



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC52/RT/3  
12 février 2002

Cinquante-deuxième session  
Brazzaville, Congo, 19-23 août 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 9.3 de l'ordre du jour provisoire

FINANCEMENT DE LA SANTE

Table ronde no 3

SOMMAIRE

Paragraphes

CONTEXTE .....	1 - 5
CADRE DU FINANCEMENT .....	6 - 25
Collecte des ressources financières .....	7 - 19
Mise en commun des ressources financières .....	20 - 22
Achat de services de santé .....	23 - 25
DEFIS A RELEVER .....	26 - 29
POINTS DE DISCUSSION .....	30 - 35
RESULTATS ESCOMPTES.....	36 - 42

## CONTEXTE

1. Confrontés à une augmentation de la charge de morbidité et victimes de l'insuffisance des ressources, de la faiblesse de la croissance économique, du haut niveau de pauvreté, d'une répartition déséquilibrée des revenus<sup>1</sup> ainsi que d'une gestion inadéquate du secteur public, les pays de la Région africaine ont pour défi de garantir l'accès à des services de santé essentiels et de qualité qui soient financés de manière équitable.
2. Depuis près de vingt ans, la plupart des pays de la Région entreprennent de réformer le financement des soins de santé, avec pour principal objectif de générer des revenus additionnels. Parmi les réformes engagées figurent l'introduction du paiement des services de santé publique par l'utilisateur, alors que, dans de nombreux pays, ces services étaient gratuits après l'indépendance; l'instauration d'assurances-maladie sociales et privées; l'imposition de taxes spéciales; la création de comptes d'épargne-maladie et le recours aux régimes de prépaiement communautaires.
3. Cependant, les chiffres disponibles indiquent que le niveau des dépenses de santé dans la Région africaine est faible par rapport aux autres régions. En 1998, l'ensemble des dépenses annuelles de santé représentait en moyenne 4 % du PIB. Vingt-six pays dépensaient chaque année moins de US \$20 par habitant, treize entre 20 et US \$60 et sept plus de US \$60. Les systèmes de santé de la plupart des pays sont largement tributaires de la contribution des ménages, par le biais de mécanismes de paiement direct qui complètent les fonds provenant de l'impôt général<sup>2</sup> (les paiements à l'acte représentant en moyenne 36 % de toutes les dépenses de santé).
4. Outre le fait que dans la Région, la plupart des systèmes de santé manquent cruellement de moyens financiers, on constate que les rares ressources disponibles sont souvent inégalement réparties et mal gérées. A cet égard, les iniquités d'ordre géographique persistent puisque les centres urbains sont mieux dotés que les zones rurales et les établissements sanitaires de référence absorbent plus de ressources que celles du premier niveau<sup>3</sup>.
5. La vision de la Santé pour Tous au 21<sup>e</sup> siècle dans la Région africaine est d'éliminer d'ici 2020 les maladies liées à la pauvreté, à l'exclusion et à l'ignorance grâce à la bonne gouvernance et au développement autonome d'un système de santé dynamique afin d'assurer un niveau de vie décent et acceptable. Si l'on veut réaliser cet objectif d'ici 2020, il faut trouver d'urgence des méthodes de financement qui permettent de mobiliser des ressources suffisantes et durables ainsi que de réduire les iniquités et les lacunes constatées.

## CADRE DU FINANCEMENT

6. Pour élaborer des stratégies de financement viables et équitables, il convient de connaître avec précision le niveau total des dépenses de santé, l'origine des apports, la contribution de chaque source et la façon dont les fonds sont utilisés. Sans cette information essentielle, il est difficile d'évaluer les diverses options de

---

<sup>1</sup> Au cours de ces vingt dernières années, l'Afrique subsaharienne a enregistré un taux de croissance économique très faible, équivalant à 1,3% par habitant. En outre, le taux de pauvreté s'est accru au cours cette période, passant de 31% à 46%. Quant à la répartition des revenus, les déséquilibres demeurent et dans la plupart des pays africains, l'indice Gini oscille entre 45 et 60.

<sup>2</sup> OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2001. Santé mentale – Nouvelle compréhension, nouvel espoir. Genève, 2001.

<sup>3</sup> Eastern and Southern African NHA Network. National Health Accounts in Eastern and Southern Africa : A Comparative Analysis. (Rapport non publié). Le Cap, Afrique du Sud, 2001.



financement, d'affecter les ressources et de définir des modalités efficaces et efficients de prestation des services. Le cadre du financement de la santé dans la Région africaine s'articulera autour de la collecte et de la mise en commun des ressources financières ainsi que de l'achat des interventions sanitaires.

### Collecte des ressources financières

7. La Région africaine a essentiellement eu recours à huit modes alternatifs de collecte de fonds pour assurer le financement des services de santé : l'impôt général sur le revenu, l'assurance-maladie sociale ou privée, les régimes de financement communautaires, le paiement par l'utilisateur (également appelé partage ou recouvrement des coûts dans certains pays), les apports externes (donateurs), les taxes spéciales et les comptes d'épargne-maladie.

8. Le recours à l'impôt général a été jusqu'à présent le mode de financement le plus courant dans la Région. L'Etat perçoit des recettes fiscales auprès des particuliers et des entreprises et utilise une partie des sommes recueillies pour financer les services de santé. Cette méthode de financement est généralement considérée comme plus efficace et plus équitable. Cependant, son efficacité dépend beaucoup des performances macroéconomiques du pays, de l'assiette de l'impôt et des capacités humaines et institutionnelles dont dispose l'Etat pour percevoir l'impôt.

9. Le système d'assurance-maladie sociale repose sur les contributions obligatoires des particuliers et des employeurs. Cette forme de prélèvement peut s'avérer efficace pour générer des ressources et peu coûteuse à administrer.

10. Lorsqu'elle n'est pas universelle, l'assurance-maladie sociale peut affecter l'équité dans la prestation des services de soins en ce sens qu'elle crée souvent un système à deux niveaux - l'un pour les personnes assurées, l'autre pour celles qui ne le sont pas. Ainsi les services de santé sophistiqués fournis aux affiliés entraînent une augmentation des coûts par habitant. Seuls quelques pays de la Région ont introduit cette méthode de financement, sans pour autant couvrir l'ensemble de la population.

11. La plupart des pays de la Région disposent d'une certaine forme d'assurance privée couvrant soit uniquement le secteur structuré soit les adhérents volontaires. L'assurance privée peut produire des recettes considérables. Elle fonctionne bien lorsque le secteur structuré de l'économie est développé. Toutefois, en raison des risques de "sélection adverse"<sup>4</sup> et de "comportement présentant un risque moral"<sup>5</sup>, elle est inéquitable. L'Etat peut limiter les effets pervers de la sélection en aidant financièrement les individus qui n'ont pas les moyens de payer les primes tandis que le risque moral peut être maîtrisé grâce au système des copaiements.

---

<sup>4</sup> La 'sélection préjudiciable' est un type particulier d'information incomplète où le patient en sait plus sur les risques qu'il a de tomber malade et peut cacher cette information à l'assureur. Ces patients à haut risque nécessiteront une couverture plus importante et ceux qui présentent moins de risques peuvent décider de ne pas s'assurer. Cette situation a pour effet d'augmenter le risque moyen des personnes qui continuent de s'assurer et, par conséquent, de faire augmenter les primes.

<sup>5</sup> Il y a 'aléa moral' lorsque l'attitude des consommateurs et des prestataires change en raison de la possibilité de remboursement intégral des dépenses de santé. L'incitation à adopter des modes de vie plus sains se trouve ainsi réduite et une utilisation excessive des services de santé peut se produire.



12. Plusieurs pays de la Région ont mis en place des régimes de financement communautaires. L'Initiative de Bamako (IB) en constitue un bon exemple. Cette formule peut être un moyen efficace de recueillir des fonds par des coûts de fonctionnement n'incluant pas les salaires, en particulier au niveau des soins de santé primaires, et peut limiter le poids des dépenses catastrophiques à supporter par les personnes très démunies. Cependant, comme les primes sont peu élevées, elle entraîne des problèmes de couverture, de répartition de l'affiliation entre les différents groupes ethniques, de capacité de gestion et d'insuffisance de ressources pour la prestation des services
13. Le paiement direct par l'utilisateur est le principal produit de la réforme du système de financement de la santé, largement appliqué dans la Région africaine. Ce type de mécanisme établit un lien entre le paiement et l'utilisation des services de santé. Il semble toutefois que son potentiel de production de revenus soit extrêmement limité (en moyenne 5% environ des frais de fonctionnement).
14. En outre, ce système compromet sérieusement l'égalité d'accès aux soins car il dissuade les plus déshérités de recourir aux services sanitaires. Il oblige aussi les ménages à emprunter ou à vendre leurs biens pour couvrir d'importantes dépenses en cas de maladie grave. Les dispositifs d'exemption conçus pour aider les plus pauvres à réaliser de telles dépenses n'ont pas pu être appliqués avec succès pour des raisons diverses, y compris la définition des critères d'identification des "pauvres".
15. Les ressources externes comprennent notamment les subventions et prêts accordés au gouvernement par des organisations internationales et locales. Cet apport compense l'insuffisance des recettes de l'Etat et joue un rôle crucial dans le financement des dépenses d'équipement, des médicaments et fournitures essentiels, du renforcement des capacités humaines et institutionnelles et de certains programmes de santé dans la Région.
16. Toutefois, cette forme de financement n'est pas viable à long terme et risque d'accroître les inégalités, car les priorités des donateurs ne sont pas toujours compatibles avec celles des gouvernements. De plus, la disponibilité des ressources est tributaire de nombreux facteurs, ce qui entraîne souvent des retards dans l'exécution des activités et donne une fausse image de capacité d'absorption insuffisante dans les pays. Une dépendance excessive à l'égard du financement externe risque de contrecarrer la mise en œuvre des plans de santé nationaux.
17. Certains pays tentent l'expérience de taxes spéciales, appliquées généralement sur des produits du "péché" tels que tabac ou l'alcool. Au plan de la santé publique, cette taxation est efficace en ce sens qu'elle réduit la demande de substances toxiques en élevant le prix à la consommation de ces produits à un niveau plus proche de leur coût social réel.
18. Les taxes spéciales risquent toutefois d'engendrer des conflits d'intérêt au sein des entreprises d'Etat et de limiter à long terme la souplesse de l'allocation des fonds publics. Elles peuvent ainsi limiter l'obligation redditionnelle des organismes bénéficiant des fonds. L'imposition de telles surtaxes est de surcroît inéquitable car ce sont principalement les pauvres qui consomment les produits visés.
19. Certains pays appliquent la formule des comptes d'épargne-maladie. Il s'agit de comptes bancaires personnels qui permettent d'épargner en vue de couvrir des dépenses de santé quand le besoin se présente. Bien que ce système garantisse l'accès aux soins médicaux au moment voulu, il ne peut être viable que dans une économie très dynamique et lorsque la pension à épargner est forte.

### Mise en commun des ressources financières

20. La mise en commun des fonds signifie que les ressources financières ne sont plus liées à un cotisant particulier. Les personnes en bonne santé apportent plus qu'elles ne reçoivent en termes de services de santé tandis que les personnes moins bien portantes sont plus avantagées sur le plan de la fourniture des services.

21. L'assurance-maladie, qui est une forme de mise en commun, présente de nombreux avantages. Contrairement au mécanisme des paiements directs, elle permet d'éviter des dépenses catastrophiques qui obligent les individus à épuiser leurs ressources, à emprunter ou à faire appel aux proches ou à la famille élargie.

22. Cependant, il est difficile de déterminer le type de mise en commun le plus "approprié" car cette méthode soulève des questions d'éthique fondamentales quant à la répartition de la charge fiscale et des prestations entre riches et pauvres par exemple. On peut également se demander s'il faut instaurer une seule ou plusieurs formes de fonds communs, chaque variante ayant ses propres avantages et inconvénients. Dans la Région africaine, seuls quelques pays utilisent ce type de financement.

### Achat de services de santé

23. L'achat est une opération qui consiste à affecter des ressources qui ont été collectées et mises en commun à des prestataires pour que ceux-ci offrent une gamme d'interventions à des groupes d'individus. Cette opération porte sur la budgétisation et la passation de marché entre acheteurs et prestataires indépendants, ainsi que sur les transactions entre clients et prestataires.

24. Le degré d'efficacité du système de financement est étroitement lié au mode d'achat des services. Les dispositions prises à cet égard engendrent des incitations importantes qui peuvent altérer l'accès, la qualité, l'utilisation et la couverture des services ainsi que la productivité des pourvoyeurs de soins de santé et la ventilation des ressources entre les interventions.

25. Il existe plusieurs modes d'achat, parmi lesquels on peut citer la budgétisation, la rémunération à l'acte et la capitation :

- a) La budgétisation est un système par lequel l'acheteur passe avec les prestataires un contrat basé sur le paiement d'un salaire et participe à la construction et à l'équipement des installations. C'est l'accord d'achat le plus répandu dans la Région africaine pour ce qui concerne le secteur de la santé publique. Quoique simple à administrer, ce mode d'achat requiert la capacité administrative nécessaire pour s'assurer que les fonds sont utilisés efficacement, distribués équitablement et bien gérés. En outre, il incite peu à améliorer et à contrôler la qualité des soins.
- b) La rémunération à l'acte consiste à payer pour les services ou les biens fournis. La qualité des soins est généralement élevée, mais ce système encourage des prestations excessives, provoquant ainsi une flambée des coûts.



- c) La capitation implique que l'acheteur passe un contrat avec des prestataires pour que ceux-ci s'occupent de la santé de chaque affilié en échange d'une contribution individuelle. Cette formule a l'avantage d'étendre les services aux groupes de population mal desservis ou d'assurer des services spécifiques. Elle oblige néanmoins à déterminer à l'avance le prix des moyens de production, de la production et des résultats, ce qui n'est pas toujours facile. Cette forme d'achat n'est pas très répandue dans la Région africaine.

## DEFIS A RELEVER

26. Parmi les principaux défis qu'auront à relever un grand nombre de pays de la Région pour mettre en place des stratégies de financement viables et équitables, on peut citer :

- a) le potentiel technique limité pour gérer les problèmes complexes relatifs au financement de la santé; la forte rotation des décideurs et des planificateurs, liée essentiellement à l'insuffisance des incitations financières;
- b) l'insuffisance des capacités institutionnelles nécessaires pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de financement viables et équitables;
- c) l'absence de continuité des réformes du système de financement de la santé, compte tenu de l'instabilité institutionnelle générale qui caractérise le secteur public;
- d) la faible capacité d'analyse, qui empêche d'exploiter les données existantes pour la formulation des politiques de santé et la prise de décision.

27. En outre, les facteurs qui freinent la mise en place de stratégies de financement équitables et viables sont les mêmes que ceux qui entravent le développement dans la Région, à savoir notamment la faiblesse de la croissance économique (assiette fiscale restreinte), un chômage important, un niveau de pauvreté élevé, l'importance du secteur non structuré, le bas niveau des salaires dans le secteur structuré et une charge de morbidité élevée, principalement due à la prévalence du VIH/SIDA.

28. Pour surmonter ces difficultés, les pays doivent tirer les leçons de leur expérience dans les domaines économique, social, politique, épidémiologique et en ce qui concerne le système de financement avant d'entreprendre des réformes en matière de financement de la santé.

29. En ce qui concerne les systèmes de financement de la santé, on peut utiliser les comptes nationaux de la santé, méthode internationalement reconnue, pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques. Ces comptes donnent un bon aperçu du fonctionnement financier du système sanitaire, identifient l'origine des fonds, les organismes de financement, les prestataires et les consommateurs, et présentent les différentes sources et utilisations des fonds. Il importe donc d'encourager leur mise en œuvre et leur institutionnalisation dans la Région.

## POINTS DE DISCUSSION

30. Le choix et la mise en application des réformes du financement de la santé doivent être guidés par preuves évidentes sur : les niveaux actuels des dépenses de santé, l'origine et l'utilisation de ces fonds; l'analyse de la viabilité économique des différentes options de financement; l'évaluation de la politique de santé; l'étude du cadre juridique; l'analyse de l'environnement socio-politique, etc. Quelle est la meilleure manière de rassembler ces données dans la Région ?

31. Divers niveaux de financement du système de santé aboutissent à des résultats différents dans les pays. Y a-t-il un montant "approprié ou minimum" par habitant à consacrer chaque année aux dépenses de santé ?

32. Les pays ont impérieusement besoin de recettes supplémentaires en même temps qu'ils doivent absolument veiller à un financement équitable. Comment les pays peuvent-ils concilier ces deux impératifs ? Les mécanismes d'exemption introduits dans le cadre des réformes du financement de la santé pour permettre aux personnes extrêmement démunies d'accéder gratuitement aux services de santé se sont avérés jusqu'ici inefficaces. Quelles améliorations peut-on y apporter ?

33. Alors que les perspectives économiques sont peu brillantes, la plupart des pays sont préoccupés par la taille importante de leur secteur non structuré, le taux élevé du chômage et la forte prévalence du VIH/SIDA. Comment peuvent-ils limiter les paiements à l'acte et développer au maximum l'utilisation des régimes de prépaiement ?<sup>6</sup>

34. Les donateurs contribuent pour une large part au financement de la santé dans la Région. A l'heure actuelle, ces fonds, soumis à certaines conditionnalités, couvrent principalement des dépenses d'équipement et le financement de certains programmes de santé. Comment les pays peuvent-ils améliorer l'utilisation de cet apport externe en termes d'efficacité, de rendement et d'équité ?

35. Compte tenu du fait que les divers mécanismes de financement ne permettent pas de recueillir des revenus substantiels pour la santé alors que la charge de morbidité continue à augmenter, quels changements institutionnels les pays peuvent-ils opérer et comment peuvent-ils améliorer l'équité et l'efficacité en ce qui concerne l'affectation et l'utilisation des fonds disponibles pour la santé ?

## RESULTATS ESCOMPTES

36. Elaboration consensuelle des mécanismes à mettre en place pour obtenir l'information nécessaire à la formulation et à la mise en œuvre de la politique de financement de la santé.

37. Consensus sur la question de savoir s'il existe "un montant approprié ou minimum" par tête à consacrer chaque année aux dépenses de santé dans la Région.

---

<sup>6</sup> Impôt général, assurance-maladie sociale, régimes de prépaiement communautaires et formules diverses autres que les paiements directs.

38. Identification des mécanismes à mettre en place pour produire, de manière équitable, des recettes supplémentaires et améliorer les services offerts aux personnes très démunies.
39. Identification des dispositions à prendre pour rendre plus efficace l'utilisation des ressources provenant des donateurs.
40. Identification des dispositions à prendre pour limiter les paiements à l'acte et développer au maximum les régimes de prépaiement.
41. Identification des méthodes à adopter pour améliorer l'équité et l'efficacité en ce qui concerne l'affectation et l'utilisation des ressources existantes.
42. Orientations pour le renforcement du financement de la santé dans la Région.