causés à des patient-es et à leurs proches par certains prestataires de soins de santé financés par les IFD, révélant l'inadéquation de la gouvernance et de la surveillance des IFD, en particulier concernant les droits des patient-es. Les risques pour les patient-es sont d'autant plus importants que les IFD investissent dans des contextes où la réglementation fait cruellement défaut et sert souvent des intérêts particuliers, et que les investissements sont le plus souvent réalisés selon le principe de « pleine concurrence » par le biais d'intermédiaires financiers.

Récemment, la SFI a soutenu l'élaboration des principes éthiques dans les soins de santé (EPIHC)³⁴⁸. Les entreprises signataires s'engagent volontairement à respecter les dix principes EPIHC, qui portent sur la prise de décision éthique et la conduite responsable, y compris le respect des lois et des règlements, le maintien des normes de qualité, la défense des droits des patient-es et la prévention des préjudices. Les principes EPIHC présentent toutefois des limites de taille : il s'agit d'une initiative volontaire sans mécanisme de contrôle ou d'application, et plusieurs chaînes d'hôpitaux faisant l'objet de signalements pour des violations des droits des patient-es en sont signataires³⁴⁹.

D'après un récent rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, si les politiques de sauvegarde environnementale et sociale des IFD sont de plus en plus alignées sur les droits humains³⁵⁰, les droits humains des utilisateurs et utilisatrices de produits et de services, y compris les services publics comme la santé et l'éducation, font l'objet d'une attention insuffisante. Ce rapport reproche aux IFD d'ignorer la manière dont la tarification des services peut se révéler inabordable ou discriminatoire, et de ne pas disposer de normes permettant de juger si les utilisateurs et utilisatrices sont traité-es équitablement ou exclu-es des services. S'il a été constaté que les IFD exigent au minimum que les entreprises dans lesquelles elles investissent se conforment à la législation nationale, le rapport précise que la législation nationale peut ne pas couvrir la protection des consommateurs et des consommatrices, ou que cette protection peut être faible ou avoir une portée limitée³⁵¹.

D'autres ont critiqué les IFD pour avoir catégorisé les droits humains uniquement dans le cadre d'un programme de conformité ou de gestion des risques, plutôt que dans le cadre de leurs effets positifs intentionnels³⁵². Ce point semble particulièrement critique pour les investissements des IFD dans un secteur responsable du respect du droit humain fondamental à la santé.

Le droit à un recours effectif en cas de préjudice est un principe fondamental du droit international relatif aux droits humains, qui stipule qu'en plus des obligations des États, les entreprises sont tenues de veiller à ce que les individus et les communautés qui ont subi des violations des droits humains aient accès à un recours, en prévoyant des mesures correctives ou en coopérant à celles-ci. Les IFD partagent cette même responsabilité de fournir un recours lorsque leurs investissements contribuent à un préjudice et ne devraient pas se retirer d'un projet avant qu'une réparation ait été proposée. Certaines IFD peuvent chercher à se défaire des critiques sur des investissements spécifiques en arguant qu'elles étaient désengagées lorsque des préjudices et des impacts négatifs se sont produits. Or, leur responsabilité à proposer des réparations aux communautés affectées demeure même après leur retrait³⁵³.

Pour les patient-es qui subissent un préjudice et souhaitent obtenir réparation, à la connaissance d'Oxfam, les prestataires de soins de santé privés financés par les IFD ne sont pas tenus d'informer les plaignant-es des mécanismes de redevabilité indépendants respectifs des IFD. Le BII (Royaume-Uni) dispose d'un mécanisme de plainte, mais ce dernier n'est pas indépendant au BII.

Bien entendu, pour qu'un mécanisme de plainte auprès des IFD soit efficace, les communautés concernées doivent d'abord être au courant de l'investissement des IFD. Parmi les participant-es aux recherches initiales d'Oxfam sur deux chaînes d'hôpitaux financés par des IFD en Inde par exemple, personne n'avait connaissance de ce soutien.

LES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ PUBLICS

Les IFD aiment démontrer la nécessité de leurs investissements dans les prestataires de soins de santé à but lucratif en mettant en avant la faiblesse et le manque de ressources des soins de santé publics. Elles affirment que les soins de santé privés peuvent alléger le fardeau qui pèse sur ces services. Or un secteur de santé privé à but lucratif plus étoffé, mieux financé et plus puissant peut avoir l'effet inverse, en détournant les ressources des soins publics, avec des conséquences dévastatrices pour celles et ceux qui en dépendent le plus.

Les risques sont variés et complexes et comprennent la fuite des cerveaux des hôpitaux et cliniques déjà en sous-effectif³⁵⁴ et le détournement des fonds publics par le biais, par exemple, de l'évasion et de la fraude fiscales, ou d'allègements fiscaux et d'autres subventions gouvernementales réclamées par de puissants acteurs privés du secteur de la santé³⁵⁵. La pression exercée par les régimes d'assurance maladie publics, qui incluent des prestataires à but lucratif, peut orienter les dépenses publiques vers les hôpitaux privés urbains, plus coûteux, au détriment des services publics ruraux et plus accessibles au niveau local (voir Encadré 7).

Les prestataires privés peuvent également corrompre les services de santé publics en cooptant les médecins publics pour qu'ils orientent les patient-es vers des établissements privés³⁵⁶. Un secteur de soins de santé

privé plus étoffé et mieux loti peut éroder les incitations des plus riches à payer leurs impôts ou à voter pour un plus grand financement public des services publics³⁵⁷.

Plusieurs signes indiquent que certaines IFD commencent à comprendre ces risques. Investors for Health, une initiative impliquant le BII, la SFI et la DEG, reconnaît que l'implication du secteur privé dans la santé pourrait compromettre la CSU, notamment en détournant les ressources des systèmes publics de santé et des populations les plus mal desservies³⁵⁸.

Selon Investors for Health, pour relever ces défis, une collaboration soutenue entre les investisseurs et les secteurs public et privé est requise pour proposer des structures de soins ayant le plus grand impact positif. Il n'est toutefois pas précisé ce que cela implique, ni comment une collaboration aussi étroite peut être réalisée alors que plus de 80 % des investissements des IFD dans le secteur de la santé sont réalisés de manière indirecte.

Il est intéressant d'observer que même certains hôpitaux privés estiment que l'argent public ne devrait pas être dépensé pour eux. Le fondateur et président de Narayana Health, financé par le BII, a lui-même déclaré dans une note aux investisseurs en 2020 que la privatisation des soins de santé n'est pas la solution pour un pays comme l'Inde. Peu importe à quel point un hôpital privé réduit les frais de traitement, il ne peut tout simplement pas soigner un-e patient-e qui n'a d'argent³⁵⁹. Selon lui, la solution consisterait à renforcer les hôpitaux publics afin qu'ils puissent offrir leurs services à la majorité de la population. Narayana Health a déclaré à Oxfam : « À notre avis, les dépenses publiques dans la santé devraient rester dans le système de santé public et ne pas être détournées vers le système de santé privé. Les dépenses publiques dans la santé actuellement allouées aux opérateurs privés pourraient être mieux utilisées pour améliorer l'infrastructure des hôpitaux publics, payer des salaires plus élevés, construire davantage de centres de soins primaires, convertir les hôpitaux de district en hôpitaux universitaires et mettre en place des dossiers médicaux électroniques »³⁶⁰.

FINANCEMENT DE LA FINANCIARISATION DES SOINS DE SANTÉ – POUR QUOI ET POUR QUI ?

En l'absence de toute théorie crédible du changement et de la moindre preuve d'impact, les IFD semblent financer la financiarisation des soins de santé comme une fin en soi, générant des rendements pour les investisseurs tout en transformant radicalement le paysage des systèmes de santé dans les pays du Sud, sans tenir compte des potentielles conséquences structurelles profondes et durables.

D'après la cartographie des investissements des IFD dans les soins de santé réalisée par Oxfam, dans de nombreux cas, les IFD financent certaines des

chaînes d'hôpitaux les plus grandes et les mieux établies, qui ont pour objectif de poursuivre leur expansion et de dominer le marché à force de fusions et d'acquisitions. Les faits montrent que cette corporatisation des soins de santé dans des pays comme l'Inde implique de phagocytter et d'éliminer la concurrence, y compris celle des prestataires de soins de santé indépendants, privés et caritatifs, plus petits et potentiellement moins coûteux³⁶¹. Une plus grande mainmise sur le marché permet de maximiser les rendements, mais risque d'anéantir tout espoir ou toute possibilité de mettre en place un système de soins de santé public véritablement universel et équitable.

Le recours excessif aux fonds de placement privés par les IFD est particulièrement préoccupant dans le domaine de la santé, étant donné le recours avéré à une myriade de techniques pour détourner la richesse des secteurs sociaux à leur profit, au lieu d'investir dans l'amélioration des services et des soins³⁶². Ce sont invariablement les femmes qui paient le plus lourd tribut, car elles constituent la majorité de la main-d'œuvre et des personnes recourant aux services dans ces secteurs³⁶³.

Des études menées aux États-Unis, en France, en Allemagne et au Royaume-Uni ont par exemple révélé des taux de mortalité plus élevés et des effectifs moindres dans les maisons de soins détenues par des fonds de placement privés, ainsi qu'une qualité de soins inférieure dans les maisons à but lucratif, par rapport à leurs homologues publiques ou à but non lucratif³⁶⁴. Aux États-Unis, tout porte à croire que l'expansion des fonds de placement privés dans le secteur des soins de santé a entraîné une hausse des prix et une baisse de la qualité des soins³⁶⁵.

Les recherches menées par Oxfam dans le cadre du présent rapport se sont concentrées sur les personnes lésées dans ce processus : les patient-es et les aidant-es qui se voient facturer des sommes exorbitantes, qui sont privé-es de leurs droits et qui se voient exclu-es des soins.

Mais il ne faut pas pour autant fermer les yeux sur celles et ceux qui en profitent.

Rede D'Or, une chaîne d'hôpitaux brésilienne financée par Proparco et la SFI, connaît une forte croissance³⁶⁶. Son président, Jorge Moll Filho, est un milliardaire à la tête de la dixième plus grosse fortune du Brésil³⁶⁷.

La SFI a investi à plusieurs reprises dans trois des plus grandes chaînes d'hôpitaux en Inde, dont Fortis, fondée par les frères milliardaires Malvinder et Shivinder Singh³⁶⁸. Il convient de préciser qu'en 2022, les frères ont été condamnés à six mois de prison pour des délits liés à la vente de Fortis à un autre bénéficiaire de la SFI³⁶⁹ et partenaire d'investissement³⁷⁰ : IHH Healthcare.

Le Bil a réalisé de nombreux investissements et conclu des partenariats avec le groupe Manipal en Inde, décrit par Forbes comme un « empire de la santé et de l'éducation ». Manipal est contrôlé par Ranjan Pai, dont la fortune a augmenté en termes réels de 1,48 milliard de dollars au cours de la seule année dernière³⁷¹.

Loin de contribuer à la CSU, les investissements réalisés par les IFD dans les soins de santé privés à but lucratif devraient selon toute vraisemblance entraîner une concentration croissante des richesses et du pouvoir entre les mains d'un petit nombre d'hommes très fortunés.

CONCLUSION

Ce rapport ne fait pas le récit de quelques cas isolés. Il revient sur l'idée fondamentalement biaisée et dangereuse selon laquelle le fait de consacrer de précieux fonds de développement à de coûteux soins de santé à but lucratif dans des contextes marqués par des inégalités extrêmes et une réglementation cruellement inadaptée, sans garanties solides, contribuera à lutter contre la pauvreté et les inégalités en matière de santé, et à faire progresser les soins de santé pour tou·tes. Il s'agit là d'une approche que les gouvernements des pays riches ont laissée prospérer sans entrave, malgré les preuves contraires gênantes, ni véritable obligation de rendre des comptes. Et ce, dans un contexte où la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé essentiels et où chaque seconde, 60 personnes basculent dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer leurs soins de santé de leur poche³⁷².

Les prestataires de soins de santé à but lucratif ne vont pas disparaître et leur rôle ne devrait pas non plus être éliminé. Il s'agit plutôt de déterminer si les IFD doivent investir l'aide et d'autres fonds publics en faveur du développement dans ces prestataires (et en tirer profit). Sur la base de recherches et d'enquêtes approfondies, Oxfam a la ferme conviction que la réponse est non.

Les personnes qui plaident en faveur du financement des soins de santé privés par les IFD sont loin d'être impartiales. Depuis que la SFI a exposé pour la première fois ses arguments sur la nécessité d'accroître le financement du secteur privé des soins de santé à but lucratif en Afrique à la fin des années 2000³⁷³, les IFD semblent avoir carte blanche pour justifier leur propre rôle dans le domaine des soins de santé.

Résultat : un guide ne reposant sur aucune donnée probante, rédigé par des banquiers de pays riches prétendant résoudre les problèmes en matière de soins de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ce guide emprunte à l'OMS son analyse des problèmes, mais fait fi des solutions qu'elle propose.

Pour fournir des soins de santé à tou·tes, il est nécessaire de concevoir et de fournir des services de santé universels gratuits au point d'intervention, qui répondent avant tout aux besoins prioritaires et aux droits des femmes, des hommes et des enfants les plus pauvres et les plus marginalisé·es. Cela doit être une priorité absolue ; la pandémie de COVID-19 a révélé au grand jour l'importance et l'urgence de telles mesures.

Lorsque l'aide et d'autres formes de fonds de développement sont utilisées pour soutenir des systèmes publics de soins de santé propres à chaque pays et transformateurs du point de vue du genre, des soins de santé primaires complets, le personnel de la santé et la suppression des frais d'utilisation, cela permet de sauver des vies et de faire progresser le droit à la santé pour tou·tes.

À une époque marquée par une intensification des besoins et une réduction des budgets de l'aide, il est plus que jamais essentiel que tout financement public du développement dans le domaine de la santé soit dépensé le plus efficacement possible.

Il est inacceptable que les gouvernements des pays riches aient au contraire donné carte blanche aux IFD pour qu'elles dépensent des ressources publiques au profit de prestataires de soins de santé privés à but lucratif et non réglementés, par le biais d'un réseau complexe d'intermédiaires n'ayant aucun compte à rendre et échappant à l'impôt, sans théorie crédible du changement ou indicateurs d'impact, sans contrôle démocratique dans les pays bénéficiaires et sans preuve publiquement disponible de l'impact sur les personnes ayant le moins accès aux soins de santé ou qui sont plongées dans la pauvreté lorsqu'elles parviennent à y accéder. Tout cela s'accompagne d'effets négatifs potentiellement profonds et durables sur des systèmes de santé déjà fragiles et sous-financés.

Ce rapport a révélé certains des coûts humains, avec des patient·es privé·es d'accès ou ruiné·es par des factures d'hôpital exorbitantes et injustifiées, des patient·es détenu·es dans des hôpitaux parce que trop pauvres pour payer, des services de maternité faisant cruellement défaut et des soins vitaux contre la COVID-19 hors de portée, ou encore des soins de santé d'urgence refusés. Ces coûts sont insuffisamment pris en compte et n'ont jamais fait l'objet d'une enquête approfondie. Cette situation ne peut pas perdurer.

Le modèle des IFD qui investissent dans les soins de santé à but lucratif dans les PRITI alimente la financiarisation des soins de santé au profit de grandes et puissantes entreprises et de leurs PDG et investisseurs millionnaires ou milliardaires. Les IFD et les fonds de placement privés dans lesquels elles investissent tirent profit de stratégies de maximisation des bénéfices dans le secteur des soins de santé qui étioilent les budgets de santé des pays à faible revenu et vident les poches des citoyen·nes, accroissent les inégalités en matière de santé et exposent les patient·es à des risques inacceptables.

Il est urgent de mettre en place des garde-fous pour protéger les secteurs responsables de la mise en œuvre des droits humains fondamentaux contre cette approche coloniale et extractive.

RECOMMANDATIONS

LES INSTITUTIONS DE FINANCEMENT DU DÉVELOPPEMENT DOIVENT :

- Arrêter tout financement direct et indirect des prestataires de soins de santé à but lucratif.

- Prendre des mesures pour remédier à tout préjudice résultant de leurs investissements, y compris les violations identifiées des droits humains et des droits des patient-es.
- Garantir une transparence totale pour tous les investissements et services de conseil, y compris tous les investissements réalisés par le biais d'intermédiaires financiers, et divulguer intégralement les données concernant les impacts.
- Mener une consultation transparente et participative, en particulier avec les gouvernements et la société civile des PRITI, afin d'explorer la contribution potentiellement positive que les IFD peuvent apporter en matière de redistribution et de renforcement de la R&D et de la fabrication locale de médicaments et de technologies médicales dans les pays du Sud afin de favoriser un accès plus équitable, abordable et rapide aux technologies vitales.

LES GOUVERNEMENTS DU ROYAUME-UNI, DE LA FRANCE, DE L'ALLEMAGNE, LES ÉTATS MEMBRES DE L'UE ET LES ACTIONNAIRES DE LA BANQUE MONDIALE DOIVENT :

- Cesser de promouvoir et de financer la commercialisation, la financiarisation et la privatisation des soins de santé, y compris les PPP. Protéger tous les services publics des efforts visant à « mobiliser » et à « tirer parti » des financements privés en utilisant des financements de développement financés ou soutenus par des fonds publics.
- Exercer pleinement leur devoir de surveillance des IFD qu'ils financent, notamment en exigeant la mise en œuvre de toutes les recommandations ci-dessus - l'arrêt des financements des IFD en faveur des soins de santé à but lucratif, la divulgation immédiate de tous les investissements directs et indirects des IFD dans le domaine de la santé et des preuves d'impact en leur possession, la mise en œuvre de mesures urgentes pour remédier aux préjudices subis et la mise en place de mécanismes de redevabilité indépendants des IFD là où ils n'existent pas encore.
- Mandater d'urgence une évaluation indépendante et complète du financement passé et actuel des prestataires de soins de santé à but lucratif par les IFD, en mettant l'accent sur l'impact des IFD sur la promotion d'un accès équitable et efficace aux soins de santé sans complications financières pour celles et ceux qui en sont le plus privé-es, ainsi que sur la protection et la promotion des droits des patient-es. L'impact sur les personnes à faible revenu et vivant dans la pauvreté, les femmes et les filles, et les autres personnes marginalisées dans les sociétés et les économies où les IFD investissent doit être évalué de manière exhaustive. L'évaluation doit comprendre une analyse des impacts économiques et du système de santé au sens large sur les inégalités en matière de soins de santé. Elle doit en outre inclure la participation totale et transparente d'expert-es en équité des soins de santé et en droits des patient-es, y compris de la société civile et du

monde universitaire. L'évaluation devrait inclure les cas de préjudices présumés et confirmés identifiés par les recherches d'Oxfam.

- Financer et soutenir les capacités des gouvernements et les capacités de redevabilité sociale à réglementer les prestataires privés, en mettant l'accent sur le respect des droits des patient-es et sur la mise en place de mécanismes de règlement des plaintes pour les citoyen-nes qui utilisent des services privés.

TOUS LES GOUVERNEMENTS DOIVENT :

- Investir dans le renforcement de systèmes publics de santé qui soient équitables, universellement accessibles, transformateurs au niveau du genre et gratuits au point d'utilisation. Une plus grande priorité devrait être accordée au soutien des soins de santé primaires complets, aux stratégies transformatrices du point de vue du genre pour le personnel de santé, à la suppression des frais d'utilisation, à la correction des inégalités dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et à la réduction des taux de mortalité maternelle.
- Mettre un terme à la commercialisation et à la financiarisation des systèmes de santé, mais plutôt générer davantage de fonds pour la santé et d'autres services publics en soutenant une fiscalité plus progressive, notamment *via* l'impôt sur la fortune, l'annulation du remboursement de la dette et la mobilisation de droits de tirage spéciaux.
- Garantir une réglementation rigoureuse des prestataires de soins de santé à but lucratif et les tenir responsables de toute violation des droits des patient-es, notamment par des moyens juridiques.
- Les gouvernements des pays où les IFD investissent dans la santé devraient leur demander des comptes et veiller à ce qu'elles ne causent pas de préjudices. Ils doivent examiner de près leurs investissements et exiger un contrôle démocratique, notamment en veillant à ce que les Parlements et les organismes de réglementation puissent les examiner de près.

LA SOCIÉTÉ CIVILE DOIT :

- Exiger la transparence et la responsabilité totales quant au rôle des IFD dans le domaine de la santé, avec la divulgation complète des preuves d'impact, notamment en ce qui concerne la réduction de la pauvreté et des inégalités en matière de soins de santé et la promotion de l'égalité entre les genres dans le domaine de la santé.
- Enquêter et examiner minutieusement les financements des IFD au profit des prestataires de soins de santé à but lucratif dans les PRITI, notamment en utilisant la cartographie d'Oxfam, et collaborer avec d'autres pour porter réclamation auprès des mécanismes de redevabilité indépendants des IFD lorsque des cas d'exploitation et d'extorsion sont constatés. Les recherches d'Oxfam devraient être répliquées pour les autres IFD.

- Créer des alliances et travailler ensemble pour développer des mécanismes de redevabilité sociale efficaces afin de demander des comptes aux IFD et aux prestataires de soins de santé privés.

LES ORGANES DES NATIONS UNIES CHARGÉS DES DROITS HUMAINS, Y COMPRIS LE CONSEIL DES DROITS DE L'HOMME, DOIVENT :

- Renforcer l'intégration des droits des patient-es dans les cadres des droits humains, veiller à ce que les IFD et les autres organisations de développement respectent ces droits, et élaborer des principes directeurs pour les prestataires de soins de santé privés à but lucratif afin de prévenir toute violation des droits humains.

NOTES

- 1 Business Daily (10 novembre 2016), *Hospital CEO talks money, zeal, silence*.
<https://www.businessdailyafrica.com/bd/lifestyle/hospital-ceo-talks-money-zeal-silence--2130932>
- 2 Communication par courriel entre TPG et Oxfam, 25 mai 2023.
- 3 Les frais facturés par CARE Hospitals et Narayana Health aux personnes interrogées par Oxfam dans le cadre de cette étude varient entre 60 000 et 3 millions de roupies (entre 730 et 36 000 dollars). Selon le World Inequality Lab, le revenu annuel moyen en Inde s'élève à 211 000 roupies. <https://inequalitylab.world/fr/>
- 4 Concern USA (2022), *The 10 Worst Countries to Be a Mother*.
<https://www.concernusa.org/story/worst-countries-to-be-a-mother/#:~:text=1.,for%20every%20100%2C000%20live%20births>
- 5 OMS, *Outil d'évaluation de l'équité en santé (HEAT)*. <https://whoequity.shinyapps.io/heat/>
- 6 Lorsque les noms Hygeia et Lagoon Hospitals sont utilisés dans ce rapport, ils font référence à l'entreprise Hygeia Nigeria Ltd, rebaptisée Iwosan Lagoon Hospitals Ltd.
- 7 D'après les informations fournies par les hôpitaux en 2020, dans les établissements Lagoon d'Ikeja et d'Ikoyi, les prix de départ pour un accouchement non assisté vont de 280 000 à 430 000 naira (de 728 à 1 118 dollars) ; pour un accouchement par césarienne, ils atteignent 790 000 naira (2 054 dollars). Les données sur les revenus proviennent de la base de données sur les inégalités mondiales. <https://wid.world/>. Voir la note méthodologique concernant l'approche adoptée pour le calcul des revenus moyens. Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines* ; Note méthodologique (en anglais). Oxfam. <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/sick-development-how-rich-country-government-and-world-bank-funding-to-for-prof-621529>
- 8 L'accouchement le moins onéreux identifié à l'hôpital Evercare au Nigeria coûte 575 000 naira. Un accouchement par césarienne coûte 1 125 000 naira. Le revenu annuel moyen d'une personne faisant partie des 10 % les plus pauvres au Nigeria est de 47 342,50 naira. Les données sur les revenus proviennent de la base de données sur les inégalités mondiales. <https://wid.world/>. Voir la note méthodologique concernant l'approche adoptée pour le calcul des revenus moyens. Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines* : Note méthodologique (en anglais), op. cit.
- 9 Nyaaya (2022), *Right to Emergency Medical Care*. <https://nyaaya.org/legal-explainer/right-to-emergency-medical-care/>
- 10 Communication par courriel entre TPG et Oxfam, 20 mai 2023.
- 11 E. Kiggundu (18 juin 2021), *20 days spent in ICU at IHK, Nakasero, Victoria, Case hospitals will cost you money worth a house in Gayaza, Kira*. Nile Post.
<https://nilepost.co.ug/2021/06/18/20-days-spent-in-icu-at-ihk-nakasero-victoria-case-hospitals-will-cost-you-money-worth-a-house-in-gayaza-kira/>
- 12 La facture initiale de l'hôpital a été publiée par *Eagle Online* (23 juin 2021), *Outrage as TMR Hospital asks Sh118m from a #Covid-19 patient*.
<https://eagle.co.ug/2021/06/23/outrage-as-tmr-hospital-asks-shs118m-from-a-covid-19-patient.html> ; NewVision (2021), *Museveni bails out Kaaya's family with sh300m for his medical bills*. <https://www.newvision.co.ug/category/news/museveni-bails-out-kaayas-family-with-sh300m-111851>
- 13 Communication par courriel entre TPG et Oxfam, 20 mai 2023.
- 14 OMS (2019), *Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : Rapport de suivi 2019*. Genève : OMS.
<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240029040>

- 15 En s'appuyant sur les dernières données disponibles et en évitant les doubles comptages, l'OMS et la Banque mondiale estiment que le nombre de personnes ayant subi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes en 2017 se situait entre 1,366 milliard et 1,888 milliard au niveau mondial, selon le seuil de pauvreté utilisé pour identifier les dépenses de santé appauvrissantes (le seuil d'extrême pauvreté ou de pauvreté relative, respectivement). Voir OMS et Banque mondiale (2021), *Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>
- 16 Ibid.
- 17 R. Rannan-Eliya et A. Somantnan (2005), *Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap*. UK: DFID Health Systems Resource Centre ; D. Balabanova, M. McKee et A. Mills (eds) (2011), *'Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system?* Londres : London School of Hygiene and Tropical Medicine. <https://ghlc.lshtm.ac.uk/> ; Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2007), *Challenging Inequity through Health Systems*. Genève : OMS
- 18 Y. Assefa, W. Damme, O. Williams, et al. (2017), *Successes and challenges of the millennium development goals in Ethiopia: lessons for the sustainable development goals*. *BMJ Global Health* 2017;2: e000318. <https://gh.bmi.com/content/2/2/e000318>
- 19 Le Fonds mondial (2022), *Rapport 2022 sur les résultats*. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. <https://www.theglobalfund.org/fr/results/>
- 20 M. Lawson, et al. (2019), *Services publics ou fortunes privées ? Quand les multinationales et les grandes fortunes ne payent pas leur juste part d'impôt, elles privent les États de ressources pour financer les services publics essentiels, comme la santé ou l'éducation. Les gouvernements doivent agir contre les inégalités avec des mesures de justice fiscale*. Oxfam. <https://www.oxfam.org/fr/publications/services-publics-ou-fortunes-privées>
- 21 Davantage de données étant disponibles pour le Royaume-Uni, notre analyse inclut le financement provenant du BII depuis 2008. Voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines* ; Note méthodologique (en anglais), op.cit. Pour la liste complète des investissements directs et indirects des IFD dans le domaine de la santé, voir l'Annexe (en anglais) disponible au téléchargement sur la page de cette publication.
- 22 Aucune IFD ne divulgue systématiquement la valeur des investissements réalisés par le biais d'intermédiaires. Dans le cadre du présent rapport, Proparco a déclaré à Oxfam que la valeur de ses investissements indirects dans la santé par le biais d'intermédiaires financiers multisectoriels était de 74 millions de dollars. Courriel de Proparco à Oxfam, le 13 juin 2023.
- 23 Les recherches d'Oxfam ont identifié un total de 140 intermédiaires financiers premiers bénéficiaires (principaux) utilisés par les quatre IFD européennes, dont 112 sont domiciliés dans des paradis fiscaux connus. Voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines* ; Note méthodologique (en anglais), Op.cit
- 24 Lors de réunions avec Oxfam les 1^{er} et 13 mars 2023, la BEI et la DEG ont confirmé qu'elles n'effectuaient pas ce type de suivi d'impact. Interrogé à ce sujet lors d'une réunion avec Oxfam en janvier 2020, Proparco n'a pas été en mesure de fournir d'exemples d'amélioration de l'accès aux patient-es à faible revenu ou aux personnes vivant dans la pauvreté. Interrogé sur l'impact, le BII a fourni des réponses détaillées sur son approche de la santé ; cependant, les documents cités comme références n'ont pas fourni d'informations substantielles sur l'impact en matière d'amélioration de l'accès ou de l'accessibilité financière pour les patient-es à faible revenu ou les femmes et les s filles. Le BII nous a indiqué que les investissements étaient également évalués en termes d'inclusion depuis 2022. Les informations disponibles sur l'évaluation de l'impact du BII ne permettent toutefois pas de s'assurer que davantage d'informations sur l'impact seront disponibles aux fins de supervision externe. Par exemple BII (2022), *Impact Score: 2022-26 Strategy Period*. <https://assets.bii.co.uk/wp-content/uploads/2022/02/02111950/BII-Impact-Score-2022-26.pdf>

- 25 Par exemple : SFI (2008), *The business of health in Africa: partnering with the private sector to improve people's lives*. Washington, D.C. : Groupe de la Banque mondiale. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/878891468002994639/pdf/441430WPOENGL1an10110200801PUBLIC1.pdf> ; et réponse d'Oxfam : A. Marriott (2009), *Optimisme aveugle : Une remise en question des mythes concernant les soins de santé privés dans les pays pauvres*. Oxfam. <https://www.oxfam.org/fr/publications/optimisme-aveugle>
- 26 Banque mondiale (2018), *World Bank Group Support to Health Services: Achievements and Challenges*. Groupe d'évaluation indépendant. Washington, DC : Banque mondiale. <https://ieg.worldbankgroup.org/evaluations/world-bank-group-health-services>
- 27 Groupe d'évaluation indépendant (GEI), Banque mondiale (2009), « Chapter 5 – IFC's Health Strategy and Operations », dans *Improving Effectiveness and Outcomes for the Poor in Health, Nutrition, and Population – An Evaluation of World Bank Group Support Since 1997*. Washington DC : Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, pp. 82-83.
- 28 Brad Herbert Associates (2012), *Health in Africa Mid-Term Evaluation – Final Report*, cité dans A. Marriott et J. Hamer (2014), *Investir pour la minorité : l'initiative pour la Santé en Afrique de la SFI*. Oxfam International. <https://www.oxfam.org/fr/publications/investir-pour-la-minorite>. Cette publication n'est plus disponible en ligne.
- 29 A. Taneja et A. Sarkar (2023) *First, Do No Harm: Examining the impact of the IFC's support for private healthcare in India*, Oxfam. <https://www.oxfam.org/en/research/first-do-no-harm-examining-impact-ifcs-support-private-healthcare-india>
- 30 Ibid.
- 31 J. Gabbani, S. Mazumdar et M. Suhrcke (2023), *The effect of health financing systems on health system outcomes: A cross-country panel analysis*. *Health Economics*, Vol. 32, Issue 3, mars 2023, pp. 574–619. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.4635?af=R> ; et A. Wagstaff et S. Neelsen (2020), *A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: A retrospective observational study*. *Lancet Global Health*, 8(1), e39–e49. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(19\)30463-2](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30463-2)
- 32 S. Garg, K. K. Bebartha et N. Tripathi (2022), *Role of publicly funded health insurance in financial protection of the elderly from hospitalisation expenditure in India – findings from the longitudinal aging study*. *BMC Geriatrics*. 22, 572 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03266-2> ; D. Dubey, S. Deshpande, L. Krishna et S. Zadey (2023), *Evolution of Government-funded health insurance for universal health coverage in India*. *The Lancet*, Regional Health Southeast Asia. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2023.100180> ; S. Nandi (2020), *PPPs in publicly funded health insurance schemes: The case of PMJAY in India, of how women bear the brunt while the private sector expands*. <https://www.bloomsburycollections.com/book/corporate-capture-of-development/ch6-ppps-in-publicly-funded-health-insurance-schemes-the-case-of-pmjay-in-india-or-how-women-bear-the-brunt-while-the-private-sector-expands> ; S. Nandi et H. Schneider (2020), *When state-funded health insurance schemes fail to provide financial protection: An in-depth exploration of the experiences of patients from urban slums of Chhattisgarh, India*. *Global Public Health*, 15:2, 220–235. [10.1080/17441692.2019.1651369](https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1651369).
- 33 OMS (2019), *Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts*. <https://p4h.world/system/files/2019-09/WH019-01%20health%20financing%20complete%20low%20res%200922.pdf>
- 34 OMS (2020), *Country assessment guide: the health financing progress matrix*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017825/>
- 35 Données couvrant 153 pays sur une période de 14 ans, de 1995 à 2008, après prise en compte des autres facteurs. R. Moreno-Serra et P. Smith (2011), *The Effects of Health Coverage on Population Outcomes: A Country-Level Panel Data Analysis*. Document de travail de Results for Development Institute. <https://www.r4d.org/resources/effects-health-coverage-population-outcomes/>

- 36 J. Assa et C. Calderon (2020), *Privatization and Pandemic: A Cross-Country Analysis of COVID-19 Rates and Health-Care Financing Structures*. The New School for Social Research, Department of Economics Working Paper 08/2020
http://www.economicpolicyresearch.org/econ/2020/NSSR_WP_082020.pdf
- 37 Ibid.
- 38 HCDH (2023), *Benchmarking Study of Development Finance Institutions' Safeguard Policies*.
https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/development/dfi/OHCHR_Benchmarking_Study_HRDD.pdf
- 39 N. Shaxson (2021), *Comment la finance accapare les richesses du secteur des soins au détriment de tous les peuples*. Internationale des Services Publics.
<https://publicservices.international/resources/publications/care-givers-and-takers---how-finance-extracts-wealth-from-the-care-sector?id=12877&lang=fr> ; F. Schulte (2022), *Sick Profit: Investigating Private Equity's Stealthy Takeover of Health Care Across Cities and Specialties*. KFF Health News. <https://khn.org/news/article/private-equity-takeover-health-care-cities-specialties/>
- 40 Liste Forbes des milliardaires. *Jorge Moll Filho & family*.
<https://www.forbes.com/profile/jorge-moll-filho/?list=billionaires&sh=f731a2572504>
- 41 Liste Forbes des milliardaires. *Ranjan Pai*. <https://www.forbes.com/profile/ranjan-pai/?list=billionaires&sh=6812177ac5c4>
- 42 Il a été confirmé que l'hôpital était enregistré dans le cadre du régime d'assurance maladie du gouvernement pour lequel la patiente possédait une carte éligible qui aurait pu couvrir au moins une partie des frais d'hospitalisation, à hauteur de 500 000 roupies indiennes. Le personnel hospitalier peut vérifier l'authenticité d'une carte d'assurance maladie du gouvernement, mais il ne lui appartient pas de juger subjectivement si la personne qui en est détentrice a les moyens de payer de sa poche. En l'occurrence, la personne interrogée a déclaré à Oxfam que le personnel de l'hôpital s'était contenté d'affirmer que la famille avait les moyens de payer, sans donner d'autres explications.
- 43 Malgré les autorisations accordées, Oxfam a modifié les noms de l'ensemble des patient-es et des membres de leur famille interrogé-es dans le cadre de cette recherche afin de protéger leur identité.
- 44 Parmi les exceptions notables, on peut citer : B. Hunter (2023), *Investor States: Global Health at the End of Aid*. Cambridge : Cambridge University Press ; Global Justice Now (2021), *Healthcare for all? How UK aid undermines universal public healthcare*.
https://www.globaljustice.org.uk/wp-content/uploads/2021/01/gjn_-_healthcare_for_all_-_2021.pdf ; S. Attridge et M. Gouett (2020), *DFI health investments as a Covid-19 response*. ODI.
https://cdn.odi.org/media/documents/200529_dfis_final_v3.pdf ; Wemos (2022), *Improving healthcare but for whom? Studying the International Finance Corporation's investments in health*. <https://www.wemos.nl/en/improving-healthcare-but-for-whom/> ; A. Marriott et J. Hamer (2014), *Investir pour la minorité : l'initiative pour la Santé en Afrique de la SFI*. Oxfam International.
<https://www.oxfam.org/fr/publications/investir-pour-la-minorite> ; I. Chakravarthi, B. Roy, I. Mukhopadhyay et S. Barria (2018), *Investing in Health: Healthcare industry in India*. *Economic and Political Weekly*, LII (45).
<https://www.epw.in/journal/2017/52/special-articles/investing-health.html>
- 45 M. Day (29 mars 2022), *What development finance institutions don't want you to know*. Devex. <https://www.devex.com/news/opinion-what-development-finance-institutions-don-t-want-you-to-know-102880>. Voir aussi : Oxfam (10 juin 2020), *IFC found negligent of preventing harm to indigenous communities in Guatemala*. Communiqué de presse.
<https://www.oxfam.org/en/press-releases/ifc-found-negligent-preventing-harm-indigenous-communities-guatemala>
- 46 L'IFD britannique s'appelait auparavant « Commonwealth Development Corporation » (CDC). Elle a été renommée « British International Investment » (BII) en avril 2022. L'appellation BII est utilisée tout au long du présent rapport même si certains investissements ont été réalisés alors que l'organisation était connue sous le nom de CDC.

- 47 A. Taneja et A. Sarkar (2023) *First, Do No Harm*, op. cit.
- 48 A. Marriott et J. Hamer (2014), *Investir pour la minorité*, op. cit. ; voir également : A. Marriott (2014), *Une dangereuse diversion : Le partenariat public-privé phare de la SFI dans le domaine de la santé va-t-il mettre en faillite le ministère de la santé du Lesotho ?* Oxfam International. <https://www.oxfam.org/fr/publications/une-dangereuse-diversion>
- 49 Association internationale de développement. *What is the IDA Private Sector Window?* Groupe de la Banque mondiale. <https://ida.worldbank.org/en/financing/ida-private-sector-window/what-is-ida-private-sector-window>
- 50 S. Attridge et M. Gouett (2021), *Development finance institutions: the need for bold action to invest better*. ODI. https://cdn.odi.org/media/documents/DPF_Blended_finance_report_tuMbRjW.pdf
- 51 R. Rannan-Eliya et A. Somantnan (2005), *Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap*, op. cit. ; D. Balabanova, M. McKee et A. Mills (eds) (2011), *'Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system?* Op. cit. ; Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2007), *Challenging Inequity through Health Systems*. Genève : OMS
- 52 R. Horton et S. Clark (2016), *The perils and possibilities of the private health sector. The Lancet*. Vol 388:10044, 540–541. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30774-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30774-7)
- 53 Oxfam (2009), *Optimisme aveugle : Une remise en question des mythes concernant les soins de santé privés dans les pays pauvres*. <https://www.oxfam.org/fr/publications/optimisme-aveugle>
- 54 Par exemple, le Groupe de la Banque mondiale a officiellement adopté une approche privilégiant le financement privé, sans garde-fou pour protéger des secteurs comme la santé et l'éducation, pourtant garants des droits humains fondamentaux. Eurodad (2022), *Our future is public: Why the IMF and World Bank must support public services*. <https://www.eurodad.org/our-future-is-public-why-the-imf-and-world-bank-must-support-public-services>
- 55 B. Hunter (2023), *Investor States*, op. cit. ; B. Hunter et S. Murray (2019), *Deconstructing the financialization of healthcare. Development and Change*, 50: 5. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dech.12517> ; B. Hunter et S. Murray (2015), *"Beyond aid" investments in private healthcare in developing countries. BMJ*, 2015 (351). <http://sro.sussex.ac.uk/id/eprint/86070/1/bmj.h3012.full.pdf>
- 56 Voici quelques exemples : « Le CDC met tout en œuvre pour mieux comprendre l'impact de ses investissements et trouver le meilleur moyen de contribuer à la couverture sanitaire universelle. » BII (2019), *Making an impact in healthcare*. <https://www.bii.co.uk/en/news-insight/news/making-an-impact-in-healthcare/> ; « Our health impact framework was designed [...] to ensure investments contribute to Universal Health Coverage and UN SDG3. » (Notre cadre d'impact sur la santé a été conçu [...] pour s'assurer que les investissements contribuent à la couverture sanitaire universelle et à l'ODD 3 des Nations Unies.) Courriel de BII à Oxfam, 15 décembre 2022 ; « IFC helps private providers meet the soaring demand for health care and supports governments in their goal of reaching Universal Health Coverage by 2030 » (La SFI aide les prestataires privés à répondre à la demande croissante de soins de santé et soutient les États dans leur objectif d'atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici 2030). SFI. *IFC's Work in Health*. https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/Industry_EXT_Content/IFC_External_Corporate_Site/Health. La BEI n'a pas de stratégie spécifique en matière de santé mais a confirmé, lors d'une réunion avec Oxfam le 1^{er} mars 2023, que son travail dans ce domaine était guidé par la politique de développement de l'UE et par les principes de la CSU et d'autres principes de l'OMS. La DEG affirme que les entreprises qu'elle soutient promeuvent les ODD (<https://www.deginvest.de/Our-impact/>). Elle a également déclaré à Oxfam qu'elle œuvrait à la réalisation des ODD, y compris dans le domaine de la santé, mais qu'elle considérait que son rôle était trop modeste pour avoir un impact significatif sur la CSU. Réunion d'Oxfam avec la DEG le 1^{er} mars 2023.

- 57 OMS (2022), *Couverture sanitaire universelle : Principaux faits*.
[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- 58 Ibid.
- 59 Les communications officielles de la DEG ne mettent pas clairement l'accent sur les patient-es vivant dans la pauvreté ou à faible revenu, malgré le mandat qui lui est confié en matière de réalisation des ODD.
- 60 Exemples dont BII (2019) op. cit. ; courriel de BII à Oxfam du 15 décembre 2022 ; SFI https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/Industry_EXT_Content/IFC_External_Corporate_Site/Health ; réunion de la BEI avec Oxfam en mars 2023 ; réunion d'Oxfam avec la DEG le 1^{er} mars 2023 ; Proparco. *Des investissements motivés par leur contribution au développement*. <https://www.proparco.fr/fr/des-investissements-motives-par-leur-contribution-au-developpement> ; BII (non daté), *Productive, Sustainable and Inclusive Investment: 2022–26 Technical Strategy*. <https://assets.bii.co.uk/wp-content/uploads/2022/01/06170001/2022-2026-technical-strategy-2.pdf>
- 61 Voir : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043898536>
- 62 SFI (non daté), *The Role of the Private Sector in Expanding Health Access to the Base of the Pyramid*. https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/3a4d636b-adaa-4724-8997-9a2714ae6175/60939_IFC_HealthReport_FINAL.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IK6ZFwF
- 63 La BEI a également indiqué que le seuil pour la part de ces services fournis par l'intermédiaire de systèmes publics et/ou au profit de catégories spécifiques de population est pris en compte au cas par cas lors de l'évaluation de chaque projet. Communication par courriel, 28 avril 2023.
- 64 H. Wadge, R. Roy, A. Sripathy, M. Prime, A. Carter, G. Fontana et al. (2017). *Evaluating the Impact of Private Providers on Health and Health Systems*. Imperial College London. <https://assets.cdcgroup.com/wp-content/uploads/2017/06/25150846/Impact-of-private-providers-on-health-and-health-systems.pdf>
- 65 Courriel de BII à Oxfam, 15 décembre 2022.
- 66 Investors for Health. <https://www.investorsforhealth.com/>
- 67 R. Morgan, T. Ensor et H. Waters (2016), *Performance of private sector health care: implications for universal health coverage*. *The Lancet* 2016; 388: 606–12 ; Banque mondiale (2014), *Is that surgery really necessary? Ensuring the medical necessity of care*. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2014/07/30/is-that-surgery-really-necessary>
- 68 R. Morgan et al. (2016), *Performance of private sector health care*, op. cit. B. Hunter, S. Murray, S. Marathe, I. Chakravarthi (2022), *Decentred regulation: The case of private healthcare in India*, *World Development*, Volume 155, 2022, <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2022.105889>.
- 69 Voir par exemple Monitor (2020), *IFC acquires 54.23 Stake in AAR*. <https://www.monitor.co.ug/uganda/business/finance/ifc-acquires-54-23-per-cent-stake-in-aar--1873572> ; et SFI (2008), *The Business of Health in Africa: Partnering with the private sector to improve lives*. https://www.unido.org/sites/default/files/2016-01/IFC_HealthinAfrica_Final_0.pdf
- 70 OMS (2019), *Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts*, op. cit. ; J. Kutzin (2012), *Anything goes on the path to universal health coverage? No*. *Bulletin of the World Health Organization* 2012 90(11): 867–868
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3506412/>
- 71 OMS (2020), *Country assessment guide: the health financing progress matrix*, op. cit.
- 72 Données couvrant 153 pays sur une période de 14 ans, de 1995 à 2008, après prise en compte des autres facteurs. R. Moreno-Serra et P. Smith (2011), *The Effects of Health Coverage on Population Outcomes: A Country-Level Panel Data Analysis*. Document de travail de Results for Development Institute, op. cit.

- 73 J. Assa et C. Calderon (2020), *Privatization and Pandemic: A Cross-Country Analysis of COVID-19 Rates and Health-Care Financing Structures*. The New School for Social Research, Department of Economics Working Paper 08/2020, op. cit.
- 74 Ibid.
- 75 Y. Assefa, W. Damme, O. Williams, et al. (2017). *Successes and challenges of the millennium development goals in Ethiopia: lessons for the sustainable development goals*, op. cit.
- 76 J. Burnley (2010), *L'aide du XXI^e siècle : Reconnaître les réussites et corriger les failles*. Oxfam International. <https://policy-practice.oxfam.org/resources/21st-century-aid-recognising-success-and-tackling-failure-113995/>
- 77 Le Fonds mondial (2022), *Rapport 2022 sur les résultats*. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, op. cit.
- 78 L'aide destinée au secteur de la santé constituait 8 %, 9 % et 11 % de l'aide bilatérale française, allemande et britannique, respectivement, en 2021. Chiffres tirés du système de notification des pays créanciers de l'OCDE : <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1>
- 79 E. Seery et D. Jacobs (2023), *Financial wizardry won't pay the bill for a fair and sustainable future*. Note méthodologique. Oxfam International. <https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/2023-04/Methodology%20Note%28English%29.pdf>
- 80 Des recherches sur les sites Web des IFD ont été effectuées périodiquement entre 2018 et 2022. Les informations présentées sur les financements accordés par les IFD européennes étaient correctes en août 2022. Il convient de noter qu'un petit nombre de projets ou d'investissements identifiés au début de la recherche ne figuraient plus sur les sites Web des IFD en 2022, mais ont été inclus ici. Remarque : davantage de données étant disponibles pour le Royaume-Uni, l'analyse d'Oxfam inclut le financement provenant du BII depuis 2008. Les données provenant du portail de projets de la SFI étaient correctes en février 2023.
- 81 Nous avons assuré l'anonymat des personnes ayant participé à la recherche afin de protéger leur identité. Les entreprises n'ont donc pas été invitées à commenter des cas de patient-es spécifiques, mais elles ont eu la possibilité de commenter les questions soulevées.
- 82 Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines* ; Note méthodologique (en anglais), op. cit.
- 83 D'après les recherches d'Oxfam, le nombre et la proportion d'investissements directs et indirects combinés dans le domaine de la santé provenant des IFD de France (19 %), d'Allemagne (19 %) et du Royaume-Uni (53 %) sont les plus élevés en Inde. La SFI a déclaré que 28 % de son portefeuille mondial en matière de santé était destiné à l'Inde en 2016 (<https://pressroom.ifc.org/all/pages/PressDetail.aspx?ID=18159>). Seule l'IFD de l'UE, la BEI, n'est pas très investie dans la santé en Inde, avec un seul investissement (et pas dans la prestation de soins de santé). Le Kenya présente la plus forte concentration d'investissements de la BEI dans le secteur de la santé (16 %). Le Kenya se situe également au deuxième rang ou au deuxième rang *ex æquo* pour ce qui est des investissements totaux dans le secteur de la santé pour la France (14 %) et l'Allemagne (5 %). Concernant l'IFD du Royaume-Uni, le BII, le Kenya accueille le deuxième plus grand nombre d'investissements dans le secteur des soins de santé (7 %) et le troisième plus grand nombre d'investissements dans le secteur de la santé en général (6 %).
- 84 The Nairobi Women's Hospital. <https://nwh.co.ke/hospital/>
- 85 Cité ci-dessous.
- 86 P. Ogemba (2018), *It is illegal to detain patient in hospital over bills, court rules. The Standard*. <https://www.standardmedia.co.ke/article/2001297635/it-is-illegal-to-detain-patient-in-hospital-over-bills-court-rules>
- 87 T. Minney (19 janvier 2010), *Africa Health Fund makes first investment*. African Capital Markets News. <https://africancapitalmarketsnews.com/africa-health-fund-makes-first-investment/>

- 88 L'IFD suédoise Swedfund a également investi dans NWH, achetant 19 % de la société en 2013. Elle a vendu ses parts à Abraaj Growth Health Fund en 2017.
<https://www.mynewsdesk.com/se/swedfund/pressreleases/swedfund-saeljer-sin-andel-i-nairobi-womens-hospital-1951901>
- 89 Norfund *Africa Health Fund (Aureos)*. <https://www.norfund.no/investment/africa-health-fund-aureos/>
- 90 IFC Project Information and Data Portal *Abraaj Global Health Fund*.
<https://disclosures.ifc.org/project-detail/SII/33475/abraaj-global-health-fund>
- 91 République du Kenya (2017), *The Kenya Gazette*. Vol. CXIX No 64, 19 mai 2017.
http://kenyalaw.org/kenya_gazette/gazette/download/Vol.CXIX-No_64_.pdf; G.W. Leaper (2017), *Swedfund Sells Shares in Nairobi Women's Hospital*. Nordsip.
<https://nordsip.com/2017/05/09/swedfund-sells-share-in-nwh-to-abraaj-ghf/>
- 92 Oxfam a récupéré les informations sur les investissements de CDC/BII dans l'Abraaj Growth Health Fund (AGHF) pour la première fois sur le site Web de CDC en 2018-2019. Depuis lors, le BII a supprimé toute référence à l'AGHF de son site Web et déclare désormais à tort que son investissement indirect dans NWH a eu lieu en 2019. Il indique également un montant d'investissement de 50 millions de dollars au lieu de 75 millions de dollars, comme déclaré initialement.
- 93 BII *Evercare Health Fund*. <https://www.bii.co.uk/en/our-impact/fund/evercare-health-fund-2/>
- 94 Banque africaine de développement, Opérations du secteur privé (2016), *Abraaj Growth Markets Health Fund Africa*.
https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/Project_Brief_ABRAAJ_GROWTH_MARKETS_HEALTH_FUND_Multinational_2016.pdf
- 95 TPG (20 juin 2019), *TPG Closes Transaction to Take Over the Abraaj Group's Growth Markets Health Fund*. Communiqué de presse. <https://tpggloballlc.gcs-web.com/news-releases/news-release-details/tpg-closes-transaction-take-over-abraaj-groups-growth-markets>
- 96 Business Daily (10 novembre 2016), *Hospital CEO talks money, zeal, silence*, op. cit.
- 97 Gender Violence Recovery Centre *Our Major Activities*. <https://gvrc.or.ke/>
- 98 Thika Town Today (2017), *Family's agony as kin's body is held for 5 months over KES. 1 million bill*. <https://www.thikatowntoday.co.ke/2017/05/family-agony-as-kins-body-is-held-for-5.html?m=1>
- 99 Nation (15 novembre 2017, mise à jour datée du 5 juillet 2020), *Nairobi Women's Hospital detains 12 patients in Ongata Rongai* (vidéo).
<https://nation.africa/video/news/4146788-4188826-gxq8a4z/index.html>
- 100 Kahawa Tungu (24 novembre 2017), *Fida Demands Release Of 12 Patients Detained By Nairobi Women's Hospital*. <https://www.kahawatungu.com/fida-demanding-release-of-12-patients-detained-by-nairobi-womens-hospital/>
- 101 Nairobi News (17 décembre 2017), *Agony of Nairobi women detained in hospitals over bills*. <https://nairobinews.nation.africa/agony-of-nairobi-women-detained-in-hospitals-over-bills/>
- 102 P. Ogemba (2018), op. cit ; et P. Ogemba (3 octobre 2018), *Kenya: Court rules Nairobi Women's Hospital's detention of patient over unpaid medical bills is a violation of his rights*. Standard Digital (Kenya), nouvelle publication par le Business & Human Rights Resource Centre. <https://www.business-humanrights.org/de/neuste-meldungen/kenya-court-rules-nairobi-womens-hospitals-detention-of-patient-over-unpaid-medical-bills-is-a-violation-of-his-rights/>
- 103 D. Luchina (23 avril 2019), *Burundi refugee held at Nairobi Women's Hospital over Sh1 million bill*. *The Star*. <https://www.the-star.co.ke/news/2019-04-23-burundi-refugee-held-at-nairobi-womens-hospital-over-sh1-million-bill/>

- 104 *The Standard* (19 mai 2019), *Revealed: Shock of detained bodies and patients over unpaid billions*. <https://www.standardmedia.co.ke/health/article/2001326171/revealed-shock-of-detained-bodies-and-patients-over-unpaid-billions>
- 105 Citizen TV Kenya (7 juillet 2019), *Nairobi Women's 'prison' Hospital*. Vidéo YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=0zQl5nFh41U>
- 106 G. Aradi (2019), *Help me bury my mother who has been in morgue for 2 years*. *The Standard*. <https://www.standardmedia.co.ke/nairobi/article/2001348505/help-me-bury-my-mother-who-has-been-in-morgue-for-2-years>
- 107 A. Omondi (25 octobre 2019), *Woman pleads with Nairobi Women's Hospital to release mum's remains as Christmas gift*. Tuko. <https://www.tuko.co.ke/320939-woman-pleads-nairobi-womens-hospital-release-mums-remains-christmas-gift.html>; Tuko (2019), *Give me my mother's body as Christmas gift*. Vidéo YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=v5ylqMYGR9g>; G. Aradi (2019), *Ibid*.
- 108 S. Onzivua (10 juillet 2021), *Court rules on detention of a patient*. *The Monitor*. <https://allafrica.com/stories/202107120141.html>; E. Karuti (27 mai 2021), *Detention of patients over unpaid hospital bills: a constitutional perspective*. *DLA Piper Africa: Insights*. <https://www.dlapiper africa.com/en/kenya/insights/2021/detention-of-patients-over-unpaid-hospital-bills-a-constitutional-perspective.html>
- 109 Owaahh (6 février 2020), *Customers, Not Patients: The Nairobi Women's Hospital Saga*. *The Elephant*. <https://www.theelephant.info/features/2020/02/06/customers-not-patients-the-nairobi-womens-hospital-saga/>
- 110 M. Kiruga (7 février 2020), *Kenya: Private healthcare requires intensive care and better regulation*. *The Africa Report*. <https://www.theafricareport.com/23096/kenya-private-healthcare-requires-intensive-care-and-better-regulation/>
- 111 M. Kiruga (25 janvier 2020), *How Nairobi Women's Hospital milked patients dry in crazy revenue game*. *Nation*. <https://nation.africa/kenya/nation-prime/how-nairobi-womens-hospital-milked-patients-dry-in-crazy-revenue-game-244636>
- 112 N. Agatu (6 février 2020), *On the spot: Nairobi Women's Hospital dismiss 'inflation cost' claims*. *The Star*. <https://www.the-star.co.ke/news/2020-02-06-on-the-spot-nairobi-womens-hospital-dismiss-inflation-cost-claims/>; P. Alushula (13 février 2020), *More private hospitals face probe over medical bills fraud*. *Business Daily*. <https://www.businessdailyafrica.com/corporate/health/More-private-hospitals-face-probe-over-medical-bills-fraud/4258458-5453854-pyv8t/index.html>
- 113 N. Kabale et A. Oketch (27 janvier 2020, mise à jour datée du 15 juillet 2020), *Working public hospitals are the remedy – KMPDU*. *Nation*. <https://www.nation.co.ke/nationprime/When-patients-lose-trust-in-hospitals/5279428-5434182-13vtdx8/index.html>; J. Kiseru (11 février 2020, mise à jour datée du 4 juillet 2020), *To ward off greedy investors, fund locals to put up private hospitals*. *Nation*. <https://www.nation.co.ke/oped/opinion/To-ward-off-greedy-investors--fund-locals-to-put-up-hospitals/440808-5452186-c7wus6z/index.html>
- 114 UK Parliament Committees (2023), *25 April 2023 – Investment for development: The UK's strategy towards Development Finance Institutions – Oral evidence*. <https://committees.parliament.uk/event/17957/formal-meeting-oral-evidence-session/>
- 115 Les mesures comprennent des changements de direction, une nouvelle politique de paiement et une charte des patient-es. TPG a déclaré à Oxfam que ses divers mécanismes de contrôle n'ont révélé aucun problème de détention abusive de patient-es.
- 116 R. Yates, T. Brookes et E. Whitaker (2017), *Hospital Detentions for Non-payment of Fees: A Denial of Rights and Dignity*. Centre on Global Health Security, Chatham House. <https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/publications/research/2017-12-06-hospital-detentions-non-payment-yates-brookes-whitaker.pdf>

- 117 Un cinquième des personnes interrogées dans le cadre d'une enquête menée par Oxfam Inde sur les droits des patient·es en 2021, dont des proches avaient été hospitalisé·es, ont déclaré que l'hôpital leur avait refusé la sortie du/de la patient·e ou la remise du corps du/de la défunt·e. Voir Oxfam Inde (2021), *Securing Rights of Patients in India: Lessons from rapid surveys on people's experiences of Patient Rights Charter and the COVID-19 vaccination drive*. <https://www.oxfamindia.org/knowledgehub/oxfamindiaaction/securing-rights-patients-india>; R. Nagarajan (7 novembre 2020), *Hospitals defy courts, hold patients hostage over bills*. *Times of India*. <https://timesofindia.indiatimes.com/india/hospitals-defy-courts-hold-patients-hostage-over-bills/articleshow/79094533.cms>
- 118 ISER (2021), *When Patient Becomes Prisoner: Detention in Health Facilities in Uganda*. https://iser-uganda.org/wp-content/uploads/2022/07/When_Patient_Becomes_Prisoner.pdf; *The Independent* (7 juillet 2021), *MPs grill private hospitals for retaining dead bodies, exorbitant fees*. <https://www.independent.co.uk/mps-grill-private-hospitals-for-retaining-dead-bodies-exorbitant-fees/>
- 119 J. Ogundepo (14 mai 2023), *Patients detained over hospital bills recount ordeals*. *Punch*. <https://punchng.com/patients-detained-over-hospital-bills-recount-ordeals/>; C. Nwokeke (2019), *Hospital Detention For Non-Payment Of Bills And Its Community Legal Effect*. *The Nigeria Lawyer*. <https://thenigerialawyer.com/hospital-detention-for-non-payment-of-bills-and-its-community-legal-effect-by-chidera-nwokeke/>
- 120 International Hospital Kampala (IHK) fait partie de l'International Medical Group en Ouganda, qui a été financé par au moins sept investissements croisés réalisés par la DEG, la BEI, Proparco et la SFI - voir l'Annexe (en anglais) disponible au téléchargement sur la page de cette publication pour plus de détails. En 2016, l'ONG Centre for Health, Human Rights and Development (CEHURD) a demandé à un tribunal d'ordonner la libération d'un·e patient·e détenu·e à l'IHK pour non-paiement d'une facture médicale. Rapporté dans *Monitor* (2 septembre 2016, mise à jour datée du 17 janvier 2021), *Patient sues IHK over detention*. <https://www.monitor.co.ug/uganda/news/national/patient-sues-ihk-over-detention-1664730>
- ¹²¹ Le 12 juin 2023, la BEI a déclaré à Oxfam qu'elle ne finançait pas cet hôpital. Le 16 juin 2023, la DEG a déclaré à Oxfam que cet hôpital n'était « pas connu comme un destinataire d'un investissement (direct ou indirect) de la DEG ». Les informations disponibles indiquent que la DEG a investi dans l'International Hospital Kampala, qui fait partie de l'International Medical Group, via ses investissements dans le Kibo Fund et CIEL Healthcare. La BEI, quant à elle, a investi par le biais de ses investissements dans IFHA II et CIEL Healthcare. Voir l'Annexe disponible au téléchargement sur la page de cette publication.
- 122 Voir par exemple : Y. Balarajan, S. Selvaraj et S. V. Subramanian (2011), *India: Towards Universal Health Coverage 4 Health care and equity in India*. *The Lancet*, 377(9764), 505–515; P. N. Prasad et P. Raghavendra (2012), *Healthcare Models in the Era of Medical Neoliberalism: A Study of Aarogyasri in Andhra Pradesh*. *Economic & Political Weekly*, 47(43), 118–126; S. Selvaraj et A. Karan (2012), *Why Publicly-Financed Health Insurance Schemes Are Ineffective in Providing Financial Risk Protection*. *Economic and Political Weekly*, 47(11), 60–68; K. Sen, S. G. Roy, S. Kumar, K. Narayana et A. Priyadarshi (2018), *Health Reforms and Utilization of Health Care in three states of India: Public health prospects*. *Social Medicine*, 12(1), 108–121; I. Chakravarthi (2018), *Regulation of Private Health Care Providers in India: Current Status, Future Directions*. *Indian Journal of Public Administration*, 64(4), 587–598; Oxfam Inde (2021), *Analysing Regulation of Private Healthcare in India*. <https://www.oxfamindia.org/knowledgehub/workingpaper/analysing-regulation-private-healthcare-india>; S. Sangar, V. Dutt et R. Thakur (2019), *Burden of out-of-pocket health expenditure and its impoverishment impact in India: evidence from National Sample Survey*. *Journal of Asian Public Policy* 15:1.
- 123 Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines*; Note méthodologique (en anglais), op. cit.
- 124 D'autres mesures ont été prises pour protéger l'identité des personnes interrogées, notamment dans certains cas en ne mentionnant pas l'État dans lequel les soins de santé ont été demandés et en excluant des éléments d'identification comme des dates ou des détails sur la pathologie ou l'état des patient·es.

- 125 D. Chaki (8 mai 2023), *Blackstone signs binding pact for controlling stake in Care Hospitals*. <https://economictimes.indiatimes.com/news/india/blackstone-signs-binding-pact-for-controlling-stake-in-care-hospitals/articleshow/100057906.cms>
- 126 Ibid. ; Trade Brains: Stock Market News (10 mars 2023), *Healthcare company in talks to acquire Care Hospitals: Stock jumps 2%*. <https://in.investing.com/news/healthcare-company-in-talks-to-acquire-care-hospitals-stock-jumps-2-3555994>
- 127 Courriel à Oxfam, 25 mai 2023.
- 128 Narayana Health *Chairman's Message*. <https://www.narayanahealth.org/about-us>
- 129 Dans l'État de Chhattisgarh, l'éligibilité à l'assurance maladie est universelle. Les deux tiers des personnes inscrites sont couvertes par le régime national destiné aux « pauvres » (Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana - PMJAY), qui offre une couverture annuelle aux familles plafonnée à 500 000 roupies. Le régime a été déployé dans l'État en 2018, remplaçant un régime comparable avec une couverture moindre. L'autre tiers des personnes inscrites est couvert par un régime plus succinct destiné aux « non-pauvres », anciennement connu sous le nom de MSBY, dont la couverture annuelle représente un dixième de celle du premier régime. Depuis janvier 2020, le régime d'assurance maladie de l'État de Chhattisgarh s'appelle DKBSY (Dr. Khoobchand Bagher Swasthya Sahayata Yojana). S. Garg, K. K. Bebartha et N. Tripathi (2020), *Performance of India's national publicly funded health insurance scheme, Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (PMJAY), in improving access and financial protection for hospital care: findings from household surveys in Chhattisgarh state*. *BMC Public Health* 20, 949.
- 130 Narayana Health a confirmé à Oxfam que son hôpital au Chhattisgarh est inscrit au régime national d'assurance maladie PMJAY depuis son déploiement dans l'État en 2019. Oxfam a également eu confirmation dans les archives gouvernementales de l'État que ce même hôpital était inscrit avant cela au précédent régime d'assurance maladie, RSBY (Rashtriya Swasthya Bima Yojana), depuis au moins 2014. Le site Web de Narayana indique également que l'hôpital est agréé dans le cadre du RSBY et du MSBY (Mukhyamantri Swasthya Bima Yojana), un régime destiné aux seniors : <https://www.narayanahealth.org/content/rsby-msby>
- 131 L'inscription au régime d'assurance maladie du gouvernement d'Odisha (BSKY) est automatique pour l'ensemble des résident-es enregistré-es comme vivant sous le seuil de pauvreté (BPL) ou en situation d'extrême pauvreté (AAY) et pour celles et ceux qui étaient déjà enregistré-es comme éligibles au précédent régime d'assurance maladie du gouvernement de l'État (BKKY). Pour les personnes ne répondant pas à ces deux critères, mais dont le revenu annuel est inférieur à 50 000 roupies dans les zones rurales et à 60 000 roupies dans les zones urbaines, un certificat de revenu peut être demandé et utilisé comme preuve d'éligibilité à des soins de santé gratuits et sans numéraire dans tout hôpital privé subventionné par le gouvernement. Voir <http://nhmodisha.gov.in/frmrsyostfbkky.aspx>
- 132 En Odisha, les hôpitaux acceptent comme preuve d'éligibilité la carte BSKY, toute carte de l'ancien régime d'assurance maladie BKKY, tout justificatif officiel sur la situation de pauvreté (carte BPL et AAY) ou une attestation de faible revenu délivrée par le gouvernement. Voir : Biju Swasthya Kalyan Yojana (BSKY) Dashboard. <https://bskydashboard.odisha.gov.in/About>. En janvier 2020, le gouvernement du Chhattisgarh a annoncé que toute pièce d'identité délivrée par le gouvernement pourrait désormais être utilisée pour bénéficier des soins de santé financés par le régime d'assurance maladie du gouvernement. Les patient-es inscrit-es interrogé-es par Oxfam possédaient tou-tes une carte d'assurance maladie délivrée par le gouvernement au moment de leur demande de traitement ou de soins. Voir *Economic Times* (19 janvier 2020), *Good Governance: Smart cards not mandatory for Chhattisgarh integrated health scheme*. <https://government.economictimes.indiatimes.com/news/digital-india/good-governance-smart-cards-not-mandatory-for-chhattisgarh-integrated-health-scheme/73371280?redirect=1>
- 133 S. Garg et al. (2020), *Performance of India's national publicly funded health insurance scheme*, op. cit. ; BSKY Dashboard. <https://bskydashboard.odisha.gov.in/About>
- 134 Gouvernement de l'Inde, Health benefit packages & empanelment criteria. <https://www.pmjay.gov.in/sites/default/files/2018-07/HBP.pdf>

- 135 S. Garg et al. (2020), *Performance of India's national publicly funded health insurance scheme*, op. cit.
- 136 BSKY Dashboard, op. cit.
- 137 Ce point a été confirmé dans une communication de Narayana Health à Oxfam, le 29 avril 2023. Pour protéger l'identité des participant-es, les blessures spécifiques subies par Ravi (nom fictif) ne sont pas divulguées. Néanmoins, plusieurs traitements correspondant aux blessures de Ravi sont répertoriés dans les prestations de la couverture d'assurance maladie de l'État de Chhattisgarh, notamment la rééducation.
- 138 Les allocations pour les interventions non répertoriées dans l'État de Chhattisgarh s'élèvent à 100 000 roupies. D'autres interventions peuvent être couvertes moyennant une autorisation préalable.
- 139 Le gouvernement d'Odisha indique clairement que l'objectif de la carte d'assurance maladie du gouvernement est de fournir des traitements et des soins gratuits, sans numéraire. D'après les connaissances et les recherches d'Oxfam, rien n'indique que les cartes d'assurance maladie du gouvernement ne sont utilisées qu'aux fins d'étude. C'est pourtant la seule raison avancée par le personnel de l'hôpital pour expliquer pourquoi la carte ne pouvait pas être utilisée. Voir : <http://nhmodisha.gov.in/frmrbsyostfbkky.aspx>
- 140 Les règles stipulent que l'assurance s'applique pour environ 1 929 procédures, couvrant tous les coûts liés au traitement, y compris, mais sans s'y limiter, les médicaments, les fournitures, les services de diagnostic, les honoraires des médecins, les frais de chambre, les frais de chirurgien-nes, les frais d'ergothérapie et d'unité de soins intensifs, etc. <https://nha.gov.in/PM-JAY>
- 141 R. Dasgupta, S. Nandi, K. Kanungo, M. Nundy et R. Neog (2013), *What the good doctor said: a critical examination of design issues of the RSBY through provider perspectives in Chhattisgarh, India*. *Social Change*, 43(2):227–43 ; D. Maurya et M. Ramesh (2019), *Program design, implementation and performance: the case of social health insurance in India*. *Health Economics, Policy and Law* 14:487–508 ; S. Nandi, R. Dasgupta, S. Garg et al. (2016), *Uncovering coverage: utilisation of the universal health insurance scheme, Chhattisgarh by women in slums of Raipur*. *Indian Journal of Gender Studies*, 23:43–68.
- 142 Robert a indiqué que ses prêts ont été accordés par Ujjivan Financial Services. Cette société a reçu un investissement direct de 8 millions de dollars de la SFI en 2012. <https://disclosures.ifc.org/project-detail/SII/30283/ujjivan-project>
- 143 Pour plus de détails sur chaque groupe de discussion tel qu'identifié dans le présent document, voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines* ; Note méthodologique (en anglais), op. cit..
- 144 Les recherches menées sur les régimes publics d'assurance maladie indiquent systématiquement une utilisation extrêmement faible par les populations tribales et les personnes appartenant à des castes répertoriées. Par exemple : D. Dubey, S. Deshpande, L. Krishna et S. Zadey (2023), *Evolution of Government-funded health insurance for universal health coverage in India*, op. cit. ; R. Chintan (16 août 2021), *Failure to serve marginalised, private health sector under PMJAY burdens public systems*. *News Click*. <https://www.newsclick.in/Failing-to-Serve-the-Marginalised-Private-Health-Sector-Burdens-Public-Systems-Instead>
- 145 S. Nandi et H. Schneider (2020), *When state-funded health insurance schemes fail to provide financial protection: An in-depth exploration of the experiences of patients from urban slums of Chhattisgarh, India*, op. cit.
- 146 S. Garg et al. (2020), *Performance of India's national publicly funded health insurance scheme, Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (PMJAY)*, op. cit. ; D. Dubey et al. (2023), *Evolution of Government-funded health insurance for universal health coverage in India*, op. cit. ; A. Karan, W. Yip et A. Mahal (2017), *Extending health insurance to the poor in India: an impact evaluation of Rashtriya Swasthya Bima Yojana on out of pocket spending for healthcare*. *Social Science & Medicine*, 2017; 181: 83-92 ; R. K. Sinha (2018), *Impact of publicly financed health insurance scheme (Rashtriya Swasthya Bima Yojana) from equity and efficiency perspectives*. *Vikalpa*, 43: 191-206.

- 147 S. Garg, K. K. Bebarta et N. Tripathi (2022), *Role of publicly funded health insurance in financial protection of the elderly from hospitalisation expenditure in India – findings from the longitudinal aging study*. *BMC Geriatrics* 22, 572 ; S. Nandi et H. Schneider (2020), *When state-funded health insurance schemes fail to provide financial protection*, op. cit. ; A. Ranjan, P. Dixit, I. Mukhopadhyay et S. Thiagarajan (2018), *Effectiveness of government strategies for financial protection against costs of hospitalization care in India*. *BMC Public Health*, 16;18(1):501. DOI : 10.1186/s12889-018-5431-8 ; S. Nandi et H. Schneider (2020), *Using an equity-based framework for evaluating publicly funded health insurance programmes as an instrument of UHC in Chhattisgarh State, India*. *Health Research Policy and Systems* 18, 50.
- 148 La part de ménages basculant dans la pauvreté après avoir payé de leur poche passe de 1,3 % si aucun membre n'est hospitalisé dans un établissement de santé privé à 14,35 % si au moins un membre du ménage est hospitalisé dans un tel établissement. S. Sriram et A. Albadrani (2022), *Impoverishing effects of out-of-pocket healthcare expenditures in India*. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, Nov;11(11):7120-7128. DOI : 10.4103/jfmpc.jfmpc_590_22.
- 149 Selon le World Inequality Lab, le revenu moyen en Inde s'élève à 211 000 roupies.
<https://inequalitylab.world/fr/>
- 150 Ibid.
- 151 Il n'est pas possible de conclure que la facture des médicaments est sans conteste supérieure à ce qu'aurait facturé un autre hôpital privé, mais le patient a déclaré qu'il la trouvait exceptionnellement élevée. Le site Web de Medifee indique que le coût total moyen de l'ablation des calculs biliaires à Raipur (Chhattisgarh) s'élève à 76 000 roupies.
<https://www.medifee.com/treatment/gallbladder-stone-operation-cost/>
- 152 L'enquête a été menée par la National Pharmaceutical Pricing Authority (NPPA), un organisme de réglementation du gouvernement, qui a déclaré que les hôpitaux concernés avaient demandé l'anonymat. Des sources ont déclaré à un-e journaliste que cette demande avait été prise en compte du fait que « ces pratiques sont largement répandues ». R. Nagarajan (21 février 2018), *Private hospitals making profits of up to 1,737% on drugs, consumables and diagnostics*. *Times of India*.
<https://timesofindia.indiatimes.com/india/private-hospitals-making-over-1700-profit-on-drugs-consumables-and-diagnostics-study/articleshow/62997879.cms>
- 153 Les trois hôpitaux financés par la SFI sont Max Healthcare, Fortis et Apollo. Voir A. Taneja et A. Sarkar (2023), *First, Do No Harm*, op. cit. ; et The Quint (2 avril 2022), *CCI Pulls Up Three Large Hospital Chains Over Inflated Medicine Prices*.
<https://www.thequint.com/fit/cci-notice-hospitals-drugs-medicines-medical-devices-prices>
- 154 L'affaire est toujours en instance. Business Standard (23 septembre 2022), *Hospital chains abused their dominance to charge exorbitant prices: report*.
https://www.business-standard.com/article/current-affairs/hospital-chains-abused-their-dominance-to-charge-exorbitant-prices-report-122092300441_1.html [article payant]
- 155 La SFI a financé Fortis (voir A. Taneja et A. Sarkar (2023), *First, Do No Harm*, op. cit.), et le BII a financé Sahyadri Hospital. Oxfam a identifié au moins deux investissements indirects du BII (à l'époque CDC) dans Sahyadri Hospitals, l'un en 2011 et l'autre en 2012 (voir annexe disponible au téléchargement sur la page de cette publication.). Les informations sur les investissements de 2012 (et antérieurs) sont désormais limitées sur le portail de projets du BII et ces deux investissements n'apparaissent plus.
- 156 P. Kakodkar (29 mars 2018), *Maharashtra govt files cases against seven hospitals for reusing medical devices*. *Times of India*.
<https://timesofindia.indiatimes.com/city/mumbai/maharashtra-govt-files-cases-against-seven-hospitals-for-reusing-medical-devices/articleshow/63495584.cms> ; R. Khatun (28 mars 2018), *Reusing Medical Devices: Maharashtra Govt files cases against top hospitals*. *Medical Dialogues*. <https://business.medicaldialogues.in/reusing-medical-devices-maharashtra-govt-files-cases-against-top-hospitals>
- 157 P. Kakodkar (2018), Ibid.

158 Nyaaya (2022), *Right to Emergency Medical Care*, op. cit.

159 Les personnes avec lesquelles Oxfam s'est entretenue n'ont pas pu préciser qui avait fait intervenir les bulldozers, et il n'est pas sous-entendu ici que l'hôpital serait responsable des blessures de Kanaklata. On suppose que les habitant-es avaient été informé-es en amont, d'une manière ou d'une autre, que le campement informel allait être rasé.

160 Si le coût suggéré de 100 000 roupies peut sembler raisonnable selon le barème de l'hôpital, tous les hôpitaux publics et privés en Inde ont le devoir d'accepter les victimes d'accidents et les patient-es dans un état critique. Ici, la mère du patient a affirmé que son fils était inconscient et gravement blessé. Si tel était le cas, l'hôpital n'aurait pas dû refuser le traitement, même si la victime n'avait pas les moyens de payer les frais ou de faire face aux dépenses. Section 134(a), Motor Vehicles Act, 1988 ; Charter of Patient Rights, Ministry of Health and Family Welfare cité dans Nyaaya (2022), *Right to Emergency Medical Care*, op. cit.

161 Une assistante médicale travaillant dans le même hôpital depuis deux ans a déclaré à Oxfam qu'elle avait été témoin de cas similaires de patient-es en situation d'urgence refusé-es, notamment un enfant avec des fractures aux bras et aux jambes dont les parents étaient en larmes parce qu'ils s'étaient vu refuser l'admission et qu'ils devaient se rendre dans un autre hôpital.

162 Un patient interrogé dans l'État de Chhattisgarh a déclaré qu'avant d'être pris en charge par Narayana, il pensait que l'hôpital MMI avait été créé pour « aider les personnes dans le besoin ». Il a ajouté que depuis que « des investisseurs étrangers sont intervenus », il avait l'impression qu'il s'agissait davantage de « faire de l'argent » et que « désormais, ils pillent les gens ». Une autre personne interrogée, qui a une longue expérience des soins prodigués à ses parents dans les hôpitaux CARE, a déclaré avoir entendu parler d'une « pression accrue » et d'« objectifs en matière de bénéfices à réaliser » depuis qu'une « société de Dubaï » avait acquis la majorité du groupe hospitalier. Selon les informations dont dispose Oxfam, ces personnes interrogées n'avaient pas de connaissance ou d'expérience directe des politiques et procédures de gestion interne des hôpitaux concernés.

163 Comme expliqué dans l'introduction, Eva a déclaré à Oxfam que le médecin de l'hôpital lui avait assuré, après l'opération de sa mère, que la facture totale de l'hôpital ne dépasserait pas 70 000 à 80 000 roupies et qu'elle couvrirait tous les traitements et soins déjà prodigués, ainsi que tous les médicaments et diagnostics supplémentaires, y compris pendant les deux semaines suivant la sortie de l'hôpital.

164 Communication à Oxfam, 19 mai 2023.

165 NH a déclaré à Oxfam que quelques patient-es avaient omis de déclarer leur statut de bénéficiaires des programmes au moment de leur admission et avaient donc été traité-es comme des patient-es ordinaires.

166 Communication à Oxfam, 19 mai 2023. CARE Hospitals a également eu la possibilité de faire part de ses commentaires, mais aucune réponse n'a été reçue.

167 Par exemple : Y. Balarajan, S. Selvaraj et S. V. Subramanian (2011), *India: Towards Universal Health Coverage 4 Health care and equity in India*, op. cit. ; P. N. Prasad et P. Raghavendra (2012), *Healthcare Models in the Era of Medical Neoliberalism*, op. cit. ; S. Selvaraj et A. Karan (2012), *Why Publicly-Financed Health Insurance Schemes Are Ineffective in Providing Financial Risk Protection*, op. cit. ; K. Sen et al. (2018), *Health Reforms and Utilization of Health Care in Three States of India*, op. cit. ; I. Chakravarthi (2018), *Regulation of Private Health Care Providers in India*, op. cit.

- 168 Par exemple : R. K. Prusty, C. Choithani et G. S. Dutt (2018), *Predictors of hysterectomy among married women 15–49 years in India*. *Reproductive Health*, 15:3 ; P. Chatterjee (2019), *Hysterectomies in Beed district raise questions for India*. *Lancet*. 394(10194):202 ; S. Bhaumik (8 février 2013), *Oxfam calls for new regulations to reduce unnecessary hysterectomies in private hospitals*. *BMJ*. <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f852.full> ; R. Srivastava (8 mai 2019), *Missing wombs: the health scandal enslaving families in rural India*. Reuters. <https://www.reuters.com/article/us-india-health-slavery-idUSKCN1SE007> ; N. Sharma (26 juillet 2019), *Large volumes of hysterectomies in pvt hospitals under PMJAY, red flags raised*. *MediBulletin*. <https://medibulletin.com/large-volumes-of-hysterectomies-in-pvt-hospitals-under-pmjay-red-flags-raised/> ; Oxfam International (6 février 2013), *Unregulated and unaccountable: how the private health care sector in India is putting women's lives at risk*. Communiqué de presse. <https://www.oxfam.org/es/node/10044>
- 169 Dans un État indien, 95 % des demandes de remboursement pour hystérectomie provenaient d'hôpitaux privés. Les données du même État montrent que 78 % de toutes les demandes d'assurance pour des accouchements par voie basse sans complication provenaient du secteur public, tandis que 93 % de toutes les demandes pour des accouchements par césarienne provenaient du secteur privé. Selon les directives de l'OMS, la proportion globale d'accouchements par césarienne réalisés dans le cadre du régime d'assurance maladie du gouvernement est déjà trop élevée (29 %), alors qu'elle atteint 63 % dans les établissements privés. S. Nandi (2020), op. cit. *PPPs in publicly funded health insurance schemes: The case of PMJAY in India, of how women bear the brunt while the private sector expands*. Dans C. Rodríguez Enríquez et M. Llavaneras Blanco (eds). *Corporate Capture of Development*. <https://www.bloomsburycollections.com/book/corporate-capture-of-development/ch6-ppps-in-publicly-funded-health-insurance-schemes-the-case-of-pmjay-in-india-or-how-women-bear-the-brunt-while-the-private-sector-expands>
- 170 E. Suzuki, C. Kouame et S. Mills (22 février 2023), *Progress in reducing maternal mortality has stagnated and we are not on track to achieve the SDG target: new UN report*. Blogs de la Banque mondiale. <https://blogs.worldbank.org/opendata/progress-reducing-maternal-mortality-has-stagnated-and-we-are-not-track-achieve-sdg-target>
- 171 Par exemple : F. T. Bobo, A. Asante, M. Woldie, A. Dawson et A. Hayen (2021), *Spatial patterns and inequalities in skilled birth attendance and caesarean delivery in sub-Saharan Africa*. *BMJ Global Health*, Oct;6(10). <https://gh.bmj.com/content/6/10/e007074>
- 172 Il convient de préciser que 52 investissements dans des entreprises fournissant uniquement des services de diagnostic ou pharmaceutiques ne sont pas inclus dans cette liste. Certaines des 224 entreprises ne proposent pas de services de maternité.
- 173 N'inclut que les investissements croisés et qui ont été identifiés comme provenant de la SFI.
- 174 Oxfam a corrigé les informations sur les frais fournis par les entreprises qui ont eu l'occasion de commenter. Certaines informations sur les frais ont été obtenues auprès de sources tierces. Toute inexactitude est due au manque de transparence sur les frais facturés. Voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines* ; Note méthodologique (en anglais), op. cit.
- 175 Les statistiques sont les mêmes, que l'on utilise le revenu moyen ou le revenu médian des 40 % de personnes les plus pauvres dans chaque pays où se trouvent les hôpitaux. Voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines* ; Note méthodologique (en anglais), op. cit. pour afficher les détails complets.
- 176 Concern USA (2022), *The 10 Worst Countries to Be a Mother*, op. cit.
- 177 OMS. *Outil d'évaluation de l'équité en santé (HEAT)*, op. cit.
- 178 National Population Commission, Nigeria (2019), *Nigeria Demographic and Health Survey 2018*. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR359/FR359.pdf>
- 179 Tarifs communiqués par l'hôpital en 2020.

- 180 Le revenu annuel moyen d'une personne faisant partie des 10 % les plus pauvres au Nigeria est de 47 342,50 naira. Les données sur les revenus proviennent de la base de données sur les inégalités mondiales. <https://wid.world/>. Concernant l'approche adoptée pour le calcul des revenus moyens, voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines*; Note méthodologique (en anglais), op. cit.
- 181 Iwosan Lagoon Hospitals Limited (anciennement Hygeia Nigeria Limited) a déclaré à Oxfam qu'il prenait en charge toutes les catégories de patient-es par le biais de différents points d'accès, en abaissant les contraintes d'accès pour les personnes à faible revenu grâce au système d'assurance maladie. L'entreprise a également déclaré qu'elle prenait en charge les patient-es qui bénéficient du régime national d'assurance maladie. Courriel à Oxfam, 16 mai 2023. L'entreprise n'a pas répondu aux demandes d'informations supplémentaires d'Oxfam sur la manière dont les contraintes d'accès sont abaissées, ni dans quelle ampleur, et si cela a un impact sur l'accès aux services de maternité.
- 182 En 2022, l'adhésion excluait également les Nigérian-es employé-es de manière informelle et les personnes au chômage. F. Magaji, J. Ali, W. Golit et al. (2022), *National Health Insurance Scheme Coverage for Pregnant Women in Jos, Nigeria: Implications for SDG-3*. *Journal of Health Sciences and Practice*, 1:1.
- 183 À l'hôpital Evercare au Nigeria, un accouchement peu coûteux s'élève à 575 000 naira. Un accouchement par césarienne coûte 1 125 000 naira. Les données sur les revenus proviennent de la base de données sur les inégalités mondiales. <https://wid.world/>. Concernant l'approche adoptée pour le calcul des revenus moyens, voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines*; Note méthodologique (en anglais), op. cit.
- 184 Au taux de change moyen UGX-USD en 2018 de 3 669,99. PoundSterling Live, *U.S. Dollar-Ugandan Shilling History: 2018*. <https://www.poundsterlinglive.com/history/USD-UGX-2018>
- 185 Informations fournies par l'hôpital TMR en réponse à une demande par courriel, décembre 2019.
- 186 Le site Web de TMR indiquait en 2022 que le prix d'un accouchement par voie basse était de 2 430 000 shillings ougandais et celui d'un accouchement par césarienne de 5 490 000 shillings ougandais. TMR International, *Maternity Care*. <https://www.tmrinternational.org/delivery-packages>
- 187 BII (13 août 2013), *CDC and The Abraaj Group invest in Rainbow Hospitals*. <https://www.bii.co.uk/en/news-insight/news/cdc-and-the-abraaj-group-invest-in-rainbow-hospitals/>
- 188 Réunion d'Oxfam avec le BII (anciennement CDC), mai 2019.
- 189 Arrail. *Arrail Dental*. <http://www.arrailgroup.com/en/business/tooth.html>
- 190 Proparco (non daté), *ODM Group: Strengthening Cancer Treatment Facilities in Morocco*. <https://www.proparco.fr/fr/carte-des-projets/groupe-odm>
- 191 Exemples : Portea (2015), *Portea – Healing India at Home*. Vidéo YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=Yl_4r6wcJEE; et <https://www.portea.com/testimonials/Nursing>
- 192 U.S. International Development Finance Corporation (DFC), (non daté), *Advancing accessible healthcare in India*. <https://www.dfc.gov/investment-story/advancing-accessible-healthcare-india>
- 193 Le salaire minimum en Inde a culminé à 178 roupies par jour en 2022. <https://www.statista.com/statistics/1284710/india-national-floor-level-minimum-wage/>. 133 USD = 11 000 INR.
- 194 Poder 360 (2018), *Conhecido por atender políticos, Sírio-Libanês terá unidade em Brasília*. <https://www.poder360.com.br/brasil/conhecido-por-atender-politicos-sirio-libanes-tera-unidade-em-brasilia/> [portugais]

- 195 M. Tarantino (7 janvier 2011), *O hospital do poder: Por que o Sírio-Libanês é tão requisitado por políticos e celebridades do Brasil e do Exterior*. Istoé. https://istoe.com.br/118751_0+HOSPITAL+DO+PODER/ [portugais]
- 196 N. Cuminale (14 janvier 2011, mise à jour datée du 25 mai 2016), *A saúde da República, nas mãos do Hospital Sírio-Libanês*. Veja. <https://veja.abril.com.br/saude/a-saude-da-republica-nas-maos-do-hospital-sirio-libanes/> [portugais]
- 197 Poder 360 (2018), *Conhecido por atender políticos, Sírio-Libanês terá unidade em Brasília*, op. cit. ; et Sírio-Libanês (non daté), *Projetos de Apoio ao SUS*. [https://hospitalcima.com/en/lifecycle-center-2/](https://hospitalsiriolibanes.org.br/quem-somos/compromisso-social/proadi-sus/#:~:text=0%20S%C3%ADrio-Liban%C3%AAs%20%C3%A9%20Uma,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS) [portugais]. La DEG a déclaré à Oxfam que l'hôpital travaille en partenariat avec les autorités de santé brésiliennes et offre certains programmes, dont des soins médicaux gratuits pour les familles à faible revenu, par exemple des programmes de santé ciblant les enfants et des dépistages du cancer du sein. Aucune information sur l'ampleur ou l'impact de ces initiatives n'a été fournie. Communications de la DEG à Oxfam, le 16 juin 2023.</p>
<p>198 C'est notamment le cas de l'hôpital FV à Ho Chi Minh Ville (Vietnam), soutenu par la DEG, Proparco et la SFI ; des hôpitaux Rainbow et Narayana Health (Inde), soutenus par le BII ; et des hôpitaux Sahyadri (Inde), soutenus par le BII et la SFI.</p>
<p>199 Hospital Cima (non daté), <i>Lifecycle Center</i>. <a href=)
- 200 Voir, par exemple, le travail de la SFI et de la Banque mondiale dans l'État indien de Meghalaya pour soutenir l'instauration d'un nouveau régime visant à « encourager le choix des bénéficiaires et favoriser l'entrée de prestataires de qualité dans le secteur de la santé ». SFI (2013), *Public-Private Partnership Stories. India: Meghalaya Health Insurance*. https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/d8c01ea2-790a-42de-80b1-30792a80063f/PPPStories_India_MeghalayaHealthInsurance.pdf?MOD=AJPERES&CID=IKbKixW
- 201 B. Khawaja et R. Riddell (20 mai 2022), *Stealth privatization: Kenya's approach to universal health coverage is a private sector giveaway*. Open Global Rights. <https://www.openglobalrights.org/stealth-privatization-kenyas-approach-to-universal-health-coverage-is-a-private-sector-giveaway/?lang=English> ; C. Averill et A. Marriott (2013), *Couverture santé universelle : Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie*. Oxfam International. <https://policy-practice.oxfam.org/resources/universal-health-coverage-why-health-insurance-schemes-are-leaving-the-poor-beh-302973/>
- 202 BII (2022), *Productive, Sustainable and Inclusive Investment: 2022–26 Technical Strategy*, op. cit.
- 203 Oxfam (2013), *Couverture santé universelle : Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie*, op. cit.
- 204 Ibid.
- 205 Une récente analyse portant sur 36 pays d'Afrique subsaharienne a révélé que seuls quatre d'entre eux (Rwanda, Ghana, Gabon et Burundi) affichaient un taux de couverture de l'assurance maladie supérieur à 20 % et que la couverture de l'assurance était fortement biaisée au profit des ménages à revenus élevés et de ceux évoluant dans l'économie formelle. E. Barasa, J. Kazungu, P. Nguhiu et N. Ravishankar (2021), *Examining the level and inequality in health insurance coverage in 36 sub-Saharan African countries*. *BMJ Global Health*, 2021;6(4). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004712>
- 206 African Health Markets for Equity and University of California San Francisco (non daté), *Gender Disparities in NHIF Access and Use: A barrier to achieving UHC in Kenya*. <https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/pub/policy-brief-nhif-gender-equity-june-2019.pdf>

- 207 J. Gabbani, S. Mazumdar et M. Suhrcke (2023), *The effect of health financing systems on health system outcomes: A cross-country panel analysis*, op. cit. ; A. Wagstaff et S. Neelsen (2020), *A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: A retrospective observational study*, op. cit.
- 208 Selon Gabbani et al., les transitions vers un système d'assurance maladie sociale n'améliorent aucun résultat de manière significative par rapport au financement public. J. Gabbani et al. (2023), *The effect of health financing systems on health system outcomes*, op. cit.
- 209 Ibid.
- 210 B. Khawaja et R. Riddell (2022), *Stealth privatization*, op. cit. ; S. Nandi, A. Vračar et C. Pachauli (2020), *Resisting privatization and marketization of health care: People's Health Movement's experiences from India, Philippines and Europe*. <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe1/37-50/>
- 211 S. Garg et al. (2020) *Performance of India's national publicly funded health insurance scheme*, op. cit. ; D. Dubey et al. (2023), *Evolution of Government-funded health insurance for universal health coverage in India*, op. cit. ; A. Karan et al. (2017), *Extending health insurance to the poor in India*, op. cit. ; R. K. Sinha (2018), *Impact of publicly financed health insurance scheme (Rashtriya Swasthya Bima Yojana) from equity and efficiency perspectives*, op. cit. ; Hooda, 2015 ; Karan, Yip, & Mahal, 2017 ; Prinja, Bahuguna, Gupta, Chowdhury, & Trivedi, 2019 ; Prinja et al., 2017 ; Ranjan et al., 2018 ; Selvaraj & Karan, 2012) dans S. Nandi et H. Schneider (2020), *When state-funded health insurance schemes fail to provide financial protection*, op. cit.
- 212 D. Dubey et al. (2023), *Evolution of Government-funded health insurance for universal health coverage in India*, op. cit. ; S. Nandi (2020), op. cit.
- 213 S. Garg, K. K. Bebartha et N. Tripathi *Role of publicly funded health insurance in financial protection of the elderly from hospitalisation expenditure in India*, op. cit.
- 214 S. Nandi et H. Schneider (2020), *When state-funded health insurance schemes fail to provide financial protection*, op. cit.
- 215 Pour les femmes affiliées, les dépenses directes étaient de 10 000 roupies (133 dollars) dans le secteur privé et de 400 roupies (5 dollars) dans le secteur public. S. Nandi (2020), *PPPs in publicly funded health insurance schemes*, op. cit.
- 216 D. Dubey et al. (2023), *Evolution of Government-funded health insurance for universal health coverage in India*, op. cit.
- 217 S. Prinja, A.S. Chauhan, A. Karan, G. Kaur et R. Kumar (2017), *Impact of Publicly Financed Health Insurance Schemes on Healthcare Utilization and Financial Risk Protection in India: A Systematic Review*. PLOS One, 12(2), e0170996. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170996> ; A. Ranjan, P. Dixit, I. Mukhopadhyay et S. Thiagarajan (2018), *Effectiveness of government strategies for financial protection against costs of hospitalization Care in India*, op. cit.
- 218 S. Nandi et H. Schneider (2020), *Using an equity-based framework for evaluating publicly funded health insurance programmes as an instrument of UHC in Chhattisgarh State, India*. *Health Resource Policy and Systems* 18, 50. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00555-3>
- 219 L'augmentation des dépenses publiques au profit de l'assurance détourne les dépenses d'autres besoins du secteur de la santé, notamment les maladies transmissibles et non transmissibles et le bien-être de la famille. Ibid. ; D. Dubey, et al. (2023), *Evolution of Government-funded health insurance for universal health coverage in India*, op. cit.
- 220 Groupe de la Banque mondiale (2022), *Staying ahead of the curve: challenges and opportunities for future spending on health in Kenya*. *Kenya Public Expenditure Review for the Health Sector – FY2014/15-FY2019/20*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099150006242224188/pdf/P175146046aa000170926707583dac4738d.pdf>

- 221 E. Barasa, K. Rogo, N. Mwaura et J. Chuma (2018), *Kenya national hospital insurance fund reforms: Implications and lessons for universal health coverage*. *Health Systems & Reform*, 4(4):346–61. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1513267>
- 222 E. Barasa, K. Rogo, N. Mwaura et J. Chuma (2018), *Kenya National Hospital Insurance Fund Reforms: Implications and Lessons for Universal Health Coverage*. *Health Systems Reform*. 2018 Jan 1; 4(4): 346–361. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7116659/>
- 223 African Markets for Health Equity et University of California San Francisco (2019), *Gender Disparities in NHIF Access and Use: A Barrier to Achieving UHC in Kenya*, op. cit.
- 224 Salari et al. *The Catastrophic and Impoverishing Effects of Out-of-Pocket Healthcare Payments*, dans : Economic and Social Rights Centre-Hakijamii et Center for Human Rights and Global Justice de la New York University School of Law (2021). *Wrong Prescription: The Impact of Privatizing Healthcare in Kenya*. https://chrgi.org/wp-content/uploads/2021/11/Report_Wrong-Prescription_Eng_.pdf
- 225 B. Khawaja et R. Riddell (2022), *Stealth privatization*, op. cit.
- 226 Ibid.
- 227 A. Owino (2019), *NHIF Hospitals: List of All Accredited Inpatient Kenyan Hospitals*. Kenyans.co.ke. <https://www.kenyans.co.ke/news/37324-nhif-hospitals-list-all-accredited-inpatient-kenyan-hospitals>
- 228 Scribd (non daté), *Vaatsalya Hospitals: Affordable Health Care in Proximity*. <https://www.scribd.com/presentation/116007744/Vaatsalya-Hospitals>
- 229 Medifée (2015), *Vaatsalya Hospital*. <https://www.medifée.com/hospital/2979-vaatsalya-hospital/>
- 230 Informations sur les frais obtenues par le biais de requêtes sur Facebook.
- 231 Voir cette vidéo de la BEI sur Penda Health : BEI (2021), *Supporting affordable healthcare in Africa*. <https://www.eib.org/en/videos/supporting-affordable-healthcare-in-africa>
- 232 A. Marriott et C. Green (2009), *Your Money or Your Life*. Publication multi-agence. <https://www.oxfam.org/en/research/your-money-or-your-life>
- 233 Allocution du Président du Groupe de la Banque mondiale Jim Yong Kim à l'Assemblée mondiale de la Santé : *Pauvreté, santé et avenir de l'humanité*, 21 mai 2013. <https://www.banquemondiale.org/fr/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>
- 234 E. Barış, R. Silverman, H. Wang, F. Zhao et M. A. Pate (2021), *Walking the Talk: Reimagining Primary Health Care After COVID-19*. Banque mondiale, Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/36005695-0123-5ecf-88c9-043559c21479/content>
- 235 D. Wellings et J. Appleby (30 mars 2022), *Public satisfaction with the NHS falls to a 25-year low*. Blog de The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2022/03/public-satisfaction-nhs-falls-25-year-low>
- 236 O. D. Williams, K. C. Yung et K. A. Grépin (2021), *The failure of private health services: COVID-19 induced crises in low- and middle-income country (LMIC) health systems*. *Global Public Health*, 16:8-9, 1320-1333. DOI : [10.1080/17441692.2021.1874470](https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1874470)
- 237 Ibid.
- 238 J. Frede (2015), *Closing gaps in health care*. D+C. <https://www.dandc.eu/en/article/private-hospital-mozambique-enhances-public-health-care> ; EDFI, *EFFP*. <https://www.edfi.eu/facility/efp/> La DEG a déclaré à Oxfam qu'elle ne soutient plus cet hôpital depuis « plusieurs années », sans toutefois préciser de date. Échange entre la DEG et Oxfam le 16 juin 2023.
- 239 M. Afonso (2021), *Covid-19: A glance at prices in Maputo private hospitals – Carta*. Club of Mozambique. <https://clubofmozambique.com/news/covid-19-a-glance-at-prices-in-maputo-private-hospitals-carta-183402/>

- 240 L'investissement de la SFI dans Lenmed, le groupe hospitalier qui possède et gère l'hôpital privé de Maputo, a été approuvé en février 2023. IFC Project Information & Data Portal (2023), *Lenmed II*. <https://disclosures.ifc.org/project-detail/ESRS/44636/lenmed-ii>
- 241 E. Kiggundu (18 juin 2021), *20 days spent in ICU at IHK, Nakasero, Victoria, Case hospitals will cost you money worth a house in Gayaza, Kira*, op. cit.
- 242 Commentaire sur les réseaux sociaux en réponse aux frais en lien avec la COVID-19 signalés à l'hôpital TMR. *Eagle Online* (23 juin 2021), *Outrage as TMR Hospital asks Sh118m from a #Covid-19 patient*. Op.cit.
- 243 Voir l'Annexe (en anglais) disponible au téléchargement sur la page de cette publication pour les détails des investissements identifiés. Comme mentionné précédemment, dans le cadre de ce rapport, la BEI et la DEG ont remis en cause leur investissement dans cet hôpital. Les informations disponibles indiquent que les deux entités ont investi indirectement dans l'hôpital par le biais de fonds de placement privés.
- 244 E. Kiggundu (18 juin 2021), *20 days spent in ICU at IHK, Nakasero, Victoria*, op. cit.
- 245 IFC Project Information and Data Portal (2023), *RSE COVID CIEL Healthcare Limited*. <https://disclosures.ifc.org/project-detail/SII/44074/rse-covid-ciel-healthcare-limited>
- 246 E. Oluka et D. Mukhaye (16 juin 2021), *Covid-19: The situation in our health facilities*. *Monitor*. <https://www.monitor.co.ug/uganda/news/national/covid-19-the-situation-in-our-health-facilities-3439390>
- 247 E. Kiggundu (18 juin 2021), *20 days spent in ICU at IHK, Nakasero, Victoria*, op. cit.
- 248 La facture de l'hôpital a été publiée par *Eagle Online* (23 juin 2021), *Outrage as TMR Hospital asks Sh118m from a #Covid-19 patient*, op. cit.
- 249 NewVision (2021), *Museveni bails out Kaaya's family with sh300m for his medical bills*, [op.cit.](#)
- 250 E. Kafe (8 août 2021), *Shocking bills for Covid-19 patients*. *The Sunday Mail*. <https://www.sundaymail.co.zw/shocking-bills-for-covid-19-patients>
- 251 Community Working Group on Health. <http://www.cwgh.co.zw/>
- 252 E. Kafe (8 août 2021), *Shocking bills for Covid-19 patients*, op. cit.
- 253 L. Igadwah (7 avril 2021), *AAR to shut Tanzania clinics on rising financial woes*. *The East African*. <https://www.theeastafrican.co.ke/tea/business/aar-clinics-tanzania-3352532>
- 254 Au taux de change de mai 2023. <https://www.evercarehospitallahore.com/covid19>
- 255 S. Thevar (11 juillet 2021), *Pvt hospitals audited: ₹17.21 lakh over charged in seven days*. *Hindustan Times*. <https://www.hindustantimes.com/cities/others/pvt-hospital-bills-audited-rs-17-21-lakh-over-charged-in-seven-days-101626025599169.html>
- 256 Punekar News (4 juin 2021), *Pune: PMC Issues Notices to 172 Hospitals for Overcharging Covid-19 Treatment*. <https://www.punekarnews.in/pune-pmc-issues-notice-to-172-hospitals-for-overcharging-covid-19-treatment/>
- 257 S. Roy (23 décembre 2021), *Medica hospital told to pay Rs 5 lakh for Kolkata woman's death*. *The Telegraph Online*. <https://www.telegraphindia.com/my-kolkata/news/medica-hospital-told-to-pay-rs-5-lakh-for-kolkata-womans-death/cid/1844437>
- 258 The Telegraph Online (6 juin 2020), *Medica denies allegations, says ICMR guidelines followed*. <https://www.telegraphindia.com/jharkhand/medica-denies-allegations-says-icmr-guidelines-followed/cid/1778990>

- 259 Par exemple, des recherches sur le portail de la West Bengal Clinical Establishment Regulatory Commission ont permis d'identifier six autres cas depuis 2018 où la Commission a retenu plusieurs plaintes à l'encontre de Medica dans le même État pour avoir surfacturé des patient-es. Des remboursements ont été ordonnés dans cinq de ces cas. <http://wbcerc.gov.in/cms/order>
- 260 KfW (6 août 2021), *DEG finances the fight against Covid-19 in eastern India*. <https://www.kfw.de/stories/kfw/stories/society/health/medica/>
- 261 L'hôpital a nié l'allégation et a déclaré que la patiente était partie de son propre chef, contre l'avis du médecin. La documentation requise pour la sortie dans de telles circonstances n'aurait cependant pas été signée par la patiente. A. Saikia (20 mars 2020), *Private hospital evicted suspected coronavirus patient, alleges Chhattisgarh government*. *Scroll.in*. <https://scroll.in/article/956672/private-hospital-evicted-suspected-coronavirus-patient-alleges-chhattisgarh-government>
- 262 Dans l'État du Telangana, le Public Health and Family Welfare Department a ordonné à 44 hôpitaux privés de rembourser les patient-es pour qui les soins contre la COVID-19 avaient été surfacturés. P. Oommen (24 mai 2022), *Full List: Hyderabad hospitals forced to refund patients after hefty Covid-19 bills*. *The News Minute*. <https://www.thenewsminute.com/article/full-list-hyderabad-hospitals-forced-refund-patients-after-hefty-covid-19-bills-164312>
- 263 A. Pandey (28 juin 2020), *Hospitals in Telangana overcharging coronavirus patients, why is TRS silent: MBT's Amjed Ullah Khan*. *India Today*. <https://www.indiatoday.in/india/story/hospitals-in-telangana-overcharging-coronavirus-patients-why-is-trs-silent-mbt-s-amjed-ullah-khan-1694902-2020-06-28>
- 264 A. Didyala (2 juin 2021), *Six more hospitals barred from treating Covid-19 patients*. *The Times of India*. <https://timesofindia.indiatimes.com/city/hyderabad/six-more-hospitals-barred-from-treating-covid-19-patients/articleshow/83156503.cms>
- 265 *The Times of India* (8 mai 2021), *Hospital director among three held for selling Remdesivir on black market*. <https://timesofindia.indiatimes.com/city/patna/hosp-director-among-three-held-for-selling-remdesivir-on-black-market/articleshow/82464274.cms>; D. Karmakar. (19 mai 2021), *Exorbitant drug prices: Few arrested after raids in Patna*. *The Times of India*. <https://timesofindia.indiatimes.com/city/patna/exorbitant-drug-prices-few-arrested-after-raids/articleshow/82748156.cms>
- 266 O. D. Williams, K. C. Yung et K. A. Grépin (2021), *The failure of private health services: COVID-19 induced crises in low- and middle-income country (LMIC) health systems*, op. cit.
- 267 La recherche a été entreprise par l'organisation Support for Advocacy and Training to Health Initiative (SATHI) (<https://sathicehat.org/>) et a été mentionnée dans J. Shelar (29 septembre 2021), *75% Covid patients overcharged by private hospitals in Maharashtra despite price cap: Survey*. *Hindustan Times*. <https://www.hindustantimes.com/cities/mumbai-news/75-covid-patients-overcharged-by-private-hospitals-in-maharashtra-despite-price-cap-survey-101632923241696.html>
- 268 S. Marathe (2023), *Overcharging during the Pandemic: Private Hospitals in Maharashtra*. *The India Forum*. <https://www.theindiaforum.in/forum/overcharging-during-pandemic-private-hospitals-maharashtra>
- 269 BEI (8 juin 2022), *Afrique du Sud : la BEI soutient l'augmentation de la production de vaccins par Biovac* <https://www.eib.org/fr/press/all/2022-263-eib-to-support-increased-vaccine-production-in-south-africa-by-biovac>
- 270 Medicines Patent Pool, Programme de transfert de la technologie à ARNm. <https://medicinespatentpool.org/fr/ce-que-nous-faisons/mrna-technology-transfer-hub-programme>
- 271 Publish What You Fund a particulièrement critiqué le BII sur ce point dans son récent indice de transparence des IFD. Publish What You Fund (2023), *DFI Transparency Index 2023*. <https://www.publishwhatyoufund.org/dfi-index/2023/>

- 272 La DEG a indiqué à Oxfam que depuis 2015, les informations sont disponibles sur son site et ce pendant cinq ans et pour les investissements engagés à partir de 2022, des informations sommaires relatives aux investissements sont disponibles en ligne pendant toute la durée de la relation contractuelle. À partir de 2022, les informations relatives aux investissements des fonds nouvellement engagés comprennent des informations supplémentaires sur les entreprises bénéficiaires. Ces informations sont fournies sur le site Web du client concerné, vers lequel la DEG fournit un lien. Cependant, l'étude d'Oxfam a révélé que les sites Web des fonds de placement privés ne divulguent pas systématiquement les investissements ou les informations les concernant.
- 273 Voir l'Annexe (en anglais) disponible au téléchargement sur la page de cette publication. La valeur des investissements n'est pas disponible auprès de la DEG pour quatre investissements directs dans la santé et pour dix investissements par le biais d'intermédiaires.
- 274 Le personnel de Proparco et du BII a répondu en détail aux questions d'Oxfam sur leurs investissements et a fourni davantage d'informations sur demande. Toutefois, certaines des informations fournies ne sont pas systématiquement divulguées, ce qui pose problème. Le personnel de la DEG a examiné les données d'Oxfam et a apporté des corrections lorsqu'il était en mesure de le faire. La BEI a déclaré qu'elle n'était pas en mesure de vérifier l'exactitude de la liste des investissements dressée par Oxfam dans le secteur de la santé. Elle a précisé que les demandes concernant des investissements intermédiés spécifiques pouvaient être adressées à l'équipe concernée.
- 275 L'exercice de cartographie a permis d'extraire des informations des bases de données des IFD. En raison d'une diffusion insuffisante et de lacunes dans les données, des recherches ont été effectuées sur les sites Web et dans les communiqués de presse des IFD, ainsi que des recherches en ligne plus vastes. Pour la note méthodologique, voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines*; Note méthodologique (en anglais), op. cit.
- 276 Davantage de données étant disponibles pour le Royaume-Uni, l'analyse d'Oxfam inclut le financement de BII depuis 2008. Voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines*; Note méthodologique (en anglais), op. cit. Pour la liste complète des investissements directs et indirects des IFD dans le domaine de la santé, voir l'Annexe (en anglais) disponible au téléchargement sur la page de cette publication.
- 277 Il convient de préciser que ce chiffre comprend 200 millions de dollars versés par le BII à MedAccess, un mécanisme d'achat de médicaments à but non lucratif
- 278 Les investissements croisés de la SFI figurent à l'Annexe disponible séparément au téléchargement sur la page de cette publication.
- 279 Wemos (2022), *Improving healthcare but for whom?*, op. cit.
- 280 Dont un investissement dans un mécanisme d'achat de médicaments à but non-lucratif
- 281 Dans les diapositives fournies par la DEG à Oxfam, la DEG avait 21 investissements directs actifs en 2022. Les données d'Oxfam couvrent la période 2010-2022.
- 282 Ceci comprend un investissement nommé « MEMG Manipal » qui, selon les déclarations du BII à Oxfam, est un investissement direct. Toutefois, afin d'inclure les sous-investissements réalisés par le biais de cet investissement, il a été classé ici en tant qu'intermédiaire propre à la santé tout en notant la remarque contraire du BII. Sont compris également deux investissements dans le Medical Credit Fund qui, selon les explications du BII, est un mécanisme de prêt et non un fonds de placement privé. Échanges par courriel entre le BII et Oxfam le 23 mai 2023.
- 283 Courriel de Proparco à Oxfam le 13 juin 2023.
- 284 A. Marriott (2014), *A Dangerous Diversion*, op. cit.
- 285 M. Hellowell (2023), *How might PPPs enable service delivery reconfiguration in middle-income countries?* Decide Health Decision Hub.
<https://decidehealth.world/en/hellowell-PPP>
- 286 House of Commons Treasury Committee (2011), *Private Finance Initiative: Seventeenth Report of Session 2010–12*. Londres : The Stationary Office Ltd.
<https://publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmtreasy/1146/1146.pdf>

- 287 DEG : 92,3 millions de dollars, BEI : 357,16 millions de dollars, SFI : 379,25 millions de dollars et Proparco 100,95 millions de dollars. Voir l'Annexe (en anglais) disponible au téléchargement sur la page de cette publication pour plus de détails.
- 288 OMS (2023), *Public-private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe*.
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058605>
- 289 Ibid.
- 290 M. Hellowell (2023), *How might PPPs enable service delivery reconfiguration in middle-income countries?*, op. cit.
- 291 La DEG a confirmé à l'occasion d'une réunion avec Oxfam le 1^{er} mars 2023 que ces mêmes erreurs de change avaient été commises dans les PPP soutenus par les IFD.
- 292 B. Hunter (2023), *Investor States: Global Health at the End of Aid*. Cambridge : Cambridge University Press.
- 293 Le pourcentage se rapporte au nombre et non à la valeur des investissements réalisés. Cette valeur est impossible à calculer faute d'informations sur la valeur des investissements intermédiés. Pour plus d'informations, voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines*, Note méthodologique (en anglais), op. cit.
- 294 La SFI n'est pas incluse dans cette analyse car Oxfam n'a cartographié que les investissements de la SFI qui se recoupent avec les quatre IFD européennes. Oxfam ne sait donc pas si les parts d'investissements directs et indirects réalisés par la SFI seraient proportionnelles à son portefeuille global dans le domaine de la santé.
- 295 Dans la recherche d'Oxfam, la SFI est la seule IFD autre que le BII à répertorier les sous-investissements par le biais d'intermédiaires, mais elle n'a accepté de le faire que récemment et la mise en œuvre n'est pas cohérente, si bien que les sous-investissements ne sont pas consultables sur le portail de projets de la SFI.
- 296 La BEI a confirmé à Oxfam qu'elle publie des résumés de projets pour les investissements intermédiés, mais seulement pour les montants supérieurs à 50 millions d'euros. Communication par courriel, 28 avril 2023.
- 297 FMO (non daté), *IFHA-II Cooperatief U.A.* <https://www.fmo.nl/project-detail/43060>
- 298 CIEL confirme dans son rapport annuel 2022 que son investissement dans Hygeia Nigeria Limited était détenu par l'intermédiaire de Jersey Hygeia Investment Limited et qu'il a été cédé en fin d'exercice en juin 2022. CIEL Group (2022), *Go Beyond: Annual Integrated Report 2022*. https://www.cielgroup.com/media/n23brtxi/ciel-integrated-annual-report_2022.pdf
- 299 OpenCorporates (non daté), *Jersey Hygeia Investments Limited*.
https://opencorporates.com/companies/je/EXTUID_132321
- 300 Courriel à Oxfam, 16 mai 2023.
- 301 Les recherches d'Oxfam ont identifié un total de 140 intermédiaires financiers premiers bénéficiaires (principaux) utilisés par les quatre IFD européennes, dont 112 sont domiciliés dans des paradis fiscaux connus. Voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines*, Note méthodologique (en anglais), op. cit.
- 302 Le 13 juin 2023, le BII a déclaré à Oxfam que sa politique fiscale exige que : les entreprises détenues doivent se conformer à toutes les lois fiscales en vigueur dans les pays où elles opèrent ; les entreprises détenues ne pratiquent pas l'érosion de la base d'imposition et le transfert de bénéfice ; les entreprises détenues ne pratiquent aucune autre forme de planification fiscale inacceptable réduisant l'assiette fiscale locale. Voir BII (2022), *Tax strategy and policy on the payment of taxes and the use of offshore financial centres*. <https://assets.bii.co.uk/wp-content/uploads/2022/09/22174048/Tax-Policy-2022-1.pdf>.
La DEG a déclaré à Oxfam ne pas « recourir à des structures prévues pour éviter l'impôt [et] éviter expressément de telles structures ». L'institution a ajouté que « pour chaque transaction, qu'il s'agisse d'un prêt ou d'un investissement, l'entreprise qui sera co-financée ainsi que les partenaires pertinents tels que les clients ou les fournisseurs, sont soumis à des vérifications et évaluations régulières ». Échanges entre la DEG et Oxfam le 16 juin 2023.

- 303 S. Clark et W. Louch (2021), *The Key Man: How the Global Elite was Duped by a Capitalist Fairy Tale*. Royaume-Uni : Penguin Books.
- 304 Ibid.
- 305 Comme expliqué dans le documentaire de la BBC *Billion Dollar Downfall: The Dealmaker* (<https://www.bbc.co.uk/programmes/m001h1nd>) et dans le livre *The Key Man*, un gestionnaire d'investissement de la Fondation Gates a été le premier à repérer des anomalies dans les comptes du fonds de santé en septembre 2017.
- 306 S. Clark et W. Louch (2021), *The Key Man*, op. cit.
- 307 D. Bank (16 juin 2018), *What went wrong in Gates Foundation investment in \$1 billion healthcare fund for 21st-century megacities?* <https://medium.com/@davidmbank/abraaj-group-liquidation-tests-champions-of-sustainable-development-goal-3-73ea53728669>
- 308 Il convient de noter que le financement par l'IFD américaine et d'autres n'a pas été soumis à la même méthodologie, à la même approche et au même examen par Oxfam que pour les quatre IFD européennes et le Groupe de la Banque mondiale.
- 309 Ibid.
- 310 S. Clark (2022), *Written Evidence for the House of Commons International Development Committee Inquiry into Extreme Poverty and the Sustainable Development Goals*. <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/106305/pdf/>
- 311 Pour le seul fonds de santé, le PDG du BII estime les pertes à un minimum de 25 millions de dollars. Chambre des communes, International Development Committee (2023), *Oral evidence: Investment for development: The UK's strategy towards Development Finance Institutions*. 25 avril 2023. <https://committees.parliament.uk/oralevidence/13066/pdf/>
- 312 S. Clark et W. Louch (16 juillet 2020), *Abraaj Liquidators Sue Fund Backed by Gates Foundation*. *The Wall Street Journal*. <https://www.wsj.com/articles/abraaj-liquidators-sue-fund-backed-by-gates-foundation-11594922921> [article payant]
- 313 S. Clark et W. Louch (2021), *The Key Man*, op. cit.
- 314 S. Clark (2022), *Written Evidence for the House of Commons International Development Committee Inquiry*, op. cit.
- 315 Ibid.
- 316 S. Clark et W. Louch (2021), *The Key Man*, op. cit.
- 317 Une évaluation des intentions de projet de la SFI dépassait le cadre de cette recherche et n'aurait pas été représentative, puisque seuls les investissements croisés ont été pris en compte.
- 318 Il convient de noter que les PPP hospitaliers n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, car ils sont gérés par les gouvernements en tant qu'hôpitaux publics.
- 319 Il convient de préciser que les termes généraux comme « abordable », « peu coûteux » ou « accessible » n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, car ils ne sont jamais définis, ce qui ouvre la voie à des interprétations extrêmement variées.
- 320 La BEI a déclaré à Oxfam que ses évaluations *ex ante* incluaient l'examen des services fournis par un hôpital, des bénéficiaires de ces services et de qui les paie. Elle a ajouté que ses critères pour garantir des contributions positives au système de santé public et à l'équité en matière de soins de santé signifient qu'elle refuse plus d'investissements potentiels qu'elle n'en accepte. Ces critères ne sont pas divulgués. À l'exception des financements de type PPP, tous les investissements de la BEI dans le secteur de la santé dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure sont réalisés de manière indirecte. Les critères susmentionnés ne s'appliquent qu'aux investissements indirects supérieurs à 50 millions d'euros. Réunion d'Oxfam avec la BEI le 1^{er} mars 2023.

- 321 Les mentions comme « soins peu coûteux », « soins abordables » ou « soins dans des zones mal desservies » ne sont pas considérées comme des références à l'accès ou au caractère abordable pour les patient-es à faible revenu, car elles restent vagues et dépourvues de définitions officielles.
- 322 Par exemple, la description du financement le plus récent accordé par la DEG à Medica en Inde indique simplement que « l'objectif à long terme de Medica est de servir des patient-es issu-es de milieux socio-économiques intermédiaires et inférieurs ». KfW (6 août 2021), *DEG finances the fight against COVID-19 in Eastern India*, op. cit. Proparco déclare que son bénéficiaire Lablink « permet aux populations les plus pauvres d'accéder à ses services », sans autre précision sur la manière ni sur l'ampleur. L'investissement de 45 millions de dollars réalisé par le BII en 2019 dans Chemistry Holdings Ltd pour un hôpital au Bangladesh indique simplement que les patient-es sont à revenu intermédiaire (soins hospitaliers) ; à faible revenu (soins ambulatoires), avec environ 45 % des patient-es ne venant pas de Dhaka. BBI (non daté), *Chemistry Holdings Limited*. <https://www.bii.co.uk/en/our-impact/investment/chemistry-holdings-limited/>
- 323 H. Wadge, R. Roy, et al. (2017), op.cit.
- 324 Réunion d'Oxfam avec le BII (anciennement CDC), mai 2019.
- 325 Pour la DEG, trois descriptions de projets d'investissements directs dans les soins de santé mentionnent des services caritatifs gratuits pour les patient-es défavorisé-es, mais aucune autre information (y compris sur l'ampleur) n'est fournie.
- 326 Cette question a été soulevée par six participant-es dans les groupes de discussion 1 et 3.. Les exemples fournis ne se réfèrent pas spécifiquement aux hôpitaux financés par les IFD. Pour plus d'informations sur les groupes de discussion, voir Anna Marriott (2023), *Tendances malsaines*, Note méthodologique (en anglais), op.cit.
- 327 Le petit nombre d'investissements pertinents de la BEI constitue une limite importante à cette évaluation.
- 328 Le 2X Challenge a été initié en 2018 lors du Sommet du G7 pour encourager les IFD/IFI et le secteur privé au sens large à investir dans les femmes. 2X Challenge (2022), *Invest in women. Invest in the world*. <https://www.2xchallenge.org/home>
- 329 OMS (non daté), *Value gender and equity in the global health workforce*. <https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce>
- 330 Une analyse complète du genre et des emplois dépassait le cadre de cette recherche.
- 331 Lors de réunions avec Oxfam les 1^{er} et 13 mars 2023, la BEI et la DEG ont confirmé qu'elles n'effectuaient pas ce type de suivi d'impact. Interrogé à ce sujet lors d'une réunion avec Oxfam en janvier 2020, Proparco n'a pas été en mesure de fournir d'exemples d'amélioration de l'accès pour les patient-es à faible revenu ou pour les personnes vivant dans la pauvreté. Interrogé sur l'impact, le BII a fourni des réponses détaillées sur son approche de la santé ; cependant, les documents cités comme références n'ont pas fourni d'informations substantielles sur l'impact en matière d'amélioration de l'accès ou de l'accessibilité financière pour les patient-es à faible revenu ou les femmes et les filles. Le BII a indiqué à Oxfam que les investissements étaient également évalués en termes d'inclusion depuis 2022. Les informations disponibles sur l'évaluation de l'impact du BII ne permettent toutefois pas de s'assurer que davantage d'informations sur l'impact seront disponibles aux fins de supervision externe. Voir par exemple : BII (non daté), *Impact Score 2022-26 Strategy Period*. <https://assets.bii.co.uk/wp-content/uploads/2022/02/02111950/BII-Impact-Score-2022-26.pdf>
- 332 H. Wadge, R. Roy, A. Sripathy, M. Prime, A. Carter, G. Fontana, J. Marti et K. Chalkidou (2017), *Evaluating the impact of private providers on health and health systems*, op. cit.
- 333 Voir l'Annexe (en anglais) disponible au téléchargement sur la page du présent rapport.
- 334 Ibid.
- 335 BII (2023), *Insight: Investing for Impact in India*. https://assets.bii.co.uk/wp-content/uploads/2023/01/06212044/Investing-for-impact-in-India_BII.pdf

- 336 Communication à Oxfam de Narayana Hrudayalaya Limited, reçue le 29 avril 2023.
- 337 Proparco a investi 15 millions de dollars dans Quadria Capital en 2015 et 20 millions de dollars dans Quadria Capital II Fund en 2019. La SFI a investi 25 millions de dollars dans Quadria Capital en 2013 et 50 millions de dollars dans Quadria Capital II Fund en 2019. La DEG a investi 30 millions de dollars dans Quadria Capital II Fund en 2018.
- 338 Quadria Capital (2022), *Quadria Capital Annual Review 2022/2023*.
<https://www.quadriacapital.com/wp-content/uploads/2022/09/Quadria-Annual-2022-23.pdf>
- 339 Réunion d'Oxfam avec Quadria, 18 décembre 2019.
- 340 Le Medical Credit Fund est également financé par l'Agence française de développement (AFD), qui détient en partie Proparco.
- 341 Medical Credit Fund (2020), *Medical Credit Fund Annual Report 2019*.
https://www.medicalcreditfund.org/wp-content/uploads/sites/4/2020/05/MCF_annual_report_2019.pdf
- 342 Tranches de revenus non définies : « très faible revenu, faible revenu, revenu moyen, haut revenu ». Communication par courriel, 14 décembre 2022.
- 343 Banque mondiale (2018), *World Bank Group Support to Health Services: Achievements and Challenges*, op.cit.
- 344 GEI, Banque mondiale (2009), « Chapter 5 – IFC's Health Strategy and Operations ». Dans : *Improving Effectiveness and Outcomes for the Poor in Health, Nutrition, and Population – An Evaluation of World Bank Group Support Since 1997*, pp. 82–83. Washington DC : Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale.
- 345 Fonds pour la santé en Afrique. <https://www.afdb.org/fr/topics-and-sectors/initiatives-partnerships/health-in-africa-fund>
- 346 Brad Herbert Associates (2012), *Health in Africa Mid-Term Evaluation – Final Report*. Cette publication n'est plus disponible en ligne ; citée dans A. Marriott et J. Hamer (2014), *Investir pour la minorité*, op. cit.
- 347 A.Taneja et A. Sarkar (2023) *First, Do No Harm*, op. cit
- 348 Ethical Principles in Health Care (EPIHC). <https://www.epihc.org/>
- 349 A.Taneja et A. Sarkar (2023) *First, Do No Harm*, op. cit
- 350 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2023), *Benchmarking Study of Development Finance Institutions' Safeguard Policies*, op. cit.
- 351 Ibid.
- 352 The Danish Institute for Human Rights (2021), *Human rights at development finance institutions: Connecting the dots between environmental and social risk management and development impact*.
https://www.humanrights.dk/sites/humanrights.dk/files/media/document/Human_rights_at_development_finance_institutions_accessible.pdf
- 353 HCDH (2011), *Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme. Mise en œuvre du cadre de référence « protéger, respecter et réparer » des Nations Unies*. Rés. 17/4 du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (16 juin 2011), Principe 22 ; HCDH (2022), *Remedy in Development Finance: guidance and practice*.
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/2022-03/Remedy-in-Development.pdf>
- 354 SFI (2008), *The Business of Health in Africa*, op. cit. ; Wibulpolprasert, S. et Pengpaibon, P. (2003), Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health* 1(12). ; H. Wadge, et al (2017), op. cit.

- 355 Par exemple : Corporate Watch (2012), *An unhealthy business: major healthcare companies use tax havens to avoid millions in UK tax*, <https://corporatewatch.org/an-unhealthy-business-major-healthcare-companies-use-tax-havens-to-avoid-millions-in-uk-tax/>; Economic and Social Rights Centre-Hakijamii et Center for Human Rights and Global Justice de la New York University School of Law (2021), op. cit. ; P. Ubel (9 avril 2021), *Why Is Healthcare So Expensive? Blame The Lobbyists*. <https://www.forbes.com/sites/peterubel/2021/04/09/why-is-healthcare-so-expensive-blame-the-lobbyists/>
- 356 A. Shukla et A. Gadre (2016), *Dissenting Diagnosis: Voices of conscience from the medical profession*. Random House, Inde et Royaume-Uni ; BMJ (non daté), *Corruption in healthcare*. <https://www.bmj.com/campaign/corruption-healthcare>
- 357 R. Kumar (2015), *Lack of Social or Political Demand for Good Health Care in India: Impact on Unfolding Universal Health Coverage*. *Journal of Family Med Prim Care*. 2015 Jan-Mar ; 4(1): 1–2. DOI : 10.4103/2249-4863.152234. Pour une description de la manière dont les inégalités en matière de soins de santé peuvent devenir structurelles, voir M. Mackintosh, A. Channon, A. Karan, S. Selvaraj, H. Zhao, E. Cavagnero (2016), *What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries*. *Lancet* 2016; 388: 596-605 ; B. Welham (2014), *Governance for Development*. Banque mondiale. <http://blogs.worldbank.org/governance/politics-service-delivery-0>
- 358 Investors for Health (2022), *Private Capital's role in Healthcare Delivery in Emerging Markets beyond COVID*. <https://static1.squarespace.com/static/5d822f544b2c5a278e16c88a/t/6255eb3e6653e30173134e0b/1649797954485/14H+Report+April11+FINAL.pdf>
- 359 Narayana Health (2020), *Building Resilience: Annual Report 2019–20*. https://www.narayanahealth.org/sites/default/files/download/nh_investor_relations/NHL-Annual-Report-2019-20-web.pdf
- 360 Communication par courriel de Narayana à Oxfam datée du 29 avril 2023 (traduction de l'anglais).
- 361 I. Chakravarthi et B. Hunter (12 février 2020), *Strings attached? Corporate influence and fractured autonomy in medicine*. Blog de Unsettling Healthcare. <https://unsettlinghealthcare.org/2020/02/12/corporate-influence/>
- 362 N. Shaxson, pour l'Internationale des Services Publics (2021), *Comment la finance accapare les richesses du secteur des soins au détriment de tous les peuples*. <https://publicservices.international/resources/publications/care-givers-and-takers---how-finance-extracts-wealth-from-the-care-sector?id=12877&lang=fr>
- 363 Ibid.
- 364 Ibid.
- 365 F. Schulte (14 novembre 2022), *Sick Profit: Investigating Private Equity's Stealthy Takeover of Health Care Across Cities and Specialties*, op.cit.
- 366 Setor Saúde (27 octobre 2021), *Rede D'Or São Luiz paga R\$ 280 milhões pelo Hospital Santa Isabel, em São Paulo*. <https://setorsaude.com.br/rede-dor-sao-luiz-paga-r-280-milhoes-pelo-hospital-santa-isabel-em-sao-paulo/> [portugais]
- 367 Forbes (2023), *World's Billionaires List*. <https://www.forbes.com/billionaires/>
- 368 Forbes (2016), *Malvinder & Shivinder Singh*. <https://www.forbes.com/profile/malvinder-shivinder-singh/>
- 369 IFC Project Information & Data Portal (2023), *IHH Healthcare Berhad*. <https://disclosures.ifc.org/project-detail/ESRS/32237/ihh-healthcare-berhad>

370 T. Pandey (8 décembre 2016), *Exclusive: IFC to invest \$16.7m in IHH Healthcare-Owned Acibadem's M&A bid*. Deal Street Asia. <https://www.dealstreetasia.com/stories/ifc-to-invest-16-7-mn-in-khazanah-held-acibadems-bid-to-create-largest-hospital-network-in-bulgaria-60096>; IFC Project Information & Data Portal (2023), AHG Bulgaria. <https://disclosures.ifc.org/project-detail/SII/38066/ahg-bulgaria>

371 Forbes Billionaires List. *Ranjan Pai*, op. cit.

372 En s'appuyant sur les dernières données disponibles et en évitant les doubles comptages, l'OMS et la Banque mondiale estiment que le nombre de personnes ayant subi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes en 2017 se situait entre 1,366 milliard et 1,888 milliard au niveau mondial, selon le seuil de pauvreté utilisé pour identifier les dépenses de santé appauvrissantes (le seuil d'extrême pauvreté ou de pauvreté relative, respectivement).
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

373 SFI (2008), *The Business of Health in Africa*, op. cit.

OXFAM

Oxfam est une confédération internationale de 21 organisations qui travaillent avec leurs partenaires et alliés pour aider des millions de personnes à travers le monde. Ensemble, nous combattons les inégalités pour mettre fin à la pauvreté et aux injustices, aujourd'hui et sur le long terme, pour un futur à égalité. Pour de plus amples informations veuillez contacter les différents affiliés ou visiter www.oxfam.org.

Oxfam Amérique (www.oxfamamerica.org)

Oxfam Aotearoa (www.oxfam.org.nz)

Oxfam Australie (www.oxfam.org.au)

Oxfam-en-Belgique (www.oxfamsol.be)

Oxfam Brésil (www.oxfam.org.br)

Oxfam Canada (www.oxfam.ca)

Oxfam Colombie (www.oxfamcolombia.org)

Oxfam France (www.oxfamfrance.org)

Oxfam Allemagne (www.oxfam.de)

Oxfam Grande-Bretagne (www.oxfam.org.uk)

Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)

Oxfam Danemark (www.oxfam.dk)

Oxfam Inde (www.oxfamindia.org),

Oxfam Intermón (Espagne) (www.oxfamintermon.org)

Oxfam Irlande (www.oxfamireland.org)

Oxfam Italie (www.oxfamitalia.org)

Oxfam Mexique (www.oxfammexico.org)

Oxfam Novib (Pays-Bas) (www.oxfamnovib.nl)

Oxfam Québec (www.oxfam.qc.ca)

Oxfam Afrique du Sud (www.oxfam.org.za)

KEDV (www.kedv.org.tr)