

LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE LE RECOUVREMENT DES COÛTS

V. RICHARD

Med Trop 2004; **64** : 337-340

RÉSUMÉ • L'initiative de Bamako, adoptée en 1988, a mis en place une stratégie de participation communautaire et de recouvrement des coûts en vue de promouvoir les soins de santé primaire. L'adhésion effective des différents pays d'Afrique subsaharienne a été très progressive au cours des années 90. Le recouvrement des coûts pose toujours le problème de l'accessibilité financière par l'absence d'une politique de partage des risques couplée à l'accessibilité géographique par manque de suivi de la couverture sanitaire. L'élasticité prix de la demande exclut les classes défavorisées pour lesquelles le statut d'indigent et les mesures de prise en charge qui l'accompagnent sont le plus souvent restés au stade de projet. La mise en place des systèmes de financement garantissant la réduction des inégalités est limitée par une économie essentiellement fondée sur des bases informelles.

MOTS-CLÉS • Soins de santé primaire - Recouvrement des coûts - Équité - Accessibilité - Afrique subsaharienne.

FUNDING FOR HEALTHCARE IN SUB-SAHARAN AFRICA - COST RECOVERY

ABSTRACT • The Bamako Initiative was adopted in 1988 to establish a community strategy to support and fund primary health care. During the 1990s sub-Saharan countries progressively signed on to this program. Cost recovery still poses the problem of financial accessibility due to the absence of a risk-sharing policy in association with geographic accessibility due to inadequate monitoring of health coverage. Demand-related price elasticity has excluded low-income groups for whom indigent classification and accompanying management measures have usually remained in the planning stages. Implementation of funding mechanisms to ensure reduction of inequities is limited by an economy founded mainly on informal principles.

KEY WORDS • Primary health care – Cost recovery - Equality - Accessibility – Sub-Saharan Africa.

Les pays les plus pauvres, dans leur grande majorité, sont implantés en Afrique subsaharienne et cumulent un faible revenu moyen par habitant, plus faible qu'il ne l'était à la fin des années soixante, et un poids financier lié à l'endettement qui peut dépasser 80% du PIB (1). L'Afrique en ce début du XXI^e siècle a commencé à perdre la place qu'elle occupait dans l'économie mondiale. La longue période de déclin économique a conduit à une dégradation des capacités, un affaiblissement des institutions et une insuffisance des infrastructures. C'est donc le plus souvent dans un contexte de pauvreté et de vulnérabilité que se développent sur ce continent depuis plus d'une décennie les mesures en faveur des soins de santé primaires. La santé en Afrique qui a longtemps été fondée sur des systèmes de santé étatisés avec une gratuité des soins, voit aujourd'hui poindre l'émergence de systèmes mixtes avec l'implantation d'unités de soins privés liés à la paupérisation des systèmes de santé publique. Cependant il est difficile de s'appuyer sur l'hypothèse de

demande induite pour analyser l'évolution des systèmes et des dépenses de santé des pays en développement; en revanche, l'hypothèse inverse d'une offre induite par la demande semble plus vraisemblable. En Afrique, ce sont les épidémies qui suscitent l'arrivée des équipes médicales et des moyens logistiques.

Qui finance la santé ?

La principale fonction du système de santé est d'assurer l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble des habitants et nécessite la mise en commun des ressources pour une meilleure répartition des risques. Les dépenses consacrées aux soins de santé sont passées de 3 % du PIB mondial en 1948 à 7,9 % en 1997 (2). Mais tous les pays ne connaissent pas la même progression (Fig. 1). Il existe certaines inégalités dans la répartition des ressources consacrées aux systèmes de santé. Les pays à faible et moyen revenu ne représentent que 18 % du revenu mondial et 11 % des dépenses mondiales de santé, alors que 84 % de la population mondiale vit dans ces pays et que cette population supporte 93 % de la charge mondiale en matière de morbidité (3-7). À de rares exceptions près, les pays d'Afrique subsaharienne comptent parmi les plus pauvres et leur faible valeur du PIB laisse peu de place aux investissements ou dépenses en direction du sec-

• Travail de la sous direction Action scientifique et technique (V.R., Conseiller économique, Docteur en médecine, Spécialiste en épidémiologie, DCSSA, Paris, France.

• Correspondance : V. RICHARD, DCSSA, sous direction Action scientifique et technique, 12 boulevard Soult, 75012 Paris • Fax : +33 (0)1 41 93 28 93 •

• Courriel : v_richard@club-internet.fr •

• Article sollicité

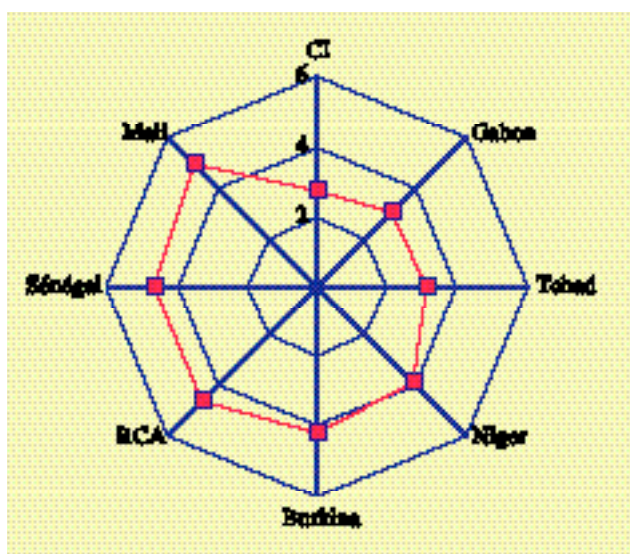


Figure 1 - Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB en 2000 (source OMS - rapport sur la santé dans le monde 2000).

teur de la santé dont les ressources proviennent aujourd'hui de l'aide extérieure, du budget de l'Etat mais aussi des ménages depuis la mise en place du recouvrement des coûts. En 1997, au Tchad, 3 ans après l'introduction du recouvrement des coûts, l'aide extérieure représentait 72 % des dépenses de santé et la part des ménages 7 % alors que pour le Mali entré dans cette politique de recouvrement des coûts - avec de premières expériences - dans les années 1986, la répartition était respectivement de 25 % pour l'aide extérieure et de 57 % pour la part des ménages (source Banque Mondiale).

Ces données maliennes montrent qu'en Afrique subsaharienne, la moitié des dépenses de santé sont rapportées au paiement par le malade, donc des dépenses privées, alors que la dépense privée en Europe ne représente que 5 à 15 % de la dépense totale de santé (Fig. 1)

Le recouvrement des coûts

Les systèmes de santé et en particulier les soins de santé primaire hérités des indépendances ont cruellement souffert du manque de moyens et d'efficacité. Le financement par les Etats était censé garantir la gratuité des soins mais la conjoncture économique de la décennie 80-90 a mis à mal ce principe. L'Etat n'est plus le financeur principal de soins. La rareté des ressources, le manque de motivation et la mauvaise gestion du personnel de santé a conduit au délabrement des structures de soins publiques avec la délivrance de soins de médiocre qualité. Les dépenses de santé par habitant sont faibles (Fig. 2).

Dans les années 80, plusieurs auteurs défendent l'idée que la demande pour les services de santé est indépendante du prix à payer pour ces services ; selon eux les individus peuvent et souhaitent payer les soins qui leur sont prodigués. (8-12). Pourtant plusieurs études montrent que les coûts

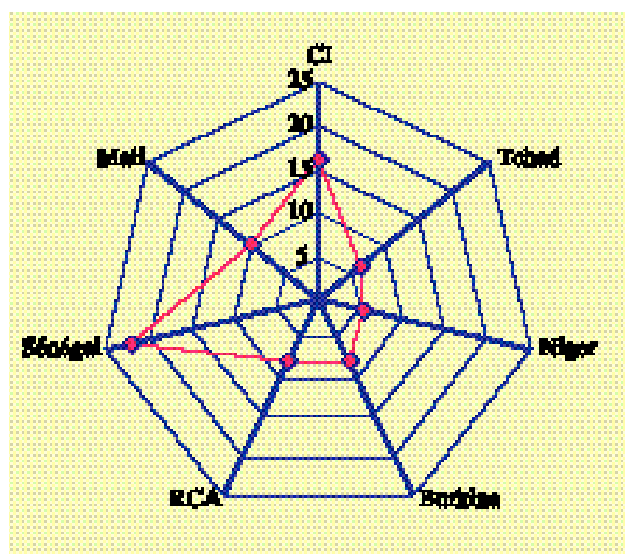


Figure 2 - Total des dépenses de santé par habitant en 2000 (en US \$) (source OMS - rapport sur la santé dans le monde 2000).

directs sont parmi les critères principaux que les utilisateurs des services de soins prennent en compte dans leur décision (13-18) et plusieurs études rapportent une chute dramatique de l'activité des services de soins suite à l'introduction d'un système de recouvrement des coûts (15,19-21).

C'est dans ce contexte que la réflexion sur le financement de la santé dans les pays en voie de développement a conduit à proposer le principe de recouvrement des coûts, plus connu sous le nom d'Initiative de Bamako, adoptée par les ministres de la santé africains réunis en 1987 à Bamako sous l'égide de l'Unicef et de l'OMS. L'utilisateur paie, intégralement ou partiellement, pour les biens et services de santé auxquels il a recours.

Initialement, dirigé sur la disponibilité en produits pharmaceutiques par la vente de médicaments génériques à bas prix au niveau des centres de santé pour garantir l'application du paquet minimum d'activités, le principe s'est rapidement étendu permettant au niveau des centres de santé de base, de couvrir l'ensemble du budget de fonctionnement mais également aux structures hospitalières de garantir une partie de ce même budget.

La politique de recouvrement des coûts ne s'est pas limitée au financement de la santé mais a conduit également à une démarche participative des communautés, les impliquant en théorie dans la gestion du système sanitaire, s'appuyant sur des expériences menées à Khombole, Pikine et Sine Saloum au Sénégal, à Pahou au Bénin et à Kasongo au Zaïre.

Au Tchad, dans la préfecture du Logone occidental, en 2000, les dépenses totales de santé par habitant s'élevaient à 2670 francs CFA, le coût moyen d'une prise en charge au niveau des centres de santé pour le patient s'élevait à 1040 francs CFA dont 750 francs FCFA (près de 75 % de la dépense) uniquement pour l'achat des médicaments. Les sommes moyennes versées par le patient couvraient largement les charges du centre de santé qui étaient estimées en moyenne à 905 francs CFA par consultation.

Quand on différenciait les centres de santé publics et les centres de santé confessionnels, les sommes moyennes versées par le patient étaient respectivement de 950 francs CFA et de 1320 francs CFA. Les coûts moyens pour l'achat des médicaments étaient également supérieurs dans les centres confessionnels avec 890 francs CFA versus 680 francs CFA alors que le coût moyen de réapprovisionnement en médicament essentiel générique par nouveau cas était plus faible pour les centres confessionnels (490 francs CFA) que dans les centres publics (530 francs CFA).

On assiste à une extension du principe du recouvrement des coûts qui n'est pas uniquement tourné vers la disponibilité des médicaments essentiels génériques mais qui prend également en charge le fonctionnement des centres de santé, des primes versées aux personnels et pour les centres confessionnels les salaires des personnels.

Les centres de santé publics affichaient une volonté de co-gestion avec la présence de comités communautaires de gestion alors qu'aucun des centres confessionnels n'avaient adoptés cette stratégie.

L'Initiative de Bamako s'est étendue dans de nombreux pays. A titre illustratif, en 1995, 15 des 20 pays anglophones (75%) et 13 des 16 pays francophones (81%) d'Afrique subsaharienne l'avaient mise en œuvre aussi bien au niveau des centres de santé réalisant le paquet minimum d'activités qu'au niveau des hôpitaux (5).

Les modalités financières du recouvrement des coûts

Parmi les différentes modalités de mise en œuvre du recouvrement des coûts, il est possible de distinguer trois axes de modes de paiements : le paiement des différentes prestations, le paiement forfaitaire, la cotisation périodique.

Le paiement des différentes prestations

Le patient paie pour la consultation mais aussi pour les différents actes (soins, parasitologie) qui lui sont prescrits ainsi que pour les médicaments. Dans ce cas, la gestion demande la mise en place d'outils permettant de différencier les différentes sources de recette. Cette option est souvent utilisée pour maintenir une comptabilité spécifique pour les médicaments et assurer ainsi leur renouvellement.

Le paiement forfaitaire

Le principe repose sur un prix unique pour chaque consultation, qui comprend à la fois le prix de l'acte effectué par le personnel de soins et le prix des médicaments délivrés. Les patients peuvent donc prévoir les dépenses qu'ils auront à faire pour chacune de leur demande de soin. Cette modalité permet de plus une redistribution du coût de soins entre les malades.

La cotisation périodique

C'est une approche qui peut s'apparenter de loin aux principes des mutuelles, les populations cotisent selon une périodicité choisie, souvent annuelle, et bénéficie de soins

gratuits ou à tarif préférentiel. L'adhésion des populations à cette modalité dépend de la qualité des soins assurés par la structure qui a adopté ce principe.

Le réseau de soins

Dans la plupart des pays, le système de santé s'est organisé autour d'une structure pyramidale avec à la base les centres de santé, portes d'entrée théoriques dans le système de soins, au niveau intermédiaire les hôpitaux de district et au sommet de la pyramide les hôpitaux de référence préfectoraux (ou régionaux) et nationaux.

Les centres de santé représentent une mosaïque très hétéroclite avec des centres de santé publics, des centres de santé associatifs ou communautaires, des centres de santé confessionnels et un secteur privé qui se développe depuis quelques années sur un mode anarchique et incontrôlé, notamment en milieu urbain répondant ainsi à une demande du marché. Cependant, l'étude de la répartition de ces structures révèle de grandes inégalités géographiques avec un secteur urbain où émerge un système mixte et un secteur rural où l'offre se limite uniquement aux structures publiques.

Au Tchad, dans le Logone occidental, les populations couvertes par un centre de santé représente en moyenne 5000 personnes pour la zone A, située dans un rayon de moins de 5 km du centre de santé, et de 11500 pour la zone B, située à plus de 5 km du centre de santé.

L'accessibilité a pu être mesurée par le taux moyen d'utilisation des consultations curatives (259‰ pour le département, 298‰ pour le pays), différent non seulement en fonction de l'éloignement des populations par rapport au centre de santé : 533‰ pour la zone A et 202‰ pour la zone B mais aussi en fonction du statut du centre, 156‰ pour les centres publics et 347‰ pour les centres confessionnels.

Mais le système de santé s'appuie aussi sur des structures de référence, les hôpitaux de districts et régionaux avec lesquels les centres de santé ont peu l'habitude de fonctionner, avec un taux de référence inférieur à 2%. Cette faible attractivité qui peut s'expliquer par des contraintes géographiques liées aux distances qui séparent les centres de santé et les structures hospitalières est également liée à l'absence d'un véritable réseau de soins, notamment avec l'absence de partage du risque des structures de santé. En effet, le patient qui aura pris contact avec le système de soins au niveau du centre de santé devra à nouveau participer au financement du système de santé au niveau de l'hôpital même s'il ne s'agit que d'une simple consultation pour avoir un avis spécialisé. Cette contrainte budgétaire supplémentaire pour les patients est rarement prise en compte par les différents programmes de soutien de la stratégie de recouvrement des coûts.

Les mêmes dérives et absences de concertation sur le partage du risque du recouvrement des coûts se retrouvent dans les systèmes d'approvisionnement pharmaceutique mis en place avec des entités autonomes qui ont essentiellement des relations marchandes de vendeur à client. A chaque niveau de cette chaîne logistique (centrale pharmaceutique d'achat, pharmacie préfectorale d'approvisionnement, centre

de santé ou pharmacie hospitalière) est calculé un prix de revient pour subvenir à l'ensemble des charges de la structure et une fois le produit rendu au bout de la chaîne - c'est à dire vendu au patient - l'ensemble de ces charges sont cumulées pour le calcul d'un prix de vente qui parfois double ou triple le prix d'achat initial. L'autonomie des structures ne doit pas se traduire par un désengagement des instances décisionnelles nationales mais par la mise en place d'outils de contrôle et de concertation pour une réflexion globale sur les développements du système de santé et de la part de son financement dévolu aux populations, qui doivent se traduire par un renforcement des capacités institutionnelles.

Équité des soins

La non exclusion des consommateurs est une des caractéristiques d'un bien public tel que la santé. Or le recouvrement des coûts, qui souvent s'est surajouté à un paiement informel qui préexistait dans un monde où la lutte pour la survie quotidienne est de mise, a induit une barrière financière pour l'utilisation des services par les populations les plus pauvres. Une partie de la population (5 à 30 %) est incapable de payer et de ce fait n'a pas accès aux soins. L'élasticité prix de la demande diffère significativement d'une classe sociale à l'autre (19). Les groupes sociaux vulnérables comme les personnes âgées, les enfants, les indigents sont les groupes les plus affectés par la mise en place du recouvrement des coûts. La prise en charge des indigents reste une problématique autour de laquelle peu de programmes ont avancé. Les critères d'identification des indigents paraissent difficiles à identifier dans une économie qui s'est structurée sur des bases informelles et dans des pays où les politiques sociales sont peu développées et les acteurs sociaux de terrain peu nombreux. Les mesures d'exemption pour les plus pauvres donnent finalement plus de gratuité aux non pauvres qu'aux pauvres. L'exemption quand elle existe se fait plus sur une base discrétionnaire du personnel de santé que sur des normes bien codifiées et gérées en dehors du centre de santé. Dans une étude réalisée au Mali et en Ouganda (6), la majorité des utilisateurs des services de santé reconnaissent devoir faire d'énormes sacrifices pour payer les frais de santé. Le principal déterminant de l'équité du financement est la part du prépaiement dans les dépenses totales, le paiement direct étant le mode de financement le plus dégressif.

Les retards de cette problématique de prise en charge des indigents révèlent la faiblesse de la participation des communautés dans la gestion des centres de santé. L'implication des comités de gestion est souvent illusoire car les membres de ces groupes n'ont qu'une faible connaissance de leurs prérogatives. Il existe un vaste fossé entre la volonté affichée d'une cogestion du système de santé et sa mise en pratique notamment dans la formation des comités de gestion et des communautés. Ces organismes souvent organisés autour d'un statut d'association à but non lucratif sont les prémices d'un développement d'une société civile, base de toute démocratie.

Conclusion

Aujourd'hui, les réflexions sur le financement des systèmes de santé en Afrique doivent se poursuivre en tenant compte de l'expérience des pays du Nord mais aussi des spécificités des pays du Sud : différences culturelles, développement basé sur une économie informelle. On observe aujourd'hui l'émergence de systèmes de santé mixtes avec l'implantation d'unités de soins privés qui doivent conduire à une réflexion sur les modes de partage du risque et à une socialisation du financement de la santé ■

RÉFÉRENCES

- 1 - BANQUE MONDIALE - Comment sauver l'Afrique ? Problèmes économiques 2000 ; **2684** : 14-18.
- 2 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. OMS ed, Genève, 2000.
- 3 - POUTIER R - Atlas de la zone franc en Afrique subsaharienne. Ministère de la coopération. La documentation française, 1995.
- 4 - PNUD - Rapport mondial sur le développement humain 2000. Droits de l'homme et développement.
- 5 - VAN LERBERGHE W, DE BROUWERE V - Etat de santé et santé de l'état en Afrique subsaharienne. In Afrique contemporaine. La santé en Afrique. Anciens et Nouveaux défis ed, Paris, 2000.
- 6 - NOLAN B, TURBAT V - Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa. Banque mondiale, 1995. EDI technical materials
- 7 - RIDDE V, GIRARD JE - Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Sante Publique* 2004 ; **16** : 37-51.
- 8 - VOGEL RJC - Cost recovery in the health care sector. Selected country studies in west Africa. Wld Bank 1988, technical paper n°82.
- 9 - De Frenant D - Paying for health services in developing countries. An overview. *World Bank staff working papers* 1985 ; **12** : 111-124.
- 10 - AKIN JS, BIRDSALL N, DE FERRANTI D - Financing health services in developing countries: an agenda for reform. Wld Bank, 1987.
- 11 - AKIN JS, GRIFFIN CC, GUILKEY DK, POPKIN BM - The demand for adult out patient services in the Bicol region of the Philippines. *Soc Sci Med* 1986 ; **22** : 321-328.
- 12 - HELLER PS - A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia. *Soc Sci Med* 1982 ; **16** : 267-284.
- 13 - GILSON L - Government health care charges: Is equity being abandoned? Evaluation and planning centre for health care, 1988, London E.P.C., Publication n°15 (1988)
- 14 - STANTON B, CLEMENS J - User fees for health care in developing countries. A case study of Bangladesh. *Soc Sci Med* 1989 ; **29** : 1199-1205.
- 15 - YODER RA - Are people willing and able to pay for health services? *Soc Sci Med* 1989 ; **29** : 35-42.
- 16 - NNADI EE, KABAT HF - Choosing health care services in Nigeria: a developing nation. *J Trop Med Hyg* 1984 ; **87** : 47-58.
- 17 - BAILEY W, PHILIPS DR - Spatial patterns of use of health services in the Kingston metropolitan area, Jamaica. *Soc Sci Med* 1990 ; **30** : 1-12.
- 18 - CHERNICHOVSKY D, MEESOOK OQ - Utilization of health services in Indonesia. *Soc Sci Med* 1986 ; **23** : 611-620.
- 19 - GERTLER P, LOCAY L, SANDERSON W - Health care financing and the demand for medical care. *Wld Bank LSMS* 1988 ; **37** : 62-87
- 20 - DE BETHUNE X, ALFANIS, LAHAYE JP - The influence of an abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaïre. *Hlth Pol Plann* 1989 ; **76** : 4.
- 21 - HADDAD S, FOURNIER P - Quality, Cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Soc Sci Med* 1995 ; **40** : 743-753.