

# FINANCEMENT DE LA SANTÉ

## Tendances en Afrique subsaharienne

Luize Guimarães Scherer Navarro/Tomas Lievens

Juin 2012



## Préface / Remerciements

Ce compte-rendu principal a été élaboré afin d'être utilisé dans le cadre du Dialogue de CABRI sur « l'optimisation des ressources dans le secteur de la Santé : financement et gestion des dépenses en matière de santé au service d'une efficacité allocative et technique ». Il s'agit du 2<sup>e</sup> Dialogue de CABRI sur l'optimisation des ressources dans le secteur de la Santé. L'équipe réunie pour soutenir le dialogue est dirigée par John Kruger. Elle comprend également les membres suivants : Tomas Lievens (expert dans le domaine de la santé), Luize Guimaraes (chercheur dans le cadre des études de cas) et Clara Picanyol (chercheuse également dans le cadre des études de cas).

Les erreurs d'interprétation ou de faits n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

## Table des matières

Préface / Remerciements	1
Liste des tableaux et figures	3
Abréviations	4
Introduction	5
1 Cadre du financement de la santé : objectif et instruments de politique	7
1.1 Les objectifs du financement de la santé	7
1.2 Le financement de la santé : les sources, la collecte et la mutualisation des fonds	8
1.3 Achat de soins de santé	29
1.4 Au-delà du cadre de financement des soins de santé : que faut-il financer ?	40
2 Deux tendances communes au financement de la santé en Afrique subsaharienne	43
2.1 Le financement de la santé axé sur les performances	43
2.2 Ticket modérateur pour les services de santé	47
3 Conclusion	52
Références / Bibliographie	53
Annexe A Préalables au FAP	58

## Liste des tableaux et figures

Figure 1.1	Cadre de financement de la santé	8
Figure 1.2	Progrès accomplis dans la réalisation des cibles d'Abuja : dépenses générales publiques pour la santé, exprimées en pourcentage des dépenses publiques totales	9
Figure 1.3	Progrès accomplis en matière de réalisation de la cible CMS : dépenses de santé publiques et privées par habitant	11
Figure 1.4	Relation entre l'âge (un facteur de risque identifiable) et le coût estimé du recours aux soins	14
Figure 1.5	Mesures destinées à promouvoir l'assurance maladie parmi les pauvres, en tirant les leçons des expériences africaines	17
Figure 1.6	Les dépenses totales de santé, par source, 2005	20
Figure 1.7	Comparaison entre les dépenses non remboursées et les dépenses privées et publiques dans la région africaine	21
Figure 1.8	Le financement de la santé par les donateurs dans les régions de l'OMS (2000, 2006)	22
Figure 1.9	Échelle des principales méthodes de financement des soins de santé en matière d'équité, de mutualisation des risques, de sélection des risques et d'efficacité	26
Figure 1.10	Comprendre la fonction de paiement : différentes méthodes de paiement et leurs implications	30
Figure 1.11	Taux de mortalité infantile par rapport aux dépenses publiques de santé par personne (en US\$)	37
Figure 1.12	Dépenses publiques de santé par personne (US\$) par rapport au taux de mortalité infantile	38
Figure 1.13	Espérance de vie par rapport aux dépenses totales de santé par personne (US\$)	39
Figure 1.14	Dépenses totales de santé par personne (US\$) par rapport à l'espérance de vie	39
<a href="#">Figure 1.15</a>	Le chemin vers la couverture universelle ?	42
<a href="#">Figure 1.16</a>	Dépenses non remboursées (en pourcentage des dépenses privées de santé)	48
Encadré 1.1	Les risques et le jargon des assureurs	13
Encadré 1.2	Développement de l'Assurance sociale maladie: le cas du Ghana	14
Encadré 1.3	L'Assurance maladie communautaire en Afrique de l'Ouest : défi d'envergure et solutions possibles	17
Encadré 1.4	Passage de l'assurance maladie communautaire à la couverture universelle : le modèle du Rwanda	18
Encadré 1.5	Dépenses de santé catastrophiques	20
Encadré 1.6	Compte d'épargne médicale	21
Encadré 1.7	Efficacité technique	29
Encadré 1.8	Paiement des prestataires et achat	29
Encadré 1.9	Sources principales d'inefficacité	40
Encadré 2.1	Le cas du Niger et de la Côte d'Ivoire	50

## Abréviations

AMC	Assurance maladie communautaire
AMP	Assurance maladie privée
AMS	Assemblée mondiale de la santé
APD	Aide publique au développement
ASM	Assurance sociale maladie
ASS	Afrique subsaharienne
CMS	Commission macroéconomie et santé
MS	Mutuelle de santé
NHI	Assurance maladie nationale
NHIF	Caisse sociale d'assurance
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
OOPE	Dépenses non remboursées (ou débours des ménages)
OPM	Oxford Policy Management
PNB	Produit national brut
RNB	Revenu national brut
RSM	Rapport sur la santé dans le monde
TTF	Taxe sur les transactions financières
UA	Union africaine

## Introduction

Comme il a été signalé lors du récent dialogue de haut-niveau sur le financement de la santé (Gomes Sambo et coll., 2011), la région africaine présente la plus grande charge de morbidité par rapport à d'autres régions alors que ses dépenses de santé par habitant sont les plus faibles. Et, à la différence des régions riches du monde, une très grande part des dépenses de santé en Afrique provient de paiements directs effectués par les citoyens et non des recettes publiques ou des fonds de l'assurance maladie.

Le dialogue sur le financement de la santé lors de la quinzième session ordinaire de l'Assemblée de l'Union africaine 2010 (Gomes Sambo et coll., 2011) a attribué l'état défectueux du financement de la santé sur le continent africain à « l'absence d'une vision claire et d'un plan de financement de la santé ; à l'absence de Comptes de la santé et d'autres données probantes pour guider le développement et la mise en œuvre des politiques et stratégies de financement de la santé ; à la faiblesse des investissements dans les secteurs relatifs aux déterminants sociaux de la santé ; à la prédominance des dépenses non remboursées ; au sous-développement des mécanismes de financement prépayé de la santé ; à l'importance des secteurs informels par rapport aux secteurs formels ; à l'imprévisibilité et au non-alignement de la majorité des fonds fournis par les donateurs sur les priorités de la santé nationale ».

Tout le monde reconnaît aujourd'hui que de façon générale, le financement du secteur de la santé requiert plus de ressources et moins de dépenses non remboursées afin de permettre à l'Afrique subsaharienne d'améliorer ses indicateurs et d'atteindre ses OMD. Les ministères des Finances et de la Santé doivent collaborer dans ce sens : en cherchant les voies et moyens complémentaires pour augmenter les ressources allouées au secteur de la santé au niveau national, et rejoindre la pensée des partenaires internationaux quant à la conception et à la faisabilité de mécanismes régionaux qui compléteront l'engagement national.

Bien que tout le monde s'accorde pour dire qu'il faut davantage de ressources financières, l'argent ne pourra à lui seul permettre de surmonter les problèmes de santé en Afrique subsaharienne. La façon dont ces fonds sont dépensés est tout aussi importante que le montant dépensé, en d'autres termes, il faut assurer l'optimisation des ressources dans le secteur de la santé. Le gaspillage est cependant difficile à éliminer dans les systèmes de santé, et les voies et moyens pour améliorer l'efficacité dans ce domaine ne sont pas faciles à mettre en œuvre (OMS, 2010). Les ministères de la Santé et des Finances doivent collaborer dans ce sens.

La Directrice-générale de l'OMS, dans le rapport sur la santé dans le monde 2010, intitulé « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », a signalé que ce rapport avait été commandité pour répondre au besoin « exprimé à la fois par les pays riches et les pays pauvres, en conseils pratiques sur les moyens de financer les services de santé. L'objectif était de transformer les preuves, recueillies à partir des études de différentes situations, en un menu d'options permettant d'obtenir des ressources suffisantes et d'éliminer les barrières financières à l'accès aux soins, surtout pour les plus démunis. ». Le rapport souligne que pour atteindre la couverture maladie universelle « les pays auront recours à diverses méthodes ... selon leur point de départ ... ». Dans le contexte de l'optimisation des ressources, ce compte-rendu présente certaines options quant aux deux composantes du système de santé, à savoir le financement de la santé et les mécanismes des prestataires de services de paiement.

Le financement de la santé a trois fonctions principales: la mobilisation et la collecte de recettes, la mutualisation et l'allocation des ressources. Les politiques de financement de la santé sont les facteurs clés du système de santé puisque ce sont elles qui déterminent : i) les sources de financement, et partant, le montant disponible pour le secteur ; ii) comment les risques sont partagés ; iii) qui contrôle les fonds et comment ils sont alloués ; iv) l'équité du financement du secteur, et indirectement combien de personnes deviendront pauvres (ou non) suite à des dépenses catastrophiques éventuelles encourues pour couvrir les soins de santé. Le système de paiement des prestataires met l'accent sur la stratégie appliquée à l'achat des services et sur les incitations implicites ou explicites entre les prestataires et les acheteurs (par le truchement de contrats formels ou informels) et les implications sur la prestation des services de soins.

Notre compte-rendu principal fournit un cadre théorique aux deux domaines susmentionnés ainsi que les approches possibles à cet égard. Nous présentons des exemples montrant comment les pays en Afrique subsaharienne ont utilisé ces approches.

La dernière partie du document étudie deux tendances très répandues dans le financement de la santé en Afrique, à savoir : le financement axé sur les performances et la gratuité de certains soins ciblés. Nous examinons les données factuelles dont il convient de tenir compte dans la conception et la mise en œuvre des politiques de financement de la santé.



# 1 Cadre du financement de la santé : objectif et instruments de politique

Le financement de la santé constitue la clé de voûte de tous les systèmes de santé. Le rapport sur la santé dans le monde 2010 affirme que « le financement de la santé dépasse la simple question de la mobilisation des fonds pour la santé. Il concerne également la question de savoir qui est invité à payer, quand, et, comment les fonds mobilisés sont dépensés ». Il englobe les mécanismes de mobilisation des fonds, depuis les recettes générales, l'assurance sociale et privée jusqu'aux paiements directs. Il inclut la façon dont les risques de santé sont partagés et les ressources financières allouées, ainsi que les dispositifs institutionnels pour le financement.

## Messages clés

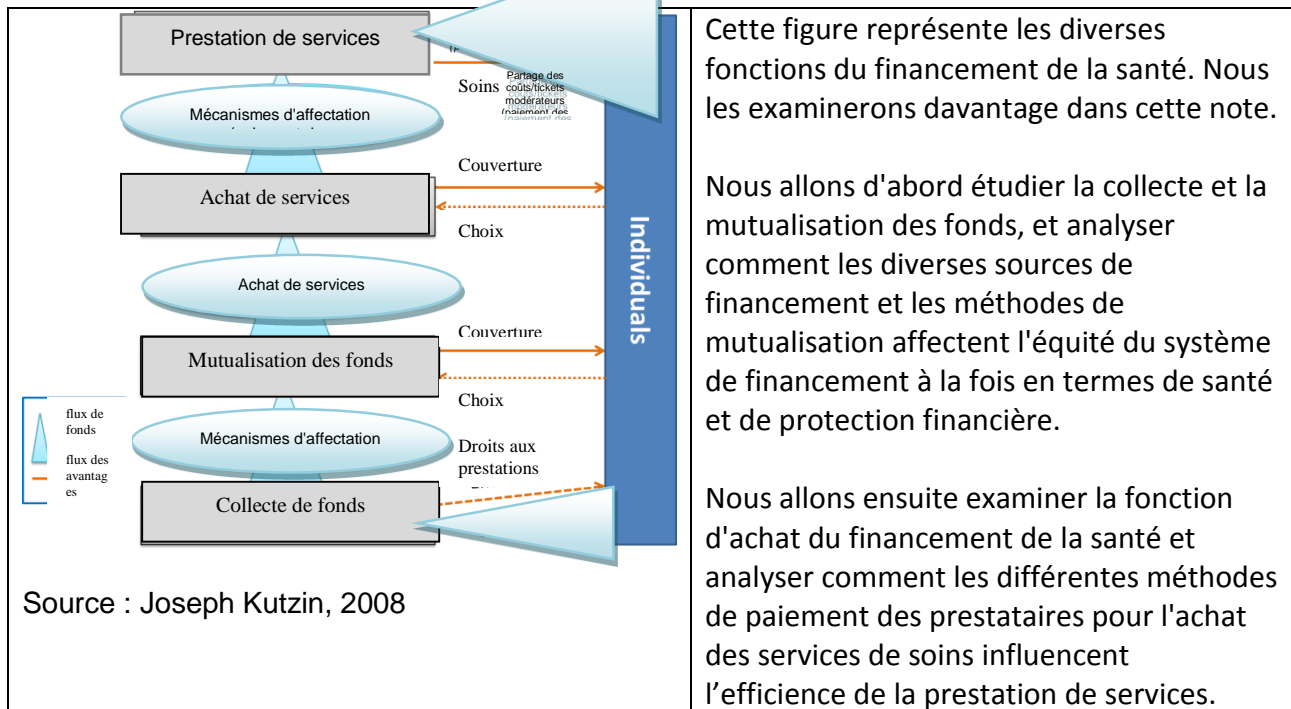
- **La politique du financement de la santé est un instrument clé pour améliorer l'équité du financement de la santé.**
- **Le choix des sources de recettes est un déterminant clé de l'équité du financement.**
- **La mutualisation et les dispositifs d'achat qui augmentent l'efficacité, favorisent la justice sociale.**
- **La structure des prestations sociales affecte l'utilisation qui affecte à son tour l'acceptabilité du fardeau financier.**

## 1.1 Les objectifs du financement de la santé

Les objectifs de la politique de financement de la santé dérivent des objectifs globaux de la performance du système de santé. Les objectifs décrits dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 sont les suivants :

- Améliorer le niveau de la santé et la répartition de la santé entre la population ;
- Améliorer le niveau et la distribution de la réactivité du système de santé pour répondre aux attentes (autres que sanitaires) de la population ;
- Améliorer « l'équité » des contributions financières de la population au système de santé ; et améliorer l'efficacité globale du système, en maximisant la réalisation des objectifs précédents dans les limites des ressources disponibles.

**Figure 1.1 Cadre de financement de la santé**



## 1.2 Le financement de la santé : les sources, la collecte et la mutualisation des fonds

Le choix des sources de financement pour les services de soins affecte l'équité et l'efficacité du système de santé, ainsi que sa transparence et sa responsabilité envers les citoyens. Ceci influencera en fin de compte les résultats finaux du système de santé, la protection financière et la satisfaction/réactivité des clients, comme le montre la figure ci-dessus.

### 1.2.1 Sources de financement

Les sept principales sources de financement et de méthodes de collecte de fonds sont présentées ci-dessous, ainsi qu'une note sur des mécanismes innovants.

#### 1.2.1.1 Recettes générales

Les recettes proviennent principalement :

- Des impôts directs et indirects (impôts des personnes physiques ; impôts sur les sociétés ; impôts fonciers ; impôts sur la fortune ; impôts indirects ; taxes sur les ventes ; taxes sur la valeur ajoutée ; taxes à l'importation et à l'exportation)
- Les profits des sociétés d'État (pétrole ; ressources de l'industrie extractive ; recettes de l'Union douanière d'Afrique australe)

Les recettes générales sont dépensées en fonction de décisions et de priorités établies par le gouvernement et approuvées par le parlement, qui reflètent les préférences des contribuables. Dans ce cadre, les impôts ne sont généralement pas prélevés pour le financement d'activités spécifiques, et

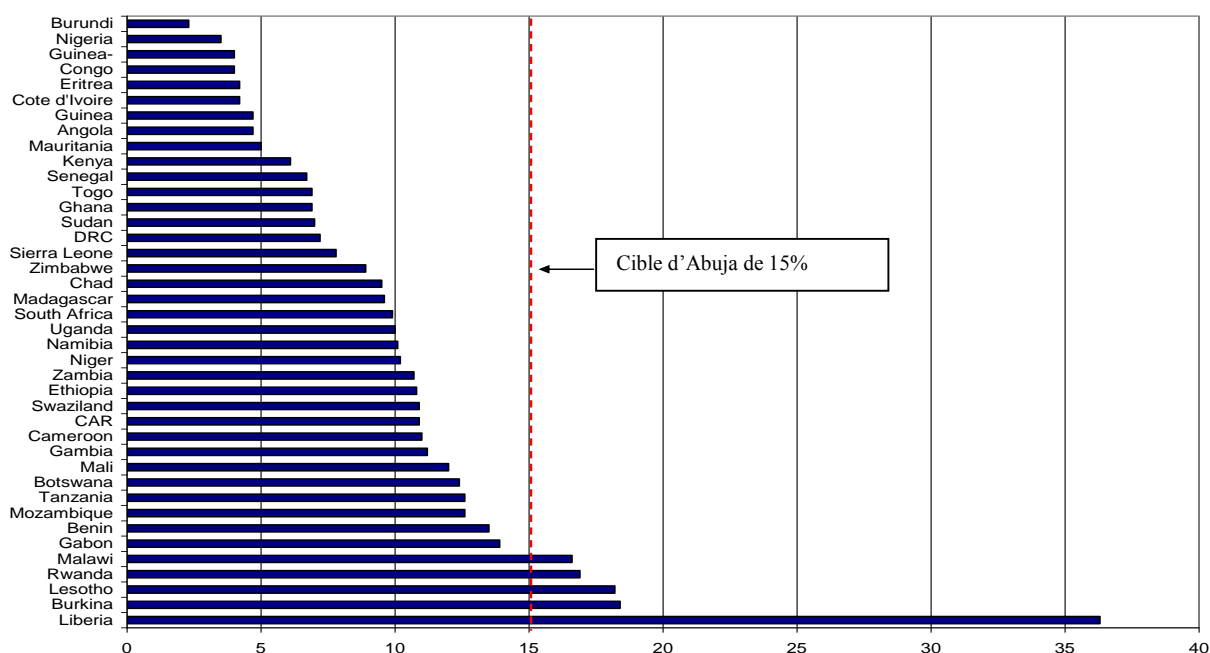
les décisions relatives à l'allocation des ressources à des programmes spécifiques ne sont pas distinctes des décisions concernant les dépenses publiques globales.

Le gouvernement est la source principale de financement en Afrique subsaharienne. La deuxième source provient des dépenses non remboursées/débours des ménages (OOPE), dont il est question à la partie 1.2.1.5

Bien que les fonds publics représentent la source principale de financement en Afrique subsaharienne, les dépenses de santé publique sont faibles en termes absolus (ce qui explique en partie le niveau élevé des autres sources de financement). En 2005<sup>1</sup>, les gouvernements en Afrique subsaharienne ont dépensé en moyenne 10,19 US\$ par habitant pour la santé (Union africaine, 2009<sup>2</sup>).

Afin d'améliorer cette situation, les chefs d'État de l'Union africaine (UA) réunis à Abuja (Nigéria) en 2001, se sont engagés par une déclaration appelée « les cibles d'Abuja », à allouer au moins 15% des dépenses publiques au développement du secteur de la santé<sup>3</sup>.

**Figure 1.2** Progrès accomplis dans la réalisation des cibles d'Abuja : dépenses générales publiques pour la santé, exprimées en pourcentage des dépenses publiques totales



Source : Base de données des Indicateurs du développement dans le monde - Banque mondiale 2008.

<sup>1</sup> Les figures présentées excluent les données sud-africaines.

<sup>2</sup> Quatrième session de la Conférence des ministres de la santé de l'Union africaine, Addis Abeba, Éthiopie, 4 – 8 mai 2009.

<sup>3</sup> La déclaration des chefs d'État de l'UA réunis à Abuja (République fédérale du Nigéria) le 27 avril 2001, fait également appel aux pays donateurs pour leur demander de compléter ces efforts de mobilisation des ressources en accomplissant leur objectif encore irréaliste de donner 0,7% de leur PIB sous forme d'Aide publique au développement (APD) en faveur des pays en développement et d'annuler la dette extérieure de l'Afrique afin de permettre un investissement accru dans le secteur social.

De nombreux pays sont encore loin d'atteindre l'engagement pris à Abuja. En outre, malgré l'envergure de l'engagement<sup>4</sup>, il ne suffit pas forcément à fournir les services de base en soins de santé. En 2001, la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) de l'Organisation Mondiale de la Santé, a estimé que les services de base pourraient être fournis moyennant un montant approximatif de 34 US\$ par personne<sup>5</sup>, qu'on appelle « la cible CMS », et dont le montant se rapproche des dépenses actuelles du Rwanda dans ce domaine (RSM, 2010).

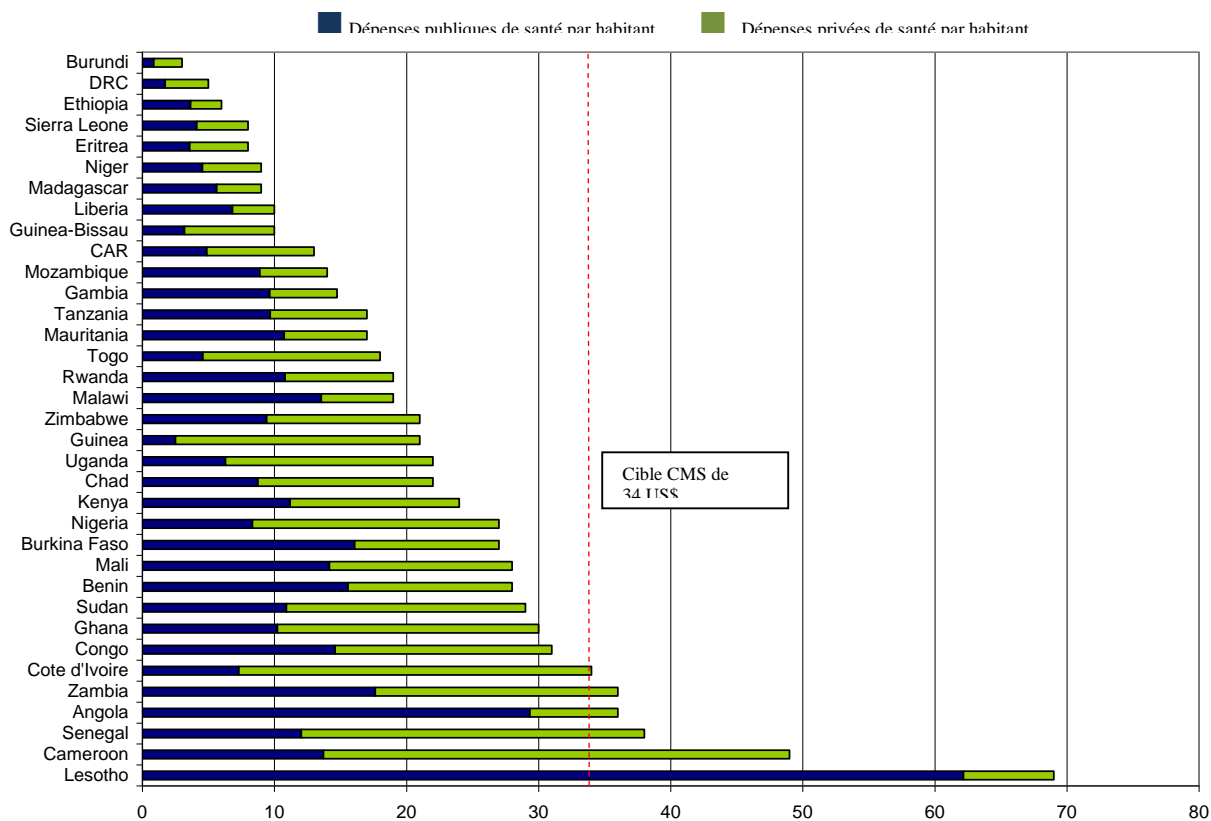
Le rapport établi pour la Quatrième session de la Conférence des ministres de la santé de l'Union africaine, tenue à Addis Abeba en mai 2009, montre que si les niveaux actuels de dépenses publiques passaient à 15% des dépenses publiques de tous les pays de l'Afrique subsaharienne, et si le niveau des dépenses privées restait inchangé, 23 pays d'Afrique subsaharienne n'atteindraient toujours pas le niveau de dépenses de 34 US\$ par habitant, comme le montre la figure ci-dessous. Parmi ces pays, 8 d'entre eux n'atteindraient même pas la moitié du montant de dépenses par habitant que la CMS estime nécessaire pour assurer à la population un ensemble de services essentiels en matière de santé. Selon les estimations, la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) requiert une augmentation considérable de la proportion des dépenses publiques allouées à la santé (6 fois plus) et du pourcentage du PIB alloué à la santé (12%).

---

<sup>4</sup> Le Révérend Desmond Tutu déclara en 2008 que l'engagement d'Abuja de 15% était l'un des engagements les plus importants pris par les dirigeants africains en vue du développement et du financement de la santé.

<sup>5</sup> Organisation mondiale de la santé. 2001. Macroéconomie et Santé : Investir dans la santé en vue du développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. OMS : Genève.

**Figure 1.3 Progrès accomplis en matière de réalisation de la cible CMS : dépenses de santé publiques et privées par habitant**



Source: Base de données des indicateurs de développement dans le monde, Banque mondiale 2008.

Note : les pays qui dépensent au total plus de 90\$ par habitant et les populations avec moins de 1 million, sont exclus pour améliorer la lisibilité du graphique (Swaziland, Maurice, Namibie, Gabon, Afrique du Sud, Botswana, Sao Tomé, Cap-Vert, la Guinée équatoriale, Seychelles, Maurice et Comores).

Dans la plupart des pays développés, la charge fiscale globale exprimée en pourcentage du PIB, est souvent de l'ordre de 40%. En Afrique subsaharienne, deux pays seulement – Madagascar et le Lesotho – ont des taux d'imposition de plus de 40%. Près de la moitié des pays ont un taux d'imposition inférieur à 30%<sup>6</sup>.

### 1.2.1.2 L'Assurance sociale maladie

L'Assurance sociale maladie (ASM) fournit des fonds au secteur de la santé par le biais de cotisations sociales et de cotisations des employeurs qui sont affectées à la santé, et sont habituellement versées à une caisse d'assurance sociale. Basé sur le modèle européen du 19<sup>e</sup> siècle, ce fonds est habituellement obligatoire ; la gestion du fonds peut être publique ou privée, et les fonds peuvent être des monopoles ou compétitifs. Dans ce modèle, la couverture nationale requiert un taux d'emploi élevé dans le secteur formel au vue de la difficulté d'assurer la conformité des auto-entrepreneurs et des travailleurs du secteur informel<sup>7</sup>. Les données disponibles montrent que l'Assurance sociale

<sup>6</sup> Banque mondiale *Indicateurs mondiaux sur le développement* (2007).

<sup>7</sup> Costa (2002) fournit un bon aperçu des six caractéristiques de base normalement associés aux régimes d'assurance sociale maladie.

maladie a tendance à mieux fonctionner dans le contexte de salaires relativement élevés, de faibles taux de pauvreté, de faibles rapports de dépendance et d'une grande capacité à fournir des soins<sup>8</sup>.

Il n'y a pas de consensus sur la définition de l'Assurance sociale maladie. L'Organisation internationale du travail (OIT) considère que la caractéristique essentielle de l'Assurance sociale maladie est d'être un système d'assurance maladie mandaté par le gouvernement<sup>9</sup>. La documentation économique en revanche, décrit le financement de l'assurance sociale comme étant identique au financement basé sur les recettes fiscales, mais les experts de l'assurance sociale ne partagent pas cette analyse (Ball, 2000 ; Meyers, 1981). Les économistes envisagent l'assurance sociale comme un programme financé par les recettes fiscales parce que la participation financière est obligatoire. Mais ce point de vue ne tient pas compte des divergences sociales et institutionnelles nombreuses et importantes qui distinguent l'assurance financée par les recettes fiscales générales (comme en Suède) de l'assurance sociale (Allemagne, Japon et Taïwan, par exemple) où les cotisations (primes) versées aux programmes d'assurance sociale leur sont affectées et sont séparées des recettes fiscales générales.

Abstraction faite de ces opinions divergentes, beaucoup d'approches dans le domaine de l'assurance sociale maladie partagent les caractéristiques suivantes :

- L'assurance est obligatoire — tous ceux qui sont admissibles sont tenus de s'inscrire et de payer la prime spécifiée (cotisation). Cette cotisation s'exprime la plupart du temps comme un pourcentage du salaire. Une fois qu'une personne a payé le niveau requis de paiements, elle a droit aux prestations spécifiées.
- Ces primes constituent un contrat social. La loi ne permet pas l'ajustement facile des taux de cotisation et des prestations par simple action administrative. Au contraire, ces taux sont fixés par la loi ou par un règlement difficile à changer. L'assurance sociale est ainsi basée sur un contrat social implicite : les citoyens consentent à payer un certain montant et peuvent s'attendre à ce que les fonds soient utilisés de manière équitable et efficace pour financer les soins de ceux qui ont le droit de bénéficier du système.
- L'assurance sociale maladie s'appuie, le plus souvent, et au moins en partie sur des impôts spécifiquement affectés à cette fin.
- Tous les citoyens n'y ont pas droit, mais seulement ceux qui remplissent les conditions pour y avoir droit et qui ont satisfait aux exigences d'une cotisation minimale ; par conséquent, de nombreux pays disposent de multiples systèmes. La plupart des régimes d'Assurance sociale maladie ne couvrent que les travailleurs du secteur formel ; afin d'étendre la couverture sociale au-delà de ceux qui ont droit aux prestations de l'Assurance sociale maladie, les gouvernements appliquent habituellement les recettes fiscales ou d'autres sources de recettes à la fourniture d'allocations aux groupes de population tels que les retraités, les chômeurs, les pauvres, les travailleurs du secteur informel, etc.
- L'Assurance sociale maladie pratique la mutualisation des risques et assure la couverture d'une grande partie de la population. Ce faisant, elle évite de nombreux problèmes économiques associés à l'assurance maladie volontaire comme la sélection des risques (politique d'écrémage), le risque moral, etc. Le paragraphe 1.2.1.3 approfondit cette question.

---

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> Normand C. et Weber C. (1994), Assurance sociale maladie. Le guide de la planification (Genève: OMS et OIT).

- Dans de nombreux régimes d'Assurance sociale maladie actuels, les gouvernements paient la prime pour le compte des pauvres, qui peuvent alors prétendre à la couverture de l'Assurance sociale maladie (Hsiao, 2006).

### Encadré 1.1 Les risques et le jargon des assureurs

---

#### La mutualisation

Les maladies et le coût des soins y afférents ne sont pas répartis uniformément dans la population. La mutualisation des risques sanitaires et des ressources financières permet de gérer ces divergences/incertitudes et de mettre les fonds à la disposition des malades. La présence de groupes à risques élevés et de groupes à risques faibles identifiables au sein d'une même mutuelle est un facteur qui complique la donne. Les groupes à risques faibles, comme les jeunes, ne souhaitent pas s'associer aux groupes à risques élevés, puisque cette mutualisation augmente leurs cotisations individuelles.

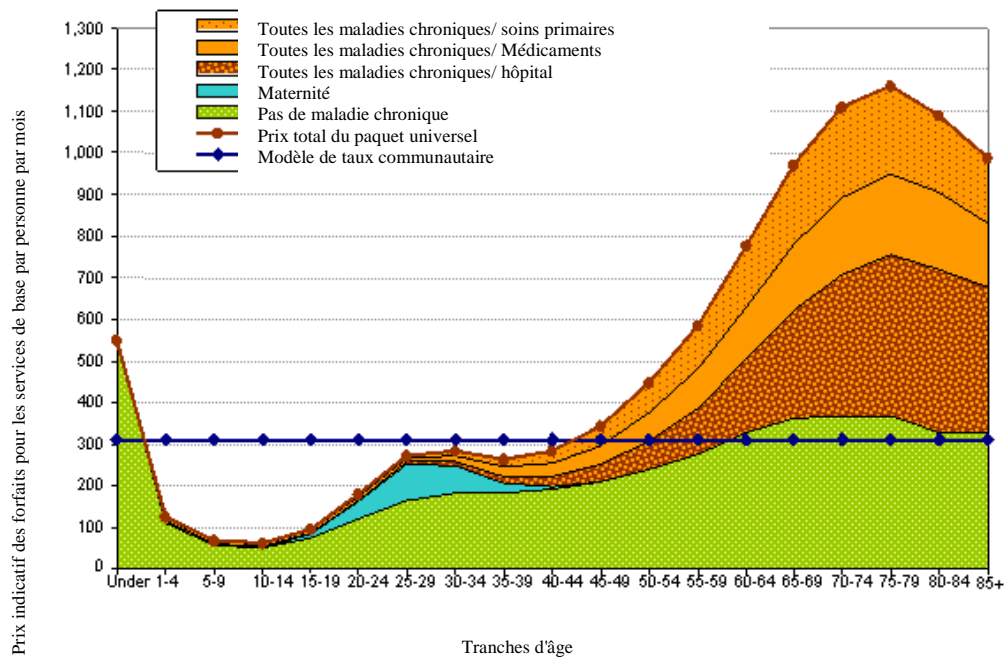
Les diverses sources de financement de la santé n'ont pas toutes la même capacité de mutualiser les risques sanitaires. Les recettes générales mutualisent les risques lorsque leurs recettes sont utilisées pour des soins accessibles à tous. L'assurance sociale obligatoire peut fournir une mutualisation importante, si la couverture est plus ou moins universelle. Les régimes privés d'assurance collective ne mutualisent les risques sanitaires qu'au sein d'un groupe sélectionné comme par exemple les employés d'une entreprise donnée, ou les membres d'un groupe professionnel. Le paiement direct versé par les patients ne permet aucune mutualisation (Hsiao, 2008)

#### Sélection des risques

La sélection des risques indique que les personnes présentant un risque sanitaire plus élevé que la moyenne sont le plus souvent identifiées et exclues de l'assurance maladie privée. Ceux qui ont le plus grand besoin de soins de santé, les personnes âgées, les malades chroniques, les femmes en âge de procréer, par exemple, sont confrontés à des problèmes d'accès aux soins. Les gouvernements ont souvent essayé de mettre en place une réglementation permettant d'éviter la sélection des risques ou l'écrémage, mais les assurances privées se sont avérées créatives à la fois dans la sélection et dans l'exclusion des mauvais risques. Le graphique ci-dessous concernant l'Afrique du Sud, montre la relation entre l'âge (un facteur de risque identifiable) et le coût estimé du recours aux soins de santé. La ligne horizontale de couleur bleue montre la cotisation individuelle moyenne à cette mutuelle. Il est évident que si les mauvais risques devaient être exclus, c'est à dire, les personnes âgées ou la protection maternelle qui sont deux risques facilement identifiables, la cotisation moyenne versée à la mutuelle baisserait.

---

Figure 1.4 Relation entre l'âge (un facteur de risque identifiable) et le coût estimé du recours aux soins



Bien que l'Assurance sociale maladie demeure une option politique privilégiée, peu de pays en Afrique subsaharienne ont réussi à mettre en œuvre un régime d'Assurance sociale maladie. Les quelques exemples de régimes d'assurance sociale en Afrique subsaharienne se sont développés à partir de deux types d'assurance distincts : l'Assurance sociale maladie et les régimes d'assurance communautaire, décrits au paragraphe 1.2.1.4 ci-dessous.

### Encadré 1.2 Développement de l'Assurance sociale maladie: le cas du Ghana

Le Ghana est l'un des rares pays africains qui ont récemment mis en œuvre un régime national d'assurance maladie (NHI). Auparavant d'autres pays africains ont tenté de mettre en œuvre l'Assurance maladie nationale mais ils n'ont pas très bien réussi (Atim et coll., 2009). Puisque ce modèle dépend fortement de la capacité des gouvernements à imposer l'adhésion obligatoire par le biais de taxes salariales, il convient davantage aux contextes présentant un niveau élevé d'emploi formel bien rémunéré et réglementé (Cichon et coll., 2003 ; Coheur et coll., 2007).

Le régime national ghanéen d'assurance maladie a adapté le modèle de l'Assurance sociale maladie afin d'inclure les travailleurs informels dans le régime en utilisant à la fois des éléments de l'Assurance sociale maladie et de l'assurance communautaire. En combinant un réseau de régimes d'assurance communautaire avec une autorité et une source de financement centrales (la composante Assurance sociale maladie) afin de garantir la couverture nationale et la viabilité financière des régimes, l'Assurance maladie nationale a intégré les deux modèles.



Avant la création du régime national d'assurance maladie, la politique de financement de la santé au Ghana s'appuyait entre autres sur les tickets modérateurs, aussi appelés « formule du payer-prendre » dont le but était le recouvrement de 15% des dépenses publiques de santé (Asenso-Okyere et coll., 1997). Le système du payer-prendre n'a pas été une réussite sur le plan social et financier. Le ministère de la Santé recouvrait en moyenne environ 10% de ses coûts annuels par le biais des tickets modérateurs (Asenso-Okyere et coll., 1997). Par ailleurs, les tickets modérateurs ont amené une baisse du nombre de personnes ayant recours aux services de soins (Waddington et Enyimayew, 1989).

Le régime national d'assurance maladie a été créé par la loi n° 650 d'août 2003 garantissant l'accès universel et équitable à un ensemble de soins de base de haute qualité pour tous les citoyens qui résident au Ghana (Asante et Aikins, 2008).

La caisse d'Assurance sociale nationale a été établie pour payer l'Assurance sociale nationale par le biais : i) des subventions versées au régime ; ii) de la réassurance pour les régimes ; iii) du coût de l'inscription des pauvres ; iv) de l'appui à l'accès aux soins. Cette caisse est alimentée par les sources suivantes :

- La taxe nationale pour l'assurance maladie (NHIL) – 2,5% de la TVA.
- Retenues sur le salaire (2,5% des revenus) pour le secteur formel
- Employés
- Autres crédits votés par le parlement, revenus des investissements, donations ou prêts
- En outre, le système d'information pour la gestion sanitaire régionale (DHMIS) mobilisera des fonds grâce aux primes des membres du secteur informel, qui seront fixées par un accord avec l'Agence nationale de l'assurance maladie (NHIA). (Witter S. et al, 2008)

Une étude récente a montré que le financement de l'Assurance maladie nationale était progressif (les riches paient plus pour la santé que les pauvres). L'équité du régime est toutefois diminuée par : i) la participation financière du secteur informel, qui, bien que réduite, (environ 5%), est extrêmement régressive ; et ii) les débours des ménages (OOPE) qui sont encore une charge financière pour certaines populations, dans la mesure où les exonérations et exemptions formulées n'ont pas été efficacement appliquées (Akazili et coll., 2011).

L'Assurance maladie nationale a été lancée en 2005, mais devrait évoluer encore dans la mesure où un compromis s'avérera nécessaire entre la spécification actuelle du paquet de prestations/ avantages sociaux (sans tickets modérateurs) et l'objectif de la couverture universelle (Witter S., et coll., 2009).

### 1.2.1.3 Assurance privée

L'assurance privée volontaire : les acheteurs sont prêts à payer une prime aux compagnies d'assurance qui à leur tour :

- i) mutualisent les risques sanitaires et assurent la couverture des dépenses de santé de leurs membres ;
- ii) passent des contrats et paient les prestataires qui offrent des soins de santé aux membres.

Les achats d'assurance peuvent se faire à titre individuel ou collectif et, à la différence de l'Assurance sociale maladie, les primes reflètent les risques de l'acheteur plutôt que leur capacité contributive.

La couverture de l'assurance privée volontaire en Afrique subsaharienne est généralement très faible. Les exceptions notables sont l'Afrique du Sud, la Namibie et le Zimbabwe où le marché est plus développé.

### 1.2.1.4 Financement communautaire

Les régimes d'assurance maladie communautaire (AMC) qu'on appelle aussi mutuelles de santé (MS) ou micro-assurances maladies, sont des régimes à but non lucratif, basés sur l'adhésion volontaire et de faibles primes (Coheur et coll., 2007). L'Assurance maladie communautaire se propose d'étendre les avantages de l'assurance aux populations qui ont été exclues des régimes de protection sociale traditionnelles, comme les populations rurales et ceux qui travaillent dans le secteur informel urbain. Ces groupes représentent la majorité de la population dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

L'Assurance maladie communautaire est le plus souvent financée comme toute autre assurance, par le biais de cotisations périodiques des membres ou des cotisants, parfois complétées par des activités génératrices de revenus organisées par la communauté. La plupart des assurances maladie communautaires sont à cotisations/prestations déterminées et la couverture requiert des cotisations régulières. Cette exigence les différencie des projets d'auto-assistance/entraide traditionnels qui déterminent les avantages/allocations en fonction du besoin du membre et des ressources disponibles. Ces derniers ont aussi tendance à être de nature multirisque, couvrant non seulement les problèmes de santé, mais aussi les risques associés au cycle de vie comme la naissance, le mariage et la mort. Les régimes traditionnels n'ont qu'une capacité limitée à protéger leurs membres des dépenses catastrophiques engendrées par la mauvaise santé (Lievens, 2011).

Les régimes d'Assurance maladie communautaire ont tendance à se développer dans les pays où les réseaux sociaux sont forts avec une tradition d'entraide et d'action sociale bien établie. Et là où les services de soins sont d'une qualité acceptable avec des tickets modérateurs relativement élevés. À la différence de l'assurance sociale maladie, ces régimes fonctionnent pour la plupart, mais pas exclusivement, dans le secteur informel.

Ils mobilisent des ressources supplémentaires pour le système de santé<sup>10</sup>, dans la mesure où ils captent les ressources d'un groupe qui est habituellement exclu. Ils constituent par conséquent, une source complémentaire de financement intéressante, bien que les montants effectifs qu'ils mobilisent soient limités dans la mesure où ces régimes ont eu de la difficulté dans le passé à augmenter les montants mobilisés au-delà du niveau communautaire (Atim et coll., 2009).

En outre, les régimes d'assurance maladie communautaire sont souvent assujettis à des difficultés quant à leur viabilité financière : ils présentent habituellement de faibles ratios de recouvrement des coûts<sup>11</sup>, des taux élevés d'abandon, une faible mutualisation des risques et de faibles primes, facteurs qui contribuent tous au problème (Coheur et coll., 2007).

---

<sup>10</sup> Björn Ekman (2004), «Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence » (L'assurance maladie communautaire dans les pays à faible revenu : une étude systématique des données, *Politiques et planification de la santé* 19(5): 249–270. Les régimes examinés par Ekman couvraient l'Afrique et l'Asie; toutefois la majorité des régimes étaient africains.

<sup>11</sup>L'examen systématique de la documentation d' Ekman et al, a permis de constater que le taux moyen de recouvrement des coûts était de l'ordre de 25%.

La croissance rapide des régimes d'Assurance maladie communautaire dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne est un phénomène relativement récent, quoique l'histoire de tels régimes en Afrique remonte à plus loin<sup>12</sup> et la couverture de la population par ces régimes demeure faible malgré un soutien important à long terme dans certains cas, particulièrement de la part de programmes financés par les donateurs internationaux. Le dernier inventaire complet des pays francophones de l'Afrique occidentale et centrale, dressé en 2003, a répertorié 622 mutuelles de santé, dont 366 était considérées comme « actives » et les autres en voie de développement, prévues, défaillantes ou autrement inactives<sup>13</sup>. La population couverte par toutes les mutuelles de santé de la sous-région<sup>14</sup> a été estimée à 1 900 000 bénéficiaires. En termes de couverture de la population totale, la recherche a permis de constater que la couverture effective de la population est relativement faible, atteignant une moyenne d'environ 10% des populations cibles<sup>15</sup>. Par conséquent, la viabilité financière présente un défi pour l'Assurance maladie communautaire.

### Encadré 1.3 L'Assurance maladie communautaire en Afrique de l'Ouest : défi d'envergure et solutions possibles

D'après les données disponibles, il y aurait au moins 1000 régimes d'Assurance sociale maladie en Afrique de l'Ouest, dont la plupart n'ont que peu d'adhérents. 95% des régimes comptent moins de 1000 membres (Ndiaye et coll., 2007; Waelkens & Criel, 2004).

Il est possible d'apprendre comment intégrer les pauvres dans les programmes d'assurance maladie en Afrique en tirant les leçons de diverses expériences à cet égard. Les mesures suivantes sont les plus répandues.

**Figure 1.5 Mesures destinées à promouvoir l'assurance maladie parmi les pauvres, en tirant les leçons des expériences africaines**

Mesure	Exemples	La mesure augmente-t-elle le nombre de pauvres qui adhèrent?	Rappels
a. <b>Prime subventionnée à 100%</b>	Rwanda, Ghana, Tanzanie	Oui, si la subvention est effectivement appliquée	Des fonds suffisants doivent être disponibles pour compenser les primes que les pauvres ne paient pas. La population doit être informée de l'existence de la subvention.
b. <b>Prime partiellement subventionnée</b>	Burkina Faso, Ghana	Oui, pour certains d'entre eux	Même les primes « minimales » que les ménages doivent payer sont des obstacles pour les plus pauvres parmi eux.
c. <b>Prime variée en fonction des revenus</b>	Bangladesh	Oui, si le niveau de la prime est bien établi	Le niveau des primes doit refléter correctement les niveaux de richesse dans la population.
d. <b>Prime payée en nature ou en travail</b>	Éthiopie, Inde	Selon les indications, cela serait acceptable pour les pauvres	Le « montant » du paiement en nature ou en travail doit être clairement défini pour éviter l'exploitation.
e. <b>Des prêts contribuent au paiement de la prime</b>	Rwanda	Oui pour les ménages modérément pauvres	Le soutien institutionnel est important pour faciliter l'accès aux prêts en faveur des ménages modérément pauvres.

<sup>12</sup> Certains régimes d'Assurance maladie communautaire ont démarré au « Congo belge » et au Burundi dans les années 50.

<sup>13</sup> La Concertation. 2004. « Inventaire des mutuelles de santé en Afrique : Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays », Octobre 2004. Une tentative pour mettre à jour cet inventaire en 2007 n'a pas très bien réussi ; cet exercice aurait dû être repris afin de donner un aperçu plus exact de la situation la plus récente quant au développement de ces régimes.

<sup>14</sup> Calculée en appliquant la taille moyenne d'une mutuelle dans un pays donné au nombre total de mutuelles recensées dans chaque pays.

<sup>15</sup> Ekman (2004)

f. La prime est divisée en plusieurs paiements moins importants	Ouganda, Mali, Sénégal, Tanzanie	Oui pour les ménages modérément pauvres	
g. Paiement de la prime au moment de la moisson	Burkina Faso, Guinée-Conakry	Selon les indications, cela pourrait convenir aux ménages modérément pauvres	Il est important de connaître les périodes annuelles de disponibilité des ressources.

Source: Morestin & Ridde (2009)

#### Encadré 1.4 Passage de l'assurance maladie communautaire à la couverture universelle : le modèle du Rwanda

Le Rwanda, cherchant à améliorer l'accès aux services de soins après le génocide, a mis l'accent sur l'élargissement de l'accès du secteur informel à l'assurance maladie par le biais du développement des mécanismes communautaires. S'appuyant sur l'expérience acquise lors de projets pilotes antérieurs, le gouvernement a soutenu des initiatives de démarrage, et plus d'une centaine d'assurances mutualistes ont été créées entre 2000 et 2003. La couverture de la population a continuellement augmenté au cours de cette période et a été estimée à 27% en 2004. La couverture a encore augmenté en 2005 grâce au financement extérieur. Le but de cette expansion était d'augmenter rapidement le nombre d'adhérents parmi les groupes vulnérables au moyen de primes subventionnées et de renforcer les capacités administratives et les mécanismes de mutualisation.

Par conséquent ces régimes ont été financés par les cotisations des adhérents (primes) recueillies par les agents de santé communautaires et transférées à une caisse mutuelle régionale également subventionnée par d'autres sources, y compris le gouvernement. Pour les adhérents non-subventionnés, les primes sont versées annuellement et en 2006, elles s'élevaient à 1,8 US\$ par personne par an.

Dès 2007, environ 74% de la population bénéficiait d'une couverture d'assurance maladie. En 2008, un cadre juridique formel pour les mutuelles de santé a été créé par l'adoption d'une loi sur les mutuelles de santé. Cette loi rend obligatoire l'adhésion à une assurance maladie.

La loi a également introduit les subventions croisées formelles entre les régimes d'assurance maladie ouvrant ainsi la voie à une mutuelle nationale éventuelle.

En 2010, la couverture de l'ensemble de la population par l'Assurance maladie communautaire était de 36,6%. (Saksena P. et coll., 2010). Une enquête menée par le rapport sur la santé de l'OMS en 2010, a permis de constater que l'adhésion aux Assurances maladie communautaires au Rwanda était associée à un recours plus important aux services ainsi qu'une meilleure protection contre les risques financiers pour les ménages. L'enquête a trouvé en revanche, que la protection offerte à l'heure actuelle par l'Assurance maladie communautaire est de nature limitée. Le Rwanda est l'un des meilleurs exemples du recours à l'Assurance maladie communautaire comme source complémentaire de financement pour le système de santé.

Source des données : Saksena P. et coll., Impact des mutuelles de santé sur l'accès aux soins et la protection contre les risques financiers dans le Rapport rwandais sur la santé dans le monde (2010), Rapport de synthèse, 6

#### 1.2.1.5 Débours des ménages

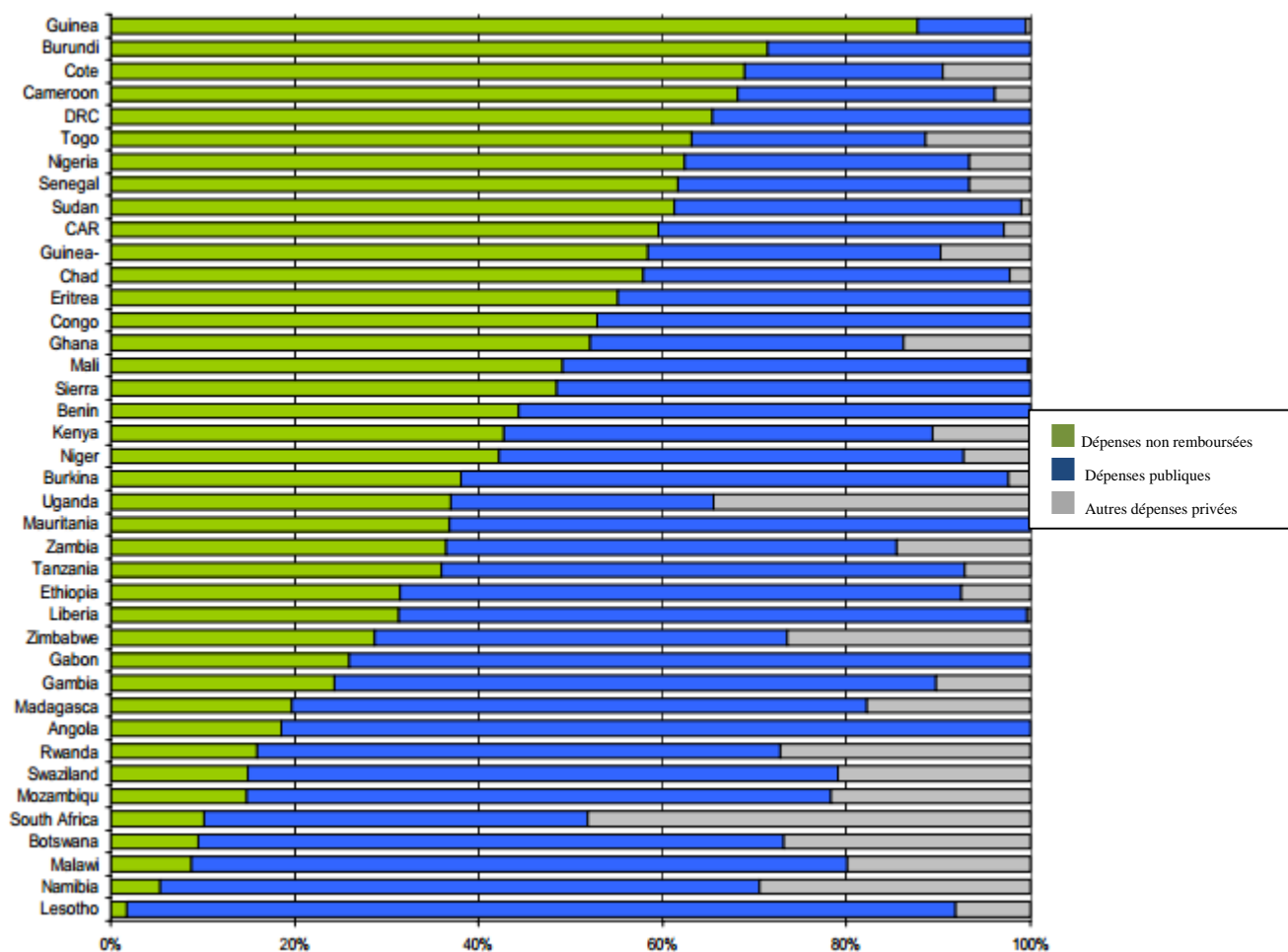
Les dépenses de santé non remboursées (ou débours des ménages)<sup>16</sup> (OOPE) concernent les débours directs des ménages, y compris les gratifications et les paiements en nature versés aux professionnels de la santé et aux fournisseurs de produits pharmaceutiques, d'appareils thérapeutiques et autres biens et services. Ces débours incluent les paiements directs des ménages aux prestataires de soins publics et privés, aux hôpitaux, aux institutions à but non lucratif et le partage des coûts non remboursables, tels que les franchises, les tickets modérateurs, et les rémunérations à l'acte. Ils excluent les coûts indirects auxquels les ménages doivent faire face pour avoir accès aux soins, tels que le transport à l'établissement sanitaire, et le coût du temps d'attente associé à la recherche des soins.

Comme le montre la figure ci-dessous, la plupart des dépenses privées dans les pays d'Afrique subsaharienne (80%) sont des dépenses non remboursées payées directement par les ménages lors de la réception du service.

---

<sup>16</sup> Les débours des ménages (OOPE) se distinguent des dépenses de santé privées : la somme des dépenses de santé versée aux plans prépayés et aux dispositifs de mutualisation, les dépenses de santé des entreprises, les institutions sans but lucratif qui desservent principalement les ménages, et les dépenses non remboursées des ménages .

**Figure 1.6 Les dépenses totales de santé, par source, 2005**



Source: Système OMS d'information statistique (WHOSIS) et CD-ROM de la base de données de la Banque mondiale 2008

Bien que l'accès aux soins et la protection financière contre le coût des problèmes de santé imprévus soient la préoccupation centrale de la majorité voire de toutes les politiques internationales de santé, comme l'a confirmé l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) 2005<sup>17</sup>, les dépenses privées de santé dans la région africaine n'ont pas beaucoup évolué entre 2000 et 2008. Elles représentent toujours plus de la moitié du financement du secteur de la santé, dont la majorité vient des débours des ménages (OOPE) ce qui implique une forte probabilité de dépenses de santé catastrophiques (pour plus de détails, consultez l'encadré ci-dessous).

### Encadré 1.5 Dépenses catastrophiques de santé

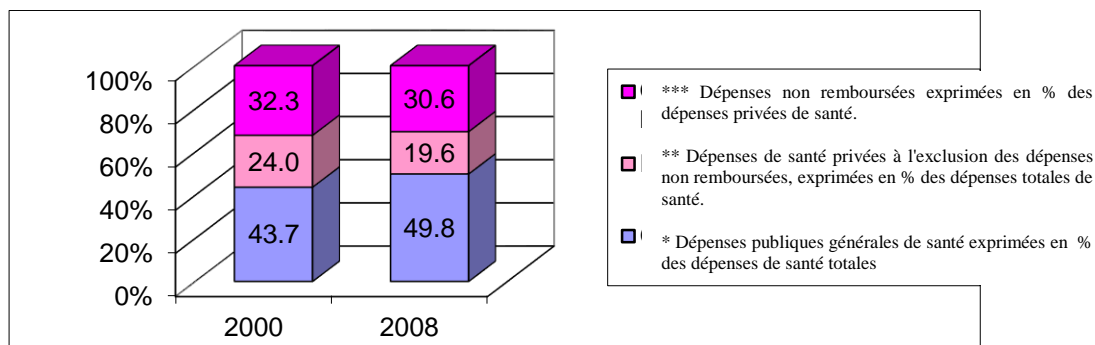
Les dépenses catastrophiques ont lieu lorsque les ménages dépensent plus de 40% de leurs revenus disponibles (déduction faite des dépenses de subsistance) sur la santé (OMS, 2005)<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> AMS 58/ 33

<sup>18</sup> OMS, La conception de systèmes de financement de la santé en vue de réduire les dépenses de santé, Genève, OMS, technique, 2005 .

On dit qu'un ménage est vulnérable aux chocs de santé si la valeur nette de son budget de consommation tombe en-dessous du seuil de pauvreté national à cause de problèmes de santé majeurs. Il ne s'agit pas uniquement du choc de santé ni des dépenses de santé non remboursées, mais de la probabilité que lorsqu'un choc de santé survient, les dépenses de consommation totales du ménage (nettes de dépenses de santé) tombent en-dessous d'un seuil de pauvreté prédéterminé.

**Figure 1.7 Comparaison entre les dépenses non remboursées et les dépenses privées et publiques dans la région africaine**



Source des données: Statistiques sanitaires mondiales, 2011

### Encadré 1.6 Compte d'épargne médicale

Les comptes d'épargne médicale sont une méthode de paiement direct qui ont fait l'objet d'une attention particulière dans les débats internationaux sur la réforme du secteur de la santé. L'exemple typique se trouve à Singapour (Hsiao, 1995) où les ménages constituent des réserves financières pour faire face à leurs propres dépenses de santé. Le plan d'épargne est obligatoire et a été mise en place en prévision d'une population vieillissante et du recours accru aux soins de santé. La politique a introduit une épargne obligatoire (basée sur un pourcentage du salaire), versée sur des comptes d'épargne individuels spécialement dédiés à cet effet, qui serviront par la suite à payer les soins hospitaliers. Le système est un plan d'épargne conçu pour contraindre les travailleurs à économiser maintenant en prévision des fortes dépenses médicales dans les années à venir. Ni les risques de santé ni les ressources financières ne sont mutualisés, et les ménages mettent de l'argent de côté, afin de couvrir leurs propres soins de santé à l'avenir. Le plan fournit une certaine protection financière. En 1990, lorsqu'il est apparu que de nombreux ménages avaient du mal à payer les soins hospitaliers malgré les comptes d'épargne médicale, Singapour a révisé le plan d'épargne en y ajoutant un plan d'assurance de catastrophe au titre duquel les travailleurs paient leurs primes au moyen de retraits effectués sur leurs comptes d'épargne médicale (Lim, 1998).

Un environnement réglementaire et un système fiscal bien développés doivent être en place afin de permettre la mise en œuvre d'un tel plan.

#### 1.2.1.6 L'Aide au développement, les donateurs

La dépendance à l'égard de l'aide peut se définir comme une situation où un pays est incapable d'exécuter les fonctions essentielles du gouvernement, l'exploitation et l'entretien, ni la prestation des services publics de base sans avoir recours au financement et à l'expertise de l'aide étrangère. Des mesures « d'intensité » de l'aide sont utilisées pour faire une estimation approximative du niveau de

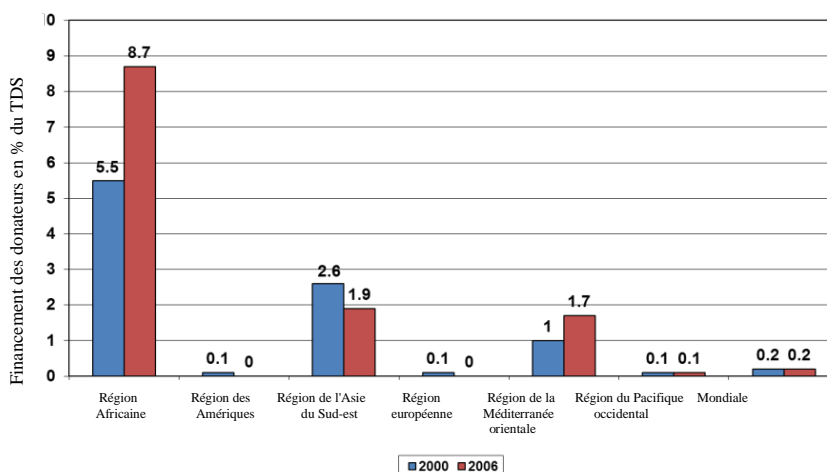
dépendance: les pays recevant de l'aide étrangère atteignant un niveau d'au moins 10% du PNB sont considérés comme dépendants de l'aide (Bräutigam D., 2000).

De nombreux pays à faible revenu, ciblés pour obtenir une augmentation importante d'aide extérieure, ont déjà reçu dans le passé des flux d'aide sans précédent. En 2003, l'APD envoyée en Afrique subsaharienne équivalait à 7% du RNB de l'ensemble du continent africain (à l'exclusion du Nigéria et de l'Afrique du Sud<sup>19</sup>). Exactement la moitié des 46 pays de la région, disposant de données pour 2003 ont reçu plus de 10% du RNB en APD, et 11 pays ont reçu plus de 20%. Globalement, une série d'environ vingt-quatre pays a reçu au moins un dixième du RNB sous forme d'aide dans les deux dernières décennies (Moss et coll., 2006).

Le secteur de la santé en Afrique subsaharienne est souvent très dépendant de l'aide ; par conséquent, l'aide extérieure joue un rôle important dans le financement du secteur de la santé de toutes les sous-régions d'Afrique et notamment en Afrique de l'Est.<sup>20</sup>

L'aide extérieure joue un rôle important dans le financement du secteur de la santé de toutes les sous-régions de l'Afrique et notamment en Afrique de l'Est.<sup>21</sup> Les ressources externes représentent 17% des dépenses totales de santé et plus d'un tiers des dépenses de santé dans les pays à faible revenu (PED). Depuis deux décennies déjà, l'aide des donateurs pour la santé est montée en flèche – en 2006, elle a atteint un niveau spectaculaire de 3,7 milliards d'US\$<sup>10</sup>. L'Afrique subsaharienne a été le bénéficiaire principal de cette aide, comme indiqué à la figure 1.8

**Figure 1.8 Le financement de la santé par les donateurs dans les régions de l'OMS (2000, 2006)**



Source : OMS, 2009

Comme le montre la figure ci-dessus, la grand majorité des pays d'Afrique subsaharienne sont très dépendants du soutien des donateurs dans le secteur de la santé.

<sup>19</sup> Si l'on inclut l'Afrique du Sud et le Nigéria, deux économies importantes qui reçoivent très peu d'aide, cette proportion tombe à 5,7 pour cent du RNB (Indicateurs du développement dans le monde, 2005)

<sup>20</sup> Si l'Afrique du Sud est incluse dans l'analyse, l'aide extérieure en tant que part des dépenses totales de santé tombe à 2% dans la sous-région d'Afrique australe, les dépenses totales de santé par habitant augmentent pour atteindre 365 US\$ et le PIB moyen par habitant passe à 4,284 US\$.

<sup>21</sup> Si l'Afrique du Sud est incluse dans l'analyse, l'aide extérieure exprimée en % des dépenses totales de santé, tombe à 2% dans la sous-région d'Afrique australe, les dépenses totales de santé par habitant passent à 365 US\$ et le PIB moyen par habitant passe à 4,284 US\$.



Néanmoins, ce montant est encore bien en-dessous des estimations du niveau d'aide requis pour financer les soins de santé de base ; l'OMS<sup>22</sup> a estimé en 2001 que l'Afrique aurait besoin de 19 milliards d'US\$ sous forme d'aide, afin d'augmenter le nombre de services de santé essentiels.

### 1.2.1.7 Sources de financement innovantes

Sambo et coll. (2011) ont récemment noté : « [bien que l'Afrique ait la charge de morbidité la plus élevée de toutes les régions, ses dépenses de santé par habitant sont les plus faibles de toutes les régions. En 2007, 27 pays sur 53 (51%) ont dépensé moins de 50 US\$ par personne pour la santé. Près de 30% des dépenses de santé totales provenaient des budgets de l'État, 50% de sources privées (dont 71% sous forme de paiements directs des ménages) et 20% des donateurs». Il faudra davantage de ressources et moins de dépenses non remboursées pour financer le secteur de la santé si l'Afrique subsaharienne souhaite vraiment améliorer ses indicateurs et atteindre les OMD.

Après une décennie où l'APD n'a cessé d'augmenter, elle a commencé à baisser, principalement à cause des restrictions budgétaires survenues à la suite de la crise financière de 2008. Les flux d'aide à l'avenir sont incertains. Par ailleurs, l'Afrique se transforme sur le plan économique et devient rapidement l'une des destinations les plus recherchées au monde pour les investissements. La croissance économique est de 6% par an en moyenne depuis une décennie ; et 40% des 20 pays dont la croissance économique est la plus rapide au monde, sont des pays africains. Bien que des différences importantes subsistent entre les pays, il en ressort que de nombreux pays africains sont et seront au fil du temps, de plus en plus capables de générer des ressources pour les services publics. Toutefois, pour le moment, beaucoup d'économies africaines ont du mal à produire suffisamment de ressources pour la santé. C'est en partie la raison pour laquelle de nombreux gouvernements africains se tournent vers des sources alternatives.

Les sources alternatives de financement les plus utilisées sont présentées ci-dessous<sup>23</sup>. Nombre d'entre elles sont des impôts directs ou indirects, et par conséquent, les recommandations quant à leur utilisation devraient tenir compte d'éventuels effets économiques indésirables.

- ❖ **Taxe aérienne** : une taxe de solidarité sur les billets d'avion était utilisée par le passé afin d'atténuer les impacts indésirables de la mondialisation et de fournir des fonds pour financer le traitement du VIH/SIDA. Les revenus d'UNITAID (l'aide internationale d'accès aux médicaments) qui est une organisation internationale, proviennent essentiellement des taxes aériennes prélevées par ses pays membres. Toutefois une taxe aérienne peut aussi être appliquée par des pays individuels en dehors du cadre d'UNITAID et à des fins autres que le financement des programmes de lutte contre le SIDA.
- ❖ **Taxe sur l'alcool et/ou les cigarettes**. Il existe un lien établi entre la consommation de l'alcool et/ou le tabagisme et la détérioration de la santé, et par conséquent, l'argument selon lequel les fonds mobilisés grâce à ces taxes devraient être utilisés par le secteur de la santé (et peut-être même par des domaines spécifiques du secteur), est un argument plausible.

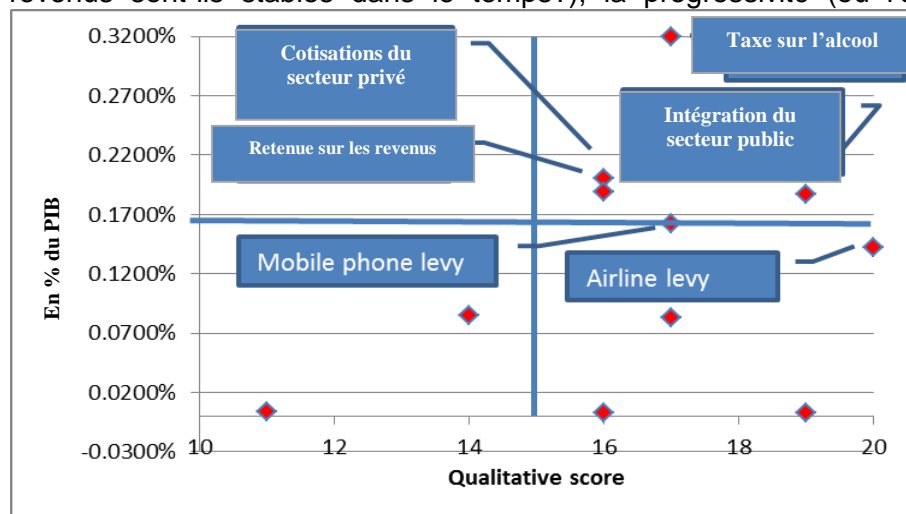
<sup>22</sup> Commission Macroéconomie et Santé (CM S).

<sup>23</sup> Cette section est en grande partie empruntée au travail effectué par OPM pour le compte de l'ONUSIDA.

- ❖ **Taxe sur la téléphonie mobile.** Le secteur des télécommunications dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire, a connu une croissance sans précédent. Il a été proposé qu'une petite taxe non discriminatoire mais qui génère d'importants revenus, pourrait être appliquée aux appels mobiles.
- ❖ **Taxes sur les envois (transferts) de fonds.** Le fait d'imposer une taxe sur les transferts de fonds internationaux a été identifié comme source de revenus potentielle obtenus en ajoutant une petite redevance aux sommes transférées depuis l'étranger. Bien qu'il y ait de nombreux envois de fonds dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, ceux-ci n'ont pas encore été assujettis à des taxes. Les envois de fonds peuvent s'effectuer par l'entremise de canaux formels et informels mais la décision d'imposer une taxe sur ces envois n'aurait d'impact que sur les transactions du secteur formel. Le coût supplémentaire du transfert de fonds par le biais de canaux formels pourrait encourager l'utilisation accrue des canaux informels ou réduire le nombre de transferts de fonds, car l'élasticité des prix reste plus ou moins inconnue. Dans la mesure où les envois de fonds représentent au moins 2,5 fois le volume de l'aide publique au développement et fournissent un filet de sécurité important pour les familles pauvres, il faut être prudent quant à l'application d'une taxe sur les envois de fonds.
- ❖ **Taxe sur le tourisme.** Il est relativement facile d'imposer une taxe sur le tourisme qui est par ailleurs une cible de prédilection pour l'imposition à cause de son fort potentiel de recettes fiscales. En outre, la taxation du tourisme amène moins de conflits politiques dans la mesure où les touristes ne sont pas des électeurs. Des taxes spécifiques au tourisme peuvent être justifiées et utiles lorsqu'elles sont facilement administrées par les gouvernements, faciles à respecter et génèrent des revenus de manière efficace. Deux taxes sur le tourisme sont très répandues ; les droits d'entrée/sortie et les taxes sur l'hébergement/les chambres d'hôtel.
- ❖ **Les fonds dormants** ou les avoirs en déshérence sont des biens non-réclamés pendant une période de temps déterminée. La conception de la politique à cet égard, consiste à investir les fonds tout en cherchant leur propriétaire. Les intérêts courus pourraient être encaissés par le gouvernement afin de financer les services sociaux. Les bonnes pratiques actuelles dans la gestion des avoirs financiers en déshérence proposent l'établissement d'un cadre juridique et réglementaire spécifique. Pour ce faire, il convient d'identifier les avoirs financiers en déshérence conformément à des définitions prescrites sans oublier la ségrégation, la déclaration et la remise des actifs à une caisse ou 'trust' de réclamations centrale. La part des fonds remis qui dépasse ce qui est requis pour satisfaire aux demandes des propriétaires de ces biens, est investie dans le développement social, communautaire et économique.

L'étude menée par l'OPM pour le compte de l'ONUSIDA et intitulée « Le potentiel des mécanismes de financement innovants pour le VIH, la santé et le développement » montre aussi que les revenus potentiels varient énormément d'une source à l'autre. Plus surprenant encore, le même mécanisme ne produit pas toujours le même niveau de recettes dans les divers pays, dans la mesure où les revenus potentiels dépendent aussi de l'ampleur du secteur auquel le mécanisme est appliqué et dans le cas des impôts, de la marge disponible pour ajouter des impôts supplémentaires.

Une évaluation qualitative de chacune des sources alternatives de financement montre en outre, que certaines sources sont plus avantageuses que d'autres. De manière générale, chaque mécanisme attire des scores qui diffèrent selon les domaines : la viabilité (ou la longévité), la stabilité (les revenus sont-ils stables dans le temps?), la progressivité (ou l'équité dans le financement),



l'efficacité administrative et les effets secondaires (négatifs et positifs).

La figure ci-contre présente les divers mécanismes en fonction de deux dimensions: leur score qualitatif et les revenus qu'ils produisent, exprimés en % du PIB. En haut et à droite se trouvent les options qui ont un score élevé à la fois pour l'évaluation qualitative et pour leur participation

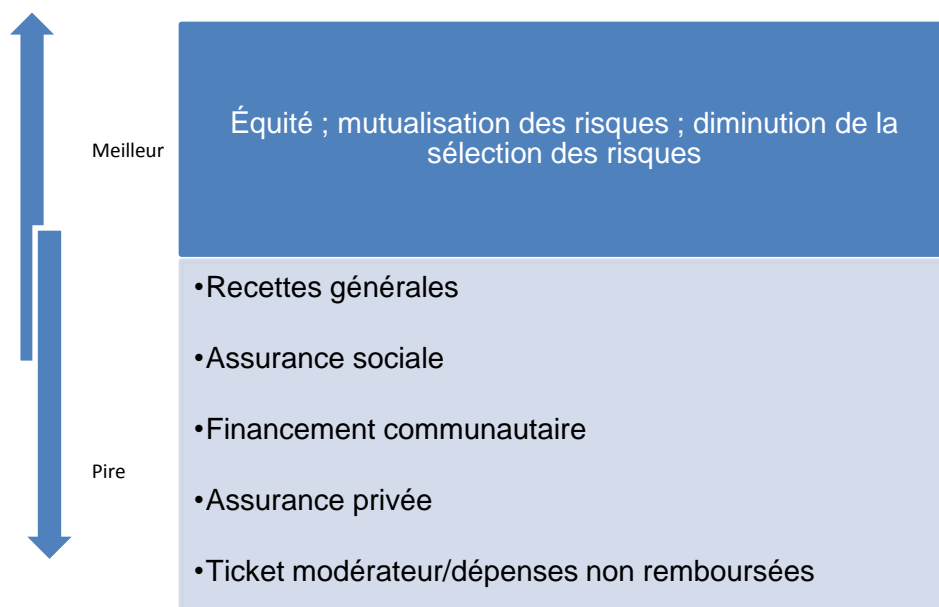
financière potentielle. Cette figure fournit des directives pour les pays qui évaluent les sources alternatives de financement.

### 1.2.2 Sources de fonds, équité et protection financière

Le financement des soins de santé est l'outil principal dont les gouvernements disposent pour gagner en équité ; en effet, il leur permet d'allouer les ressources aux bénéficiaires ciblés grâce à différents moyens. Il peut orienter les subventions par catégorie de revenus, selon le statut de santé et socio-économique d'une communauté, par classe de service d'hospitalisation, et par types de services.

Les différentes sources de fonds peuvent être situées sur une échelle mesurant l'équité, fonction dépendante en partie de leurs caractéristiques concernant la mutualisation et la sélection des risques (définies au paragraphe 1.2.1.2), comme cela est illustré dans la figure ci-dessous. Nous examinerons ces aspects pour chacune des sources mentionnées.

**Figure 1.9 Échelle des principales méthodes de financement des soins de santé en matière d'équité, de mutualisation des risques, de sélection des risques et d'efficience**



Adapté de la conférence de William Hsiao. « *Health Care Financing: An Overview* » (Le Financement des soins de santé : Un aperçu), 12 novembre 2009

\*L'efficience inclut l'efficience technique et les frais administratifs.

Les sources de **recettes générales** sont financées par les richesses nationales et pourraient servir à redistribuer les ressources entre les populations à haut risque et à risque faible, ainsi que dans toutes les catégories de revenu. Ainsi, elles sont considérées comme la source de financement la plus équitable. Dans les pays décentralisés, cette méthode peut encourager certaines régions à diminuer leur participation au recouvrement des impôts et à profiter des efforts collectifs des zones plus riches du pays. Dans ce cas, décentraliser les décisions fiscales court le risque de créer une tendance à la baisse, surtout si la concurrence entre les régions les entraîne à diminuer les impôts pour attirer les entreprises ; de plus, les régions (en général celles ayant le plus de pouvoir) peuvent s'opposer à la création d'un système de redistribution interrégional, précisément car leurs propres avantages sont menacés.

Les recettes générales sont la façon la plus efficace de rassembler des fonds pour les soins de santé ; en effet, les frais administratifs de collecte de ces ressources sont moindres par rapport aux autres sources de financement. Comme l'illustrent la deuxième session et le discours d'orientation, les obstacles associés à cette source de financement sont généralement les capacités faibles du gouvernement en ce qui concerne le système d'élaboration du budget et de gestion des dépenses, ainsi que des mécanismes d'achat de soins de santé tout autant inadaptés.

L'**assurance sociale** est généralement progressive (Azakili et coll., 2011), ce qui la place haut sur l'échelle d'équité, puisqu'elle permet le subventionnement croisé et la mutualisation des risques entre les personnes en bonne santé et plus aisées et celles en moins bonne santé et moins aisées. Les risques de santé sont très inégaux : on estime en général que 10% de la population consomme 60% des

dépenses totales en soins de santé, tandis que 30% n'effectue pas de dépenses dans ce secteur. Le mécanisme est fondé sur les paiements réguliers et prévisibles de tous les membres, afin de couvrir les frais imprévisibles en cas de maladie et/ou de blessure, assurant ainsi une protection financière à tous les membres du régime ; dans ce contexte, l'assurance maladie présente donc des caractéristiques attrayantes.

L'**assurance privée** est fondée sur une approche de marché libre, où le consommateur est censé faire des choix éclairés et rationnels, et où le marché est censé satisfaire les préférences individuelles tout en optimisant l'efficacité. Selon la théorie économique, cela signifie que chaque ménage chercherait les biens de meilleure qualité au meilleur prix, ce qui à son tour forcerait les prestataires à entrer en concurrence pour offrir les meilleurs produits de la façon la plus efficace. L'assurance privée est ainsi un régime volontaire, motivé par la perspective du profit ; il est en concurrence pour gagner des clients en fonction du « prix » et de la qualité.

L'abondante documentation économique montre qu'une approche fondée sur le marché n'est pas la meilleure pour produire et allouer des ressources aux biens publics et tutélaires ; les gouvernements sont obligés d'intervenir pour rectifier les échecs du marché et combler les vides dans lesquels le marché privé ne peut pas s'établir. (Hsiao, 1995). Par conséquent, s'agissant de l'économie des soins de santé, Hsiao parle d'« économie aberrante » (*abnormal economics*).

En considérant la couverture privée comme une source de financement des soins de santé, du point de vue de la santé publique et de l'équité, cette source présente de nombreux obstacles, dont les principaux sont :

- *L'antisélection* : tout régime d'assurance volontaire attire davantage de personnes relativement malades. Ce processus augmente le coût moyen des assurés, ce qui ensuite décourage les souscripteurs en bonne santé, puis augmente le coût de l'assurance, et ainsi de suite. Ce processus entraîne l'échec de l'assurance et ne peut être évité qu'en assurant des groupes plus importants à la fois. L'assurance en entreprise où tous les employés sont couverts simultanément et où le choix de souscrire ou non n'est pas offert, illustre la façon dont la couverture privée combat l'antisélection.
- *L'aléa moral (ou le risque moral)* : lorsque le coût d'un service à l'utilisateur est inférieur au coût réel du service, l'utilisateur a tendance à s'en servir plus que nécessaire ; ceci entraîne l'inefficacité du système. Dans tout système d'assurance, le coût d'un service à l'utilisateur (prime plus ticket modérateur) est par définition dissocié du coût des services de soins de santé couverts par l'assurance. La couverture privée développe tous les régimes possibles pour éviter l'aléa moral en raison de son impact négatif direct sur ses ressources et ses bénéficiaires.
- *La sélection des risques ou « écrémage »* : les assureurs privés sont encouragés à identifier ceux qui représentent un « mauvais risque », c'est-à-dire ceux qui utiliseront probablement un haut niveau de soins de santé, et à empêcher leur souscription. De cette façon, ceux qui ont le plus besoin des soins sont souvent exclus des couvertures privées.

On peut tenter de contrôler ces effets par des règlements, mais les données empiriques indiquent que cela est très difficile. Par définition, une couverture privée ne recherche pas l'équité mais la rentabilité – atteindre les objectifs de l'assurance, ce qui n'est pas toujours aligné sur les objectifs de santé publique.

Par ailleurs, la couverture privée doit souvent faire face à des frais administratifs élevés<sup>24</sup>, et la concurrence du marché, si elle est possible (car elle requiert une surabondance de l'offre), engendre des frais de transaction et administratifs élevés (Hsiao, 1995).

L'**assurance communautaire** s'est révélée protectrice contre les dépenses potentiellement catastrophiques liées à l'hospitalisation dans certaines régions d'Afrique<sup>25</sup>. En général, les membres d'une assurance communautaire ne sont pas les plus pauvres parmi les pauvres, étant donné qu'il faut pouvoir payer une prime pour rejoindre ce régime (sauf si une subvention prend en charge ceux n'ayant pas les moyens) ; leur impact sur l'équité est donc mitigé. Leur succès est prouvé parmi la « classe moyenne » rurale, délaissant souvent les plus pauvres en termes de souscription et d'impacts positifs (Bennett et al., 2004).

En ce qui concerne les dépenses non remboursées pour les traitements sans hospitalisation, les résultats sont contradictoires. Dans sa revue systématique de la documentation, Ekman (2004) trouve la preuve que les régimes d'assurance communautaire « offrent effectivement une protection efficace aux membres des régimes en diminuant de façon significative le niveau de dépenses en soins non remboursés ». En revanche, des études en Afrique de l'ouest et au Rwanda montrent que les régimes d'assurance communautaire affectent peu les dépenses non remboursées pour les traitements curatifs sans hospitalisation<sup>26,27</sup>.

L'assurance communautaire permet de capter des fonds auprès de populations traditionnellement exclues ; cependant, comme mentionné ci-dessus, elle ne cible pas les plus pauvres, en général exclus car ils ne sont pas en mesure de payer les frais de cotisations. De nombreux cas suggèrent qu'il est davantage probable que les membres plus aisés des populations rurales souscrivent à des régimes d'assurance communautaire, plutôt que les foyers les plus pauvres<sup>28</sup>. Bien que cela représente un objectif important du système de soins de santé et du secteur de la santé, les régimes d'assurance communautaire ne prétendent généralement pas encourager l'équité en tant qu'objectif essentiel.<sup>29</sup> Dans certains cas, les primes des personnes défavorisées sont subventionnées par le gouvernement ou grâce à une assistance externe, permettant ainsi aux plus pauvres de bénéficier de la mutualisation.

Les **dépenses non remboursées** sont la source de financement la plus inéquitable. Ayant moins de ressources pour se protéger des risques de la santé, les personnes défavorisées dépensent pour des soins de santé une part de leurs revenus plus importante que les groupes de population plus

---

<sup>24</sup> Les compagnies d'assurance américaines dépensent souvent 25 à 30% de leurs recettes totales pour des dépenses autres que les soins aux patients (ventes, administration, et bénéfices), Hsiao, 2008

<sup>25</sup> Diop, F., S. Sulzbach, S. Chankova. 2006. *The Impact of Mutual Health Organizations on Social Inclusion, Access to Health Care, and Household Income Protection: Evidence from Ghana, Senegal, and Mali*. (L'Impact des mutuelles de santé sur l'inclusion sociale, l'accès aux soins de santé et la protection des revenus des foyers : Données du Ghana, du Sénégal et du Mali), Abt Associates/PHRplus, septembre 2006.

<sup>26</sup> Melitta Jakab, Alexander S. Preker, Chitra Krishnan, Pia Schneider, Francois Diop, Johannes Jutting, Anil Gumber, Kent Ranson et Siripen Supakankunti (2001), « *Social inclusion and financial protection through community financing: initial results from five household surveys*, » (Inclusion sociale, et protection financière grâce au financement communautaire : résultats initiaux de cinq enquêtes auprès des foyers). La note de réflexion, Santé, nutrition et population de la Banque mondiale [<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Jakab-SocialInclusion-whole.pdf>] ; Jakab et coll., a trouvé que le financement communautaire diminue les barrières financières à l'encontre des soins de santé, comme cela est démontré par une utilisation accrue et des dépenses non remboursées en baisse chez les adhérents au régime, pesant sur un éventail de variables socio-économiques.

<sup>27</sup> Pia Schneider and François Diop. 2001. « *Impact of Prepayment Pilot on Health Care Utilization and Financing in Rwanda: Findings from Final Household Survey* » (L'Impact du projet pilote de prépaiement sur l'utilisation et le financement des soins de santé au Rwanda : Conclusions de l'enquête finale auprès des foyers). Abt Associates/PHRplus, Technical Report 002, (octobre 2001). Une comparaison similaire effectuée par une enquête auprès des foyers au Rwanda a conclu que les membres d'une mutuelle dans trois districts pilotes bénéficiaient d'un accès considérablement amélioré aux soins de santé curatifs.

<sup>28</sup> Voir par exemple A. S. Preker et coll. (2002)

<sup>29</sup> Voir par exemple Jakab et Krishnan, 2001.

aisée. Ceci peut détourner les ressources limitées des foyers de leurs autres besoins fondamentaux, y compris la nourriture, et les empêcher d'investir dans des activités génératrices de revenus comme la culture et les micro-entreprises.<sup>30</sup> Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2010, ce n'est que lorsque les paiements directs tombent à 15-20% des dépenses totales en soins de santé, que la survenance de catastrophes financières et d'appauvrissement atteint un niveau négligeable.

## 1.3 Achat de soins de santé

### Messages clés

**Le paiement des prestataires est un instrument essentiel pour améliorer l'efficacité en :**

- **Limitant les dépenses publiques pour des interventions inefficaces**
- **Mettant l'accent sur des actions préventives réduisant les coûts**
- **Équilibrant les dépenses en infrastructures avec les dépenses en médicaments et fournitures médicales**
- **Influençant l'utilisation adaptée des différents niveaux du système de santé**
- **Renforçant les protocoles de traitement dans la prestation des services**

### 1.3.1 Comprendre la fonction d'achat

Il est généralement admis que davantage de finances sont nécessaires ; toutefois, les finances seules ne suffisent pas à surmonter les défis de santé en Afrique subsaharienne. Leur utilisation est tout aussi importante que le montant dépensé ; voilà ce que signifie l'efficacité technique.

#### Encadré 1.7 Efficacité technique

---

**L'efficacité technique se réfère à la prestation d'un extrant donné (produit), en utilisant le minimum d'intrants (moyens).**

---

À cet effet, les systèmes de paiement des prestataires peuvent être des outils puissants pour promouvoir le développement de systèmes de santé et atteindre les objectifs des politiques de santé. Différentes méthodes de paiement produisent des incitations différentes. Il existe plusieurs bonnes façons de créer une situation optimale ; comprendre les paiements implique de réaliser une bonne combinaison d'incitations, ce qui est possible au moyen de plusieurs méthodes.

#### Encadré 1.8 Paiement des prestataires et achat

---

**Un système de paiement des prestataires est défini comme la méthode de paiement des services de soins de santé, ainsi que tous les systèmes auxiliaires, tels que les contrats d'entreprise, les mécanismes de l'obligation de rendre compte accompagnant la méthode de paiement, et les systèmes de gestion informatisés. Ainsi, dans le contexte des systèmes de soins de santé, les systèmes de paiement des prestataires traitent bien plus que du simple transfert de fonds pour couvrir le coût des services. Toutefois, la méthode de paiement des prestataires est parfois définie**

---

<sup>30</sup> Sinha, S., M. Lipton et S. Yaqub. 2002. « Poverty and 'damaging fluctuations': How do they relate? » (Quel est le lien entre la pauvreté et les fluctuations préjudiciables ?) J. Asian and African Studies (Études asiatiques et africaines) 37: 186–243. Skinner, J. 1991.

---

plus précisément comme le mécanisme utilisé pour transférer les fonds de l'acheteur des services de soins de santé vers les prestataires (Gottret P, Schieber G, 2006).

L'achat se réfère au processus par lequel les fonds mutuels sont payés aux prestataires pour des services effectués (Gottret P, et coll., 2008). Les deux principaux points à prendre en considération dans la fonction d'achat des systèmes de financement des soins de santé sont premièrement le choix du mécanisme de paiement des prestataires (abordé au paragraphe 1.3) et ensuite, le choix des services pris en charge (abordé au paragraphe 1.4).

---

La figure ci-dessous résume les différentes méthodes présentées ci-dessus, avec leurs implications pour le prestataire des services et l'acheteur. Chaque méthode et ses implications, y compris en matière d'efficacité, sera ensuite présentée en détail.

**Figure 1.10 Comprendre la fonction de paiement : différentes méthodes de paiement et leurs implications**



## 2

Mécanisme de paiement	Panier de services pris en charge	Risque encouru par :		Incite à :			
		Payeur	Prestataire	Augmenter le nombre de patients	Diminuer le nombre de services par unité(s) de paiement	Aggraver la maladie signalée	Choisir des patients en meilleure santé
Rémunération à l'acte	Chaque acte de service et consultation	Risques encourus par le payeur	Aucun risque encouru par le prestataire	Oui	Non	Oui	Non
Éventail des cas traités par admission (par ex., GHM, financement axé sur les performances)	Taux de paiement varie selon le cas	Risques quant au nombre de cas et au degré de gravité signalé	Risques quant au coût du traitement pour un cas donné	Oui	Oui	Oui	Oui
Par admission	Chaque admission	Risques quant au nombre d'admissions	Risques quant au nombre de services par admission	Oui	Oui	Non	Oui
Prix de journée	Chaque jour-patient	Risques quant au nombre de jours d'admission	Risques quant au coût des services pour un jour donné	Oui	Oui	Non	Non
Dotation par patient	Tous services couverts pour une personne sur une période donnée	Montant excédant le plafond d'excédent de pertes	Risques encourus par le prestataire jusqu'à un plafond donné (excédent de pertes)	Oui	Oui	N/A	Oui
Budget global	Tous services fournis par une institution prestataire sur une période donnée	Aucun risque encouru par le payeur	Risques encourus par le prestataire	Non	N/A	N/A	Oui

Sources : Préparé par William C. Hsiao, 1997, en modifiant des données de l'OMS de 1993, Bodenheimer et Grumbach, 1994



Les méthodes d'achat créent des mesures incitatives puissantes qui influencent les actions de toutes les organisations et individus dans le système de soins de santé. En résumé, les systèmes de paiement instaurent des structures incitatives pour influencer le comportement des prestataires par le biais de récompenses financières et du partage des risques. Les mesures incitatives existent également au niveau du patient (par ex., le prix payé pour les services rendus) et au niveau du fournisseur pour tous les prestataires, incluant les médecins, les hôpitaux, et les médicaments ; la combinaison de ces incitations affecte l'efficacité et la qualité des soins de santé.

Afin d'expliquer la fonction d'achat, nous présenterons tout d'abord les différentes méthodes communes de paiement ; puis nous présenterons les autres décisions clés qui définissent la fonction de paiement, ce qui mènera à un examen de l'efficacité des services de santé.

### ❖ Rémunération à l'acte

En cas de rémunération à l'acte, le prestataire est remboursé pour chaque service individuel fourni. La rémunération à l'acte détermine des honoraires par service fourni, ce qui signifie que plus le volume de services est élevé, plus les recettes du prestataires sont élevées. Les honoraires peuvent être fondés soit sur les intrants (moyens), soit sur les extrants (produits). Ils sont fondés sur les intrants s'il n'y a pas de grille d'honoraires fixe et si les services ne sont pas regroupés (c'est-à-dire, lorsque les services de soins de santé ne sont pas groupés en une unité d'ensemble supérieure). Dans ce cas, les prestataires peuvent facturer aux acheteurs tous les frais encourus pour la prestation de chaque service.

La rémunération à l'acte entraîne une inflation des services de santé, y compris des soins inutiles (également appelés « soins induits par le prestataire »). Ceci engendre la fragmentation des services en unités réduites, car chaque unité préférera produire son propre service pour en recevoir le paiement, même si le patient doit être référé. Cet impact négatif de la rémunération à l'acte est documenté dans le monde entier, et bien que cette méthode soit utilisée dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, la plupart des pays plus riches l'ont abandonnée (Hsiao, 2008). Par conséquent, elle n'est pas considérée comme une méthode de paiement très efficace.

### ❖ Dotation par patient (ou capitation)

Dans une approche de dotation par patient, le prestataire reçoit à l'avance, un taux fixe prédéfini pour fournir un ensemble de services définis pour chaque individu ayant souscrit auprès du prestataire pour une période déterminée. Les systèmes de paiement par tête sont fondés sur les extrants (produits), et l'unité d'extrait est la couverture de tous les services prédéfinis pour un individu, pour une période fixe, en général un mois ou une année. Un taux forfaitaire (capitation) est déterminé à l'avance pour couvrir tous les services à fournir à un individu ou groupe d'individus (souvent pour un foyer par exemple). Le taux de dotation par patient peut varier selon l'âge, le sexe et le statut d'invalidité des individus.

Dans ce système, le patient doit désigner un prestataire (médecins de famille ou hôpitaux) qui ensuite reçoit une somme forfaitaire pour chaque personne assurée. Le principe clé est que le paiement à un prestataire n'est pas lié aux intrants (moyens) que celui-ci utilise, ni au volume de services fournis. Ainsi, une partie du risque passe de l'acheteur au prestataire, qui devra gérer les pertes potentielles (lorsque les soins d'un patient sont plus chers que la capitation) et l'épargne. La dotation par patient inclut aussi l'incitation potentielle de créer une relation à long terme avec le patient, car le prestataire

sera choisi et/ou conservera ses patients seulement si ces derniers sont satisfaits des services. En réalité, ce n'est pas toujours le cas car bien souvent, la concurrence entre les prestataires est insuffisante pour permettre aux patients de choisir ou de changer s'ils ne sont pas satisfaits (et ce, si cela leur est permis).

Cette méthode est placée haut sur l'échelle d'équité, bien qu'elle comporte un risque similaire au cas du paiement par admission de s'appliquer à un groupe important de souscripteurs jeunes et en bonne santé, en excluant les cas compliqués et coûteux, ou bien de ne pas fournir le traitement requis dans l'idéal et de multiplier le volume des adressages des patients (surtout lorsque la méthode n'est utilisée qu'au niveau des soins de santé primaires).

### ❖ Budget global

Un budget global est un paiement fixé à l'avance pour couvrir les dépenses groupées d'un prestataire donné et sur une période donnée pour fournir un ensemble de services convenus. À la différence des budgets classiques par poste, le budget global peut se baser sur les intrants (moyens) ou les extrants (produits), ou une combinaison des deux, incluant l'ajustement par groupement des cas<sup>31</sup> ; ils permettent par ailleurs plus de souplesse pour le prestataire car il n'a pas besoin de garder chaque volume de dépenses par poste d'activités pré-convenues.

Étant donné que le paiement aux prestataires est à la fois fixé et effectué prospectivement, les mesures d'incitation sont les mêmes que pour les budgets par poste. Néanmoins, le budget global permet en général de transférer des fonds entre les catégories de dépenses, afin d'avoir un mécanisme qui améliore l'efficacité des combinaisons d'intrants (moyens).

### ❖ Par admission

Le paiement par admission signifie qu'un contrat (formel ou non) existe entre le prestataire de soins de santé et l'acheteur ; ce contrat détermine le coût d'une admission (pour des soins hospitaliers) et ce que ce coût prend en charge. Le prestataire est alors en principe engagé à fournir un forfait d'activités convenu, au prix convenu.

Contrairement à la rémunération à l'acte, cette méthode encourage fortement les économies, au point que cela pourrait entraver la qualité des services fournis ; par ailleurs, cela ouvre également la porte à la sélection des risques. Avec ce système, les prestataires sont encouragés à admettre un nombre maximum de patients, et à offrir des services limités et/ou qui ne soient ni complexes ni chers.

### ❖ Prix de journée

Dans les systèmes de prix de journée (paiement à la journée), le prestataire reçoit un prix fixe, convenu d'avance, par jour de soins hospitaliers, indépendamment des soins fournis.

Dans un tel système, l'incitation prédominante est l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation, augmentant le taux d'occupation des lits, voire même les capacités d'accueil, et transférant généralement les services de réadaptation externes et communautaires vers le milieu

---

<sup>31</sup> L'Irlande a introduit l'ajustement par groupement des cas au budget global pour les services hospitaliers de soins aigus en 1993, et depuis, presque tous les pays européens employant le budget global ont adopté un degré d'ajustement par groupement des cas.

hospitalier. En même temps, les prestataires sont poussés à réduire l'intensité des services fournis pendant chaque journée d'hospitalisation.

### 1.3.2 Rémunération du personnel de santé

Bien que les méthodes dont nous venons de parler s'appliquent dans l'ensemble aux infrastructures de santé, elles ont tendance à se répercuter également sur les mesures d'incitation du personnel de santé, de sorte qu'il existe un lien entre la façon dont une infrastructure et le personnel sont rémunérés. Certaines méthodes se concentrent en particulier sur la rémunération du personnel et visent à créer davantage d'incitations pour influencer son comportement.

Il existe une vaste documentation sur les incitations du personnel, à la fois financières et autres. Les données de certains pays indiquent que ce dernier facteur affecte de manière significative les motivations personnelles et la fidélisation, et que les impacts mentionnés ci-dessus sont plus forts lorsque les deux types d'incitations sont en place. Nous porterons toutefois notre attention sur les incitations financières en particulier.

Les données empiriques montrent avec consistance que les incitations financières ont le plus d'influence sur les comportements organisationnels et individuels dans le secteur de la santé (Cutler et al., 1997). À la différence des lois, qui reposent sur le pouvoir de l'État pour contraindre les individus à se conformer par la menace de sanctions, les incitations financières reposent sur la « carotte » de la récompense financière pour introduire des changements de comportement. Il existe différents mécanismes d'incitation financière pour le personnel de santé : des salaires attractifs, des salaires comportant une mesure de la performance se traduisant en bonus (selon le nombre de services fournis, la qualité des soins, le nombre de patients traités, etc.), des primes définies par d'autres critères (nombre d'années de service, positionnement géographique, spécialisation, etc.). Chacun des indicateurs crée une incitation différente, avec ses propres implications pour le système. Dans la deuxième partie de ce document, nous analyserons en détail l'une de ces méthodes : le financement axé sur les performances en matière de santé.

Les variations de chaque méthode de paiement peuvent créer un ensemble différent d'incitations, et les méthodes peuvent être utilisées en combinaison pour accroître ou mitiger les incitations créées par chaque méthode. Les exemples cités ci-dessus illustrent combien il est difficile de trouver la bonne combinaison ; un contrôle, un suivi, et une adaptation constants sont nécessaires afin de maintenir le système sur la bonne voie et dans la bonne direction.

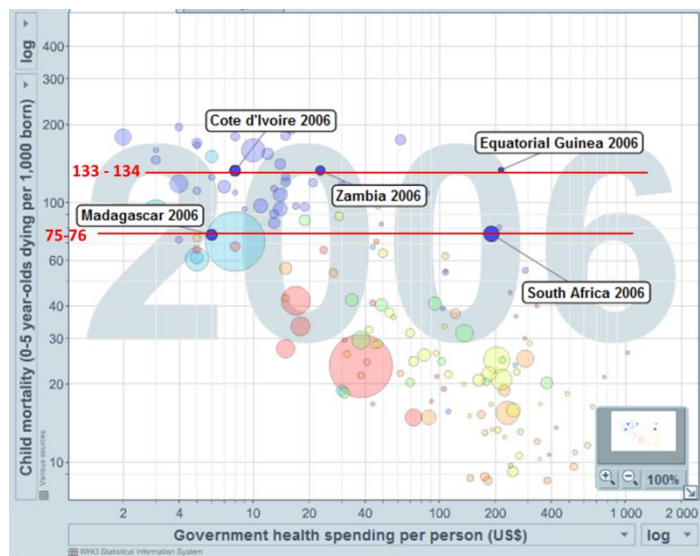
### 1.3.3 Efficience technique : analyse sélective des pays d'Afrique subsaharienne

On observe trois sortes de préoccupations liées à l'efficience :

- L'efficience de l'encaissement des recettes, abordée au paragraphe 1.2 qui traite des sources de financement ;
- L'efficience technique, lorsque des services sont produits au coût le plus bas, comme susmentionné ;
- L'efficience allocative, allocation des ressources visant à optimiser la protection sociale de la communauté en produisant les résultats de santé souhaités. Ce point ne fait pas

partie du cadre de financement des soins de santé présenté initialement (figure 1.1) ; par conséquent, il sera traité brièvement dans le dernier paragraphe (voir paragraphe 1.4)

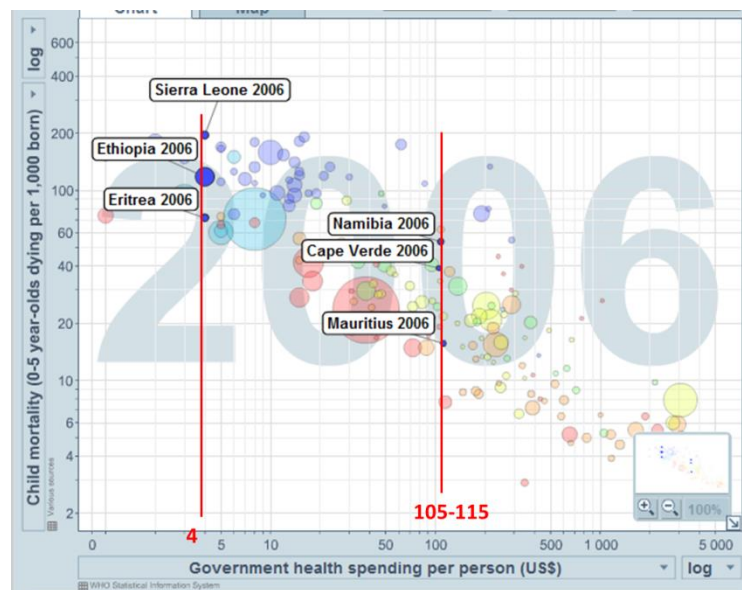
Les figures ci-dessous illustrent les variations importantes entre les pays quant aux états de santé obtenus par dollar investi. (Remarque : toutes les figures sont tirées de Gapminder <http://www.gapminder.org/>. Les données utilisées par Gapminder proviennent des données disponibles de la Banque mondiale et de l'ONU.)



**Figure 1.11 Taux de mortalité infantile par rapport aux dépenses publiques de santé par personne (en US\$)**

La figure indique pour différents pays le niveau du taux de mortalité infantile par rapport aux dépenses de santé du gouvernement par personne. Madagascar et l’Afrique du Sud atteignent un taux de mortalité infantile similaire en 2006 qui se situe aux environs de 75. Pareillement, la Côte d’Ivoire, la Zambie et la Guinée équatoriale présentent un taux de mortalité infantile entre 133 et 134. Pourtant, bien que le résultat soit semblable au sein des deux groupes, les dépenses varient grandement, comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessous.

Pays	Dépenses publiques de santé par personne (en US\$)
Madagascar	6
Afrique du Sud	191
Côte d’Ivoire	8
Zambie	23
Guinée équatoriale	215



**Figure 1.12 Dépenses publiques de santé par personne (US\$) par rapport au taux de mortalité infantile**

La figure illustre la différence entre les taux de mortalité infantile de pays où le niveau absolu des dépenses de santé du gouvernement est similaire : env. 4US\$ par personne pour les gouvernements de l'Érythrée, de l'Éthiopie et de la Sierra Leone, et entre 105 et 115 US\$ par personne par année à Maurice, au Cap vert et en Namibie. Cependant, en dépit de dépenses similaires, les résultats sont très variés pour les deux groupes :

Pays	Taux de mortalité infantile (décès des moins 5 ans pour 1000 naissances)
Érythrée	72
Éthiopie	118
Sierra Leone	196
Maurice	16
Cap vert	39
Namibie	54



**Figure 1.13 Espérance de vie par rapport aux dépenses totales de santé par personne (US\$)**

La figure montre la différence entre des pays dont l'espérance de vie est similaire, mais où les dépenses de santé par personne (US\$) diffèrent. Tous les pays soulignés dans la figure ont une espérance de vie de 45 ans ainsi que les dépenses de santé par personne suivantes :

Pays	Dépenses totales de santé par personne (US\$) par an
Sierra Leone	9
République centrafricaine	14
Zimbabwe	36
Zambie	49

**Figure 1.14 Dépenses totales de santé par personne (US\$) par rapport à l'espérance de vie**

La figure montre les différences d'espérance de vie entre des pays où les dépenses totales de santé par personne par an (US\$) sont similaires. La Sierra Leone et Madagascar dépensent 9US\$ par an dans le domaine de la santé ; leur espérance de vie est de 45 et 65 ans respectivement. Le Zimbabwe et le Ghana dépensent 36 et 35 US\$ respectivement par an dans le domaine de la santé avec une espérance de vie de 45 et 62 ans. La Guinée équatoriale dépense 274 US\$ par an et son espérance de vie est de 50 ans, tandis que le Gabon dépense un peu moins (267 US\$) pour une espérance de vie dix ans plus longue (espérance de vie de 60 ans).



## Financement de la Santé

Toutes les différences soulignées ci-dessus ne peuvent pas s'expliquer par une seule cause. Toutefois, les données dans le monde entier démontrent qu'il est toujours possible d'améliorer l'efficacité technique des services de santé. Ce n'est pas seulement le cas en Afrique subsaharienne ; les pays de l'OCDE cherchent aussi à faire des économies par l'efficacité. En d'autres termes, il y a une marge pour améliorer l'offre de services de santé en se servant des niveaux actuels de ressources allouées aux hôpitaux et aux centres de soins. Ceci pourrait par exemple impliquer de :

- Diminuer la mauvaise affectation des ressources par régions (par ex., un choix des sites d'infrastructures de santé fondé sur des critères politiques au lieu des besoins) et des niveaux de soins (investissement de la majorité des ressources dans les hôpitaux de soins secondaires et tertiaires au lieu de soins primaires rentables)
- Avoir recours au levier financier en faveur de stratégies de promotion de la santé pour créer une demande en soins primaires jusqu'alors négligés, ou transférer spécifiquement des intrants (moyens) d'infrastructures de santé recevant trop de ressources vers celles qui en manquent. (Kirigia, M, et coll., 2008)
- Diminuer les dépenses non productives (par ex., les militaires)
- Revoir les décisions d'investissement de capitaux et le choix des interventions de santé publique afin de poursuivre des critères d'analyse de la rentabilité et des coûts et des rendements.

### Encadré 1.9 Sources principales d'inefficience

---

Le rapport sur la santé dans le monde 2010 a identifié les sources d'inefficience principales suivantes :

- Sous-utilisation des génériques et prix plus élevés que les prix nécessaires des médicaments
- Utilisation incorrecte et inefficace des médicaments, incluant l'utilisation de médicaments de qualité inférieure et contrefaits
- Erreurs médicales et qualité sous-optimale des soins
- Taille de l'hôpital peu appropriée (faible utilisation de l'infrastructure)
- Fourniture ou emploi excessifs de matériel, enquêtes et procédures
- Combinaison de personnel inappropriée ou chère, travailleurs non motivés
- Combinaison inefficace/niveau de stratégies inapproprié
- Fuites, gaspillage, corruption et fraude

---

Source: Rapport sur la santé dans le monde, 2010

---

## 1.4 Au-delà du cadre de financement des soins de santé : que faut-il financer ?

Le cadre de financement des soins de santé élaboré par Kutzin, présenté dans la figure 1.1 couvre les fonctions de financement des soins de santé depuis la collecte des fonds (ou sources de fonds), jusqu'à l'allocation des fonds aux prestataires (au moyen du paiement des prestataires). La question de savoir quoi financer et celle d'établir des règles pour l'allocation de ressources à différents

services de santé est étroitement liée à ce cadre, tout en étant extérieure. C'est une question cruciale pour les décideurs politiques des ministères de la Santé et des Finances.

#### 1.4.1 La couverture universelle, un but réalisable ?

Le Rapport sur la santé dans le monde 2010, déclare que : « Les systèmes de financement doivent être conçus spécifiquement pour: fournir un accès aux services de santé nécessaires d'une qualité suffisante pour être efficaces pour tous (y compris la prévention, la promotion, le traitement et la rééducation) ; et veiller à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières ».

Néanmoins, avec des niveaux de financement très faibles, les pays ne peuvent pas assurer un accès universel même pour un ensemble très limité de services de santé. De plus, des financements plus élevés pourraient ne pas se traduire en une meilleure couverture de services ou en amélioration des résultats de santé si les ressources ne sont pas utilisées de manière efficiente ou équitablement. Une couverture universelle peut ainsi être considérée comme « une direction, et non une destination » (J. Kutzin, 2011) : même si aucun pays ne peut réaliser pleinement ses objectifs de couverture, tous peuvent évoluer dans cette direction.

Comme nous allons l'expliquer ci-dessous, en vue de progresser vers une couverture universelle, les décideurs politiques doivent prendre en compte l'efficience allocative des ressources, en plus du cadre de financement des soins de santé qui a été présenté.

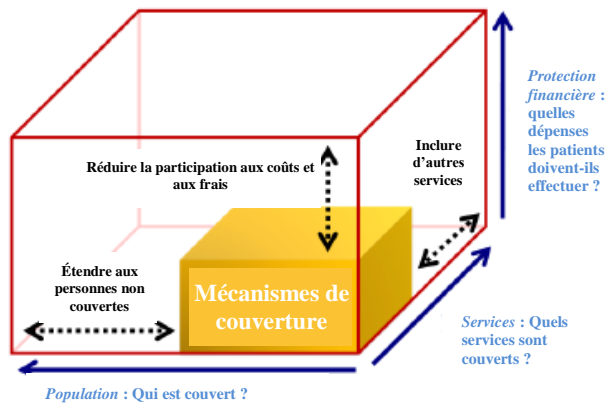
#### 1.4.2 Efficience allocative

Tandis que l'efficience technique se penche sur la façon de financer, l'efficience allocative se concentre sur quoi financer. L'efficience allocative compare l'impact des différents services, ou forfaits de services, et donne la priorité à ceux dont les résultats sont les plus élevés. Par exemple, elle analysera si le poids relatif d'un investissement (dépense) dans les programmes de prévention et de traitement réalise les meilleurs résultats (en termes d'années de vie gagnées (pondérées par la qualité de vie) par exemple).

Le besoin d'attribuer des ressources surgit d'un fait sombre : les désirs humains dépassent de loin les ressources disponibles. Les gouvernements, les entreprises privées et les ménages individuels doivent tous faire des choix difficiles en termes d'attribution de ressources limitées. Nous devons choisir combien dépenser en faveur des soins de santé, par opposition à d'autres biens désirés ; ainsi il faut prendre des décisions sur la façon d'effectuer les dépenses pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Les gouvernements font ces choix sur deux niveaux. Tout d'abord, il leur faut faire des compromis entre les dépenses d'un secteur et celles d'un autre. Puis, au sein d'un secteur donné, le compromis se fait entre les dépenses pour un programme ou un autre. Par exemple, plus de subventions pour les soins primaires signifie moins pour les services de soins hospitaliers (Bitran et coll., 2000).

La complexité de l'attribution des ressources de santé et ses compromis nécessaires sont souvent minés et facilement incompris, car ils ne peuvent pas se fonder uniquement sur la rentabilité, qui se concentre sur l'efficience tout en ignorant l'équité.

**Figure 1.15 Le chemin vers la couverture universelle ?**



Source : World Health Report, WHO, 2010

Le chemin vers une couverture universelle est unique à chaque pays ; l'OMS a donc mis au point les étapes suivantes pour guider de telles réformes. Comme illustré dans la figure 1.15, le cube jaune représente les services actuellement fournis et couverts (si ce n'est abordables financièrement) par un système de soins de santé. Le grand cube vide représente la vision et le but qu'un système de santé peut chercher à réaliser ; les flèches représentent les chemins qu'il faut prendre pour y parvenir.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2010, explique que les étapes suivantes sont nécessaires pour s'engager sur la voie vers la couverture universelle :

1. D'abord, le pays doit établir sa vision, son but ;
2. puis, il doit effectuer une analyse de la situation ;
3. faire une évaluation financière ; et,
4. une évaluation des contraintes, afin d'élaborer ;
5. une stratégie pour le changement, et à partir de là, passer à ;
6. la phase de mise en œuvre ;
7. Enfin, le suivi et l'évaluation doivent être effectués pour former un cycle d'apprentissage vers la prochaine étape d'amélioration.

## 2 Deux tendances communes au financement de la santé en Afrique subsaharienne

Le financement axé sur les performances et l'objectif que sont les soins gratuits sont deux tendances communes au financement de la santé dans l'ensemble des pays africains. Ces deux tendances vont être développées séparément ci-dessous.

### 2.1 Le financement de la santé axé sur les performances

#### 2.1.1 La nouvelle tendance du financement de la santé dans les pays à faible revenu

##### ❖ Définition et objectifs du financement axé sur les performances

---

#### Les différents noms des programmes de financement axé sur les performances

Les programmes qui comportent des incitations financières ou en nature ont de nombreuses appellations, notamment l'incitation à la performance (IP), la rémunération au rendement ou à la performance ou encore le paiement pour performance (RAR ou RAP ou PpP), le financement axé sur les résultats (FAR), le financement axé sur la/les performance(s) (FAP), l'aide basée sur les résultats (ABR), les transferts conditionnels en espèce (TCE), la passation de contrats axés sur les performances, l'aide basée sur le paiement à la livraison et l'aide axée sur les performances (AAP). Bien que ces programmes aient en commun le fait qu'ils créent un lien entre les incitations et les résultats, ils diffèrent à certains égards.

L'incitation à la performance, la rémunération au rendement et le financement axé sur les résultats sont souvent utilisés comme termes génériques pour désigner ces programmes. Nous n'allons pas nous attarder davantage sur l'aspect sémantique de ces différents termes mais plutôt nous concentrer sur le concept qu'ils tentent tous d'intégrer **dans un système de prestation de services**.

---

L'amélioration des performances des systèmes de soins est un objectif important dans les milieux à revenu élevé mais critique dans les milieux à faible et moyen revenu dans lesquels les aides à la santé sont beaucoup plus limitées.

Le concept de rémunération au rendement fait actuellement l'objet d'un intérêt grandissant comme stratégie d'amélioration de la performance des prestataires de soins, des organisations et gouvernements. Ce concept est également perçu comme un outil important pour la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement du secteur de la santé, ainsi que pour améliorer l'efficacité de l'aide au développement. Toutefois, il existe actuellement un manque de données précises sur l'efficacité de ces stratégies dans l'amélioration du système de soins et de la santé, notamment dans les pays à faible revenu (Witter et coll., 2010 ; Eldridge C et coll., 2009).

L'incitation à la performance se définit comme « le transfert conditionnel de biens financiers ou matériels suite à la réalisation d'une action mesurable ou à l'atteinte d'un objectif de



performance préétabli. » (Eichler et Levine, 2009). Les incitations peuvent être offertes aux patients lorsqu'ils réalisent des actions liées à la santé (telles que la vaccination de leurs enfants), aux prestataires de soins lorsqu'ils atteignent des objectifs de performance (tels que la vaccination d'un certain pourcentage d'enfants dans une zone donnée), ou bien aux gestionnaires de santé au niveau régional, départemental et national, sous réserve qu'ils réalisent des actions telles que la communication opportune de rapports précis ou la performance des infrastructures dont ils sont responsables.

Ainsi, bien que la rémunération à la performance soit un concept relativement simple, il comprend un large éventail d'interventions qui varient selon le niveau sur lequel les incitations sont ciblées : les personnes qui reçoivent les soins, les prestataires de soins indépendants, les établissements de santé, les organismes du secteur privé, les organismes du secteur public, ainsi que les niveaux nationaux ou infranationaux. Il existe une grande variété d'extrants (produits) ou de réalisations cibles, ainsi que de mesures complémentaires (telles que les investissements dans la formation, l'équipement et les ressources de manière générale).

Dans les pays de l'OCDE, la rémunération à la performance est généralement décrite comme un moyen d'améliorer la qualité (Christianson J, et coll., 2007), la maîtrise des coûts et la rationalisation de la prestation des soins, comme dans le cas de la prescription de médicaments et de services inutiles et onéreux (Morgan L, et coll., 2010). Dans les pays à faible et moyen revenu, le problème réside dans le manque de prestation des services de santé et le financement axé sur les performances a généralement des objectifs plus vastes (Witter et coll., 2010), notamment : i) augmenter l'efficacité allocative des services de santé (en encourageant la prestation de services hautement prioritaires et rentables), puis ; ii) augmenter l'efficacité technique (en exploitant plus efficacement les ressources existantes telles que les agents de santé) ; et, enfin iii) améliorer l'équité des réalisations (en encourageant, par exemple, le développement de services dans les populations isolées).

Cette variation au niveau des raisons qui poussent la mise en œuvre de la rémunération au rendement affecte naturellement la nature, voire parfois l'efficacité du programme. Les objectifs originaux doivent être clairement établis afin de permettre l'évaluation des avancées (par rapport aux objectifs originaux).

### ❖ Rwanda: la création d'un modèle?

L'expérience du Rwanda et, plus récemment, celle du Burundi, ont offert les exemples africains les plus positifs à ce jour, et ceux desquels ont été tirés la plupart des enseignements. Le Rwanda, par exemple, a coordonné un programme de financement axé sur les résultats entre 2002 et 2005 et a ensuite décidé de passer au niveau national pour réaliser une rémunération à la performance au niveau des établissements de santé en 2006. Les résultats ont été encourageants avec une augmentation du nombre et une amélioration de la qualité des services de santé ainsi qu'une augmentation de la productivité, de l'enthousiasme et de la motivation du personnel des prestataires de soins. Certains des défis relevés concernaient l'atteinte d'un consensus au niveau des indicateurs de résultats, la résistance de certains acteurs avec leurs propres modèles et la coordination des partenaires et activités sur le terrain. Les enseignements tirés de l'expérience du Rwanda portent, entre autre, sur la nécessité de structures de coordination fortes et axées sur la

réalisation, et d'un leadership et d'une volonté politique forts de la part des autorités<sup>32</sup>. Morgan<sup>33</sup> met l'accent sur l'importance de l'engagement du gouvernement Rwandais, sa volonté d'innover et sa fermeté pour rallier les donateurs à son plan national. Au Burundi, le projet pilote a commencé en 2006 et la mise à niveau en 2010. À ce jour, les résultats sont également positifs et certains des enseignements tirés concernent la nécessité de créer un cadre institutionnel clair pour guider le processus et le rôle important que joue l'engagement et la participation de la communauté.<sup>34</sup>

Les résultats des programmes pilotes doivent être interprétés avec circonspection car l'analyse s'est limitée à la comparaison aux régions non-participatives, ce en plus d'autres limitations<sup>35</sup> qui ont compliqué l'identification des effets des régimes axés sur les performances.

Toutefois, les résultats des trois régimes ont montré des améliorations dans la couverture et la qualité des services de santé. Le nombre de consultations curatives et d'accouchements en établissement de santé a connu une nette hausse, tandis que celui des vaccinations contre la rougeole et des nouveaux acceptants du planning familial a connu une hausse moins significative. Les régions ayant adopté l'incitation à la performance ont également été plus performantes concernant les mesures de qualité telles que la gestion efficace des accouchements et des systèmes d'examen. En outre, les opinions sur la fréquence/adéquation des contrôles étaient assez positives et les patients effectuaient moins de dépenses non-remboursées dans les régions ayant adopté l'incitation à la performance<sup>36</sup> (Morgan L, et coll. 2011). Ce succès des programmes pilotes a encouragé le ministère de la Santé à appliquer le régime d'incitation à la performance au niveau national. Il a été adopté comme politique nationale dans le cadre du Plan sanitaire stratégique 2005-2009 et intégré par la suite à la législation financière nationale (Morgan L, et coll., 2011).

La communauté des praticiens du financement axé sur les performances annonce que les programmes de financement axé sur les performances existent à différents niveaux de conception et de mise en œuvre dans au moins 23 pays africains.<sup>37</sup> Bien que cette approche représente une opportunité, il n'existe toujours que peu d'éléments de preuve de l'impact du financement axé sur les performances.

## 2.1.2 Prouver l'impact du financement axé sur les résultats

---

<sup>32</sup> Ministère de la Santé (2008) Comment le Rwanda a-t-il opérationnalisé le financement axé sur les performances? Ministère de la Santé, Présentation lors de l'atelier sur le financement axé sur les résultats, à Gisenyi, au Rwanda, en octobre 2008.

<sup>33</sup> Morgan L. (2010) *Signed, Sealed, Delivered? Evidence from Rwanda on the Impact of Results-based Financing for Health* (Signé, emballé et livré? Données tirées de l'expérience du Rwanda sur l'impact du financement de la santé axé sur les résultats), Banque mondiale, 2010

<sup>34</sup> Busogoro, J.F. et A. Beith (2010) *Pay for Performance for improved health in Burundi* (La rémunération à la performance pour une meilleure santé au Burundi. Agence américaine pour le développement international, 2010

<sup>35</sup> Les données ont parfois été issues d'échantillons relativement limités d'établissements et, ainsi, les prestataires n'étaient pas représentatifs ou statistiquement significatifs, et les informations pour l'ensemble des indicateurs n'ont pas été disponibles suffisamment longtemps pour en extraire des tendances. Plusieurs autres interventions avaient également lieu simultanément (par exemple, les régimes d'assurance maladie (mutuelles) communautaires ont été mises à niveau).

<sup>36</sup> La qualité a été évaluée en sélectionnant huit établissements de santé au hasard dans les régions de Cordaid et HealthNet et en comparant la qualité de huit établissements de santé sélectionnés au hasard dans deux régions n'appliquant pas l'incitation au rendement. Une équipe a vérifié les données et évalué la qualité en examinant un échantillon limité de dossiers de patients dans chacun des établissements afin de déterminer l'adéquation des soins. Chaque établissement pouvait obtenir un point pour chacun des 13 indicateurs de qualité, et chaque région pouvait obtenir un maximum de 52 points (4 établissements de santé x 13 points).

<sup>37</sup> Les pays connus pour avoir (les programmes sont en cours de mise en œuvre ou de conception) ou avoir eu des programmes d'incitation au rendement sont : le Bénin, le Burundi, le Cameroun, la RDC, l'Érythrée, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Mozambique, le Nigeria, le Rwanda, le Sénégal, la Sierra Léone, la Somalie, le Soudan du sud, la Tanzanie, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe.

## Financement de la Santé

La base de connaissances sur l'impact que le financement axé sur les résultats peut avoir sur la santé en Afrique est toutefois encore limitée. À ce jour, très peu d'études d'impact poussées ont eu lieu mais certaines indiquent des améliorations dans les indicateurs ciblés (Basinga et coll., 2010). En outre, bien qu'il ait été dit que le financement axé sur les résultats soit capable d'avoir un impact sur la qualité des soins (Peabody, 2010), le consensus actuel attribue cet impact précoce davantage à la quantité des soins apportés (Basinga, 2010).

Une étude globale récente (Toonen, 2009) déclare : « le financement axé sur les performances n'est ni la solution magique qui améliorera les performances des agents de santé, ni la réponse clé-en-main qui réparera un système de santé fragmenté. Toutefois, étant donné les facteurs contextuels, les variables confusionnelles et la fiabilité des données disponibles, nous arrivons à la conclusion que, globalement, le financement axé sur les performances peut effectivement aider à obtenir de meilleurs résultats dans le secteur de la santé en comparaison au mécanisme classique de financement des intrants. »

Il est important de faire une distinction conceptuelle entre le financement axé sur les résultats et le versement de primes de rendement (comme forme particulière de financement axé sur les résultats). Bien qu'il ait été dit que le versement de primes au rendement ait un impact positif sur le comportement des agents de santé et sur l'adoption de mécanismes davantage entrepreneuriaux, des preuves solides de cet impact restent limitées (Witter et coll., 2011). Les primes au rendement sont généralement une composante clé des initiatives de financement axé sur les résultats, notamment en cas de problèmes persistants tels que le versement de salaires inadéquats dans le secteur public. Toutefois, il est possible de faire appel au financement axé sur les résultats si l'usage des finances provisionnées se limite à une liste de différents types de dépenses dont seraient exclus les primes au rendement. En principe, l'impact sur les performances du système varie selon le type de dépenses autorisées par le régime de paiement du financement axé sur les performances.

### 2.1.3 Cadre d'évaluation du financement axé sur les performances : préalables au bon fonctionnement du financement axé sur les performances

Bien que la base de connaissances sur le financement axé sur les résultats et ses variantes soit encore naissante, la conclusion globale de l'expérience à ce jour indique que de telles approches peuvent améliorer les résultats si elles sont conçues et mises en œuvre correctement. Sur la base de l'expérience et de considérations théoriques, l'OPM a mis au point un cadre d'évaluation qui identifie 10 préalables qui doivent être en place, ou qui peuvent être mises au point, pour que le financement axé sur les performances puisse être mis en œuvre efficacement, et trois conditions supplémentaires pour qu'il ait un impact sur la performance du système (de plus amples informations sur les exigences suivantes sont disponibles en Annexe A) :

Conditions de la mise en œuvre :

1. Répartition des responsabilités entre les acquéreurs et les prestataires de soins ;
2. Autonomie des prestataires de soins ;
3. Apport de ressources prévisible ;
4. Capacité à gérer (explicitement ou implicitement) les contrats entre les acteurs à différents niveaux ;
5. La présence d'un gestionnaire de budget compétent ;



6. Implication communautaire ;
7. Système de contrôle fonctionnel ;
8. Mécanisme de vérification indépendant ;
9. Système d'évaluation des performances du personnel ;
10. Accords managériaux adéquats.

Conditions au niveau de l'impact et de la durabilité (viabilité) :

11. Les établissements peuvent fournir un service pour lequel il existe une demande (pour que les ressources soient utilisées de manière productive) ;
12. Leadership et engagement politiques ;
13. La capacité et le niveau de financement peuvent être maintenus au delà de la durée du projet.

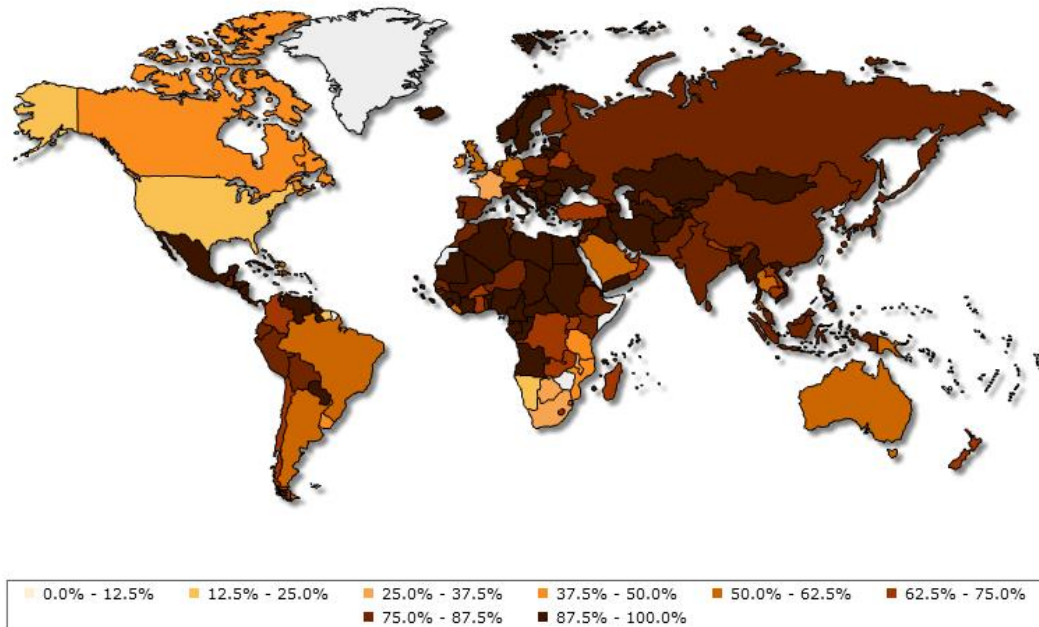
## 2.2 Ticket modérateur pour les services de santé

### 2.2.1 Coût d'accès aux soins en Afrique

Suite à l'initiative de Bamako adoptée par les ministres africains de la santé en 1987, le ticket modérateur pour les services de santé a été mis en place dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Dans le contexte des politiques d'ajustement structurel, l'initiative était, de manière générale, une condition pour tout prêt de la part de la Banque mondiale et du FMI. L'initiative de Bamako était également sponsorisée par l'UNICEF et l'OMS, comme mécanisme d'accroissement des ressources pour le secteur des soins primaires, en accord avec l'engagement pris à Almaty pour une focalisation accrue sur les soins primaires : avec un budget disponible pour le secteur qui est très faible et considérablement réduit, l'initiative devait consister à prélever une partie des dépenses de santé des foyers dans le secteur public. En théorie, l'initiative de Bamako joue le rôle d'un filet de sécurité pour les plus démunis. Toutefois, celui-ci n'a que rarement été mis en pratique (Ridde, 2011).

Dans un contexte global de lutte contre la pauvreté, les conséquences économiques de la maladie dans les pays en développement ont été l'objet d'une attention grandissante (Foster A, 1994 ; Gertler P, et coll., 2002). Une étude récente montre que, chaque année, 150 millions de personnes subissent un choc financier catastrophique à cause de dépenses de santé dues à une absence d'assurance maladie (Ke Xu DB et coll., 2007). Les chocs de santé, qui sont des maladies qui détériorent l'état de santé, sont parmi les facteurs les plus importants associés à la pauvreté dans les PED. Les foyers qui font face à des chocs de santé sont souvent doublement affectés, d'une part par le paiement du traitement médical et, d'autre part, par la perte de revenu due à une incapacité à travailler (Wagstaff A, et coll., 2003 ; Xu K, et coll., 2003). Les systèmes officiels d'assurance maladie dans les pays en développement sont rares et les soins sont chers (proportionnellement au revenu). De nombreux foyers n'ont également pas accès à une forme officielle de crédit bancaire ou de moyen d'épargne (Banerjee A, et coll., 2007) et, de ce fait, la majorité des emprunts et épargnes des foyers est informelle et dépend du capital social des communautés.

**Figure 1.16 Dépenses non remboursées (en pourcentage des dépenses privées de santé)**



Source: WHO, World Health Statistics 2012, available<sup>38</sup> at: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/en/index.html](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/index.html). See also, WHO, Global Health Observatory, available at: <http://www.who.int/gho/database/en/>.

Dans un contexte de pauvreté, de très mauvais état de santé et d'engagement pour la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement, l'accès aux soins est devenu une question prioritaire (Gilson *et al.* 2007). Une solution pour accroître l'accès aux soins consistait à amoindrir l'obstacle financier en faisant jouir d'une exonération ceux n'ayant pas les moyens financiers de s'offrir des soins (Leighton et Diop 1995 ; Ridde, 2008).

En 2009, Oxfam et 62 autres ONG ont publié un rapport intitulé « Votre argent ou votre vie » afin d'attirer l'attention sur la question du ticket modérateur. Le rapport déclare : « un demi-million de femmes enceintes meurt chaque année par faute d'accès à des soins. Plus de neuf millions d'enfants meurent chaque année avant d'atteindre leur cinquième anniversaire et des personnes endurent des abus tels que l'emprisonnement en clinique faute de pouvoir payer les honoraires des docteurs » (Oxfam, 2009). Le soutien pour l'abolition du ticket modérateur a pris une ampleur importante : il existe à présent une conscience grandissante que faire payer un ticket modérateur pour des soins constitue la plus importante barrière à l'augmentation de l'accès aux soins dans les pays pauvres.

L'expérience internationale suggère que l'argument pour la réduction ou le retrait du ticket modérateur officiel pour les soins primaires est irréfutable. Les faits montrent que le ticket modérateur ne permet de rassembler que peu de fonds et a tendance à être un moyen inéquitable

<sup>38</sup> L'estimation pour l'Irak ne comprend pas les dépenses de l'Irak du Nord. L'estimation pour la Serbie n'inclut pas les dépenses encourues au Kosovo et Métochie ; certaines estimations nationales proviennent de données peu abondantes.

et inefficace de financer les soins. À cela vient se greffer la faible sollicitation des services de santé surtout par les pauvres et les plus vulnérables, l'incapacité à terminer un traitement et la sollicitation tardive des services de santé (Pearson M, 2004). La Directrice générale de l'OMS, Margareth Chan, a déclaré en 2009 que « le ticket modérateur pour les soins servait à recouvrer des frais et à décourager la sollicitation excessive des services de santé... cela n'a pas fonctionné. Au lieu de cela, le ticket modérateur a sanctionné les plus pauvres. C'est une ironie grinçante au moment même où la communauté internationale s'est engagée à lutter contre la pauvreté. »<sup>39</sup>

Toutefois, comme cela a été souligné dans le paragraphe 1.2.1, le contexte fiscal de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne reste une entrave au financement adéquat des services de santé. En outre, il ne s'agit pas uniquement d'une question de fonds, mais la question de l'abolition du ticket modérateur nécessite une préparation minutieuse, une conception poussée et une mise en œuvre de la politique et de l'ensemble des mesures complémentaires<sup>40</sup>. Les faits montrent que l'abolition du ticket modérateur nécessite l'application préalable d'un ensemble de mesures complémentaires afin d'éviter des effets néfastes sur le système de santé (Gilson *et al.* 2005).

Les publications montrent que, de manière générale, l'abolition du ticket modérateur a eu des effets positifs sur la sollicitation des services de santé ainsi que sur la réduction des dépenses catastrophiques pour des soins (Ridde, 2011). Toutefois, dans certains cas, l'abolition du ticket modérateur n'a pas cet impact escompté et l'on constate des conséquences inattendues. En outre, les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre annulent parfois l'impact escompté.

Dans certains cas, comme pour le Ghana, l'application de l'abolition des dotations pour la santé maternelle et infantile fut intermittente, selon la disponibilité des fonds. Ainsi, certains établissements de santé ont temporairement rétabli le ticket modérateur (Penfold *et coll.*, 2007; Witter *et Adjei*, 2007). En Afrique du sud, la recherche montre que malgré un impact significatif et immédiat suite à l'abolition du ticket modérateur, celui-ci n'a pas duré. Le nombre de visites chez les enfants et les femmes enceintes a rapidement augmenté suite à la mesure initiale d'abolition mais lorsque l'abolition du ticket modérateur s'est appliquée à l'ensemble de la population en 1996, cela n'a pas eu d'effet majeur sur les tendances existantes (Wilkinson *et coll.*, 2001). Dans d'autres cas, les agents de santé commençaient ou continuaient à faire payer des frais de santé officiels (Kajula *et coll.*, 2004; Witter *et coll.*, 2007), ce qui a annulé l'effet de l'abolition du ticket modérateur. Lorsque les ressources (comme les médicaments) ne sont pas disponibles dans le secteur public, ceux qui en ont les moyens se tournent vers les services de santé payants dans le secteur privé (Kajula *et coll.*, 2004). En Ouganda, bien que le recours aux services de santé par la population pauvre ait augmenté de manière significative suite à l'abolition du ticket modérateur, les dépenses catastrophiques de santé parmi les pauvres n'ont pas chuté. Ceci semblait être le résultat de l'indisponibilité des médicaments dans les établissements de santé publics (Nabyonga-Orem *et coll.*, 2008). Les exemples mentionnés ci-dessous, qui concernent les implications de la politique d'abolition du ticket modérateur en Côte d'Ivoire et au Niger, appellent une fois de plus à la prudence pour ce qui est de la conception et mise en œuvre de telles politiques.

<sup>39</sup> Dr Margareth Chan (2009) « Discours lors du 23e Forum sur les problèmes mondiaux – l'impact des crises mondiales sur la santé: crise financière, climatique et sanitaire ». <http://www.who.int/dg/>

<sup>40</sup> Préalables pour la réussite de l'abolition du ticket modérateur : la préparation minutieuse de mesures complémentaires adéquates dans les domaines des sources de financement complémentaires, de l'allocation budgétaire de l'aide, du leadership politique, de l'implication des prestataires de soins, d'augmentation des salaires, de communication avec la population, de collecte des données et de prise en compte des obstacles non financiers à l'accès aux soins (K. Xu DB *et al.* 2006).

## Financement de la Santé

L'étude de cas du Burkina Faso se penchera particulièrement sur cette question et étudiera minutieusement la mise en place d'une subvention ciblée des soins, dont une courte introduction est présentée ci-dessous.

### 2.2.2 Soins gratuits ciblés

Dans certains cas, lorsque la décision d'abolir le ticket modérateur n'est pas suivie *a minima* d'une substitution du revenu qui été généré par celui-ci, une telle politique peut être néfaste au système de santé. L'étude de cas du Burkina Faso est un exemple de mise en place progressive de subventions permettant l'accès gratuit à certains services de santé. L'étude de cas expose les avantages et les difficultés de l'approche modérée choisie par le Burkina Faso. D'autres pays d'Afrique de l'ouest ont adopté des réformes beaucoup plus radicales qui ont souvent occasionné de grandes difficultés pour les systèmes de santé.

### Encadré 2.1 Le cas du Niger et de la Côte d'Ivoire

---

La Côte d'Ivoire a introduit les soins gratuits au printemps 2001. Toutefois, la politique n'avait pas été correctement élaborée. En janvier 2012, le ministre ivoirien de la santé Yoman N'dri a effectivement déclaré que le gouvernement abandonnait l'initiative des soins gratuits pour tous. D'après les services de presse : « À compter de février, les soins gratuits ne seront accessibles qu'aux mères et à leurs enfants, » autrement dit « les soins d'accouchement et de traitement des maladies dont peuvent être atteints les enfants de moins de six ans seront gratuits ». Les services de presse précisent que le ministre a reconnu que la mise en œuvre du service n'avait pas été planifiée correctement, notamment en ce qui concerne les médicaments. La pharmacie de la santé publique, qui est l'organe étatique central de distribution des médicaments pour l'ensemble du pays, détenait seulement 30 pourcent du stock nécessaire à la mise en place globale des soins gratuits.<sup>41</sup>

En 2006, le Niger a mis en place un programme ambitieux d'acte gratuit pour toute césarienne et tout soin sur des enfants de moins de cinq ans. Une déclaration, intitulée « Les soins gratuits au Niger sont gravement malades, sauvons-les », a été présentée lors d'une conférence nationale sur la politique d'exonération du ticket modérateur au Niger. Cette présentation avait pour but d'agir comme une sonnette d'alarme sur le niveau d'endettement du gouvernement envers les établissements de santé qu'il a été incapable de rembourser, le même gouvernement qui est censé être le tiers payant dans le système d'exonération du ticket modérateur. Le financement constitue le premier goulot d'étranglement identifié. Hormis le budget public, qui ne couvre pas l'ensemble des frais, il n'existe aucune source de financement de ce programme. D'autres problèmes de gestion, tels que la surfacturation ou la méthode de remboursement des établissements de santé, participent également à l'échec de la politique. En fin de compte, le prestataire de santé a souffert une absence de paiement mais le patient est la première victime. Ridde *et coll.*, ont établi, lors d'une étude en 2008, que la sollicitation des services de santé était restée très faible (Ridde *et coll.*, 2008).

---

<sup>41</sup> Article réimprimé à partir de [kaiserhealthnews.org](http://kaiserhealthnews.org) avec la permission de la Fondation familiale Henry J. Kaiser. *Kaiser Health News* (Media spécialisé sur la santé et à but non-lucratif).

---

Les enseignements tirés de ces deux expériences : d'une part, une préparation technique adéquate de la part du ministère de la Santé (prévision de la demande et estimation de la capacité des prestataires de santé et la préparation qu'ils requièrent) et de la part du ministère de l'Économie et des Finances (allocation du budget) doit avoir lieu avant que l'engagement politique ne soit annoncé. D'autre part, il faudra trouver des compromis entre la capacité existante des systèmes et le désir louable d'atteindre une couverture maladie universelle. De telles réformes doivent être conçues et mises en place progressivement afin d'éviter que le système tout entier ne s'écroule ou ne déperisse.

---

Tandis que l'on essaye d'abolir le ticket modérateur, il faut trouver des compromis entre la capacité du système et le désir d'élargir la couverture maladie dans la mesure où ces politiques répondent à un souci d'équité mais, seules, ne réunissent pas l'ensemble des préalables des systèmes de santé.

Le fait de s'attaquer uniquement au ticket modérateur ne soigne que les symptômes et non les causes d'une faible performance au niveau des soins primaires (Pearson M., 2005). L'abolition du ticket modérateur peut servir de mesure tactique à effet rapide pour attirer l'attention politique sur d'autres réformes à plus grande ampleur. Il est aussi important de ne pas se focaliser uniquement sur l'abolition du ticket modérateur car cela peut empêcher de voir les problèmes politiques, institutionnels et gouvernementaux qui sont plus épineux, moins visibles et potentiellement plus sérieux, et qui entravent les progrès dans le secteur.

Les gouvernements et les partenaires au développement devraient donc se focaliser davantage sur la manière de dotation et de gestion des 95% des ressources qui ne sont pas obtenues grâce au paiement du ticket modérateur. Il est tout aussi important de réaliser l'objectif, qui consiste à attribuer 15% du budget public à la santé, que les gouvernements africains se sont engagés à tenir lors de la Déclaration d'Abuja en 2000. (Pearson M., 2005)



### 3 Conclusion

La politique de financement de la santé est un instrument important dans la promotion des objectifs des systèmes de santé : l'équité, l'efficacité et l'efficacités, car chaque fonction du financement de la santé – la collecte, la mutualisation et l'achat – a un impact sur les objectifs des systèmes de santé. Chaque pays doit cheminer à sa façon vers la couverture universelle, et dans le contexte de ressources financières limitées, est de constater que les progrès accomplis dans la réalisation d'un objectif ne semblent s'obtenir qu'au prix de la régression par rapport à un autre objectif.

Toutefois, quel que soit le chemin de réforme choisi, les détails de la mise en œuvre sont importants. En effet, l'argent en lui-même ne peut fournir des soins de santé. Les fonds doivent être transformés en soins par le biais d'une série de processus et de fonctions complexes. Les structures d'incitation du système, sa capacité organisationnelle et son cadre juridique déterminent comment cette transformation aura lieu. Une augmentation des ressources ne se traduit pas automatiquement en meilleurs résultats dans le domaine de la santé.

À l'heure actuelle, certains pays africains portent leur attention sur le financement axé sur les performances et la gratuité ciblée des soins comme moyen de réaliser des progrès dans l'atteinte des objectifs des systèmes de santé. Selon les attentes, une réforme stratégique similaire dans l'ensemble des pays ne produirait pas les résultats correspondants. Par conséquent, il importe d'évaluer premièrement si le financement axé sur les performances, la gratuité ciblée des soins ou tout autre option de réforme du financement de la santé, représente effectivement la 'prochaine étape' vers l'accès universel. Une fois qu'un pays a soigneusement évalué les options, la tâche complexe de la formulation d'une intervention stratégique adaptée aux caractéristiques du contexte, fournira la meilleure garantie d'un impact maximum sur les résultats en matière de santé.

## Références / Bibliographie

---

Asante, F. and Aikins, M. 'Does the NHIS cover the poor?', 2008,

from <http://www.moh-hana.org/moh/docs/NHIS%20issue/NHIS%20propoor%20research.pdf>.

Asenso-Okyere, W. K., Osei-Akoto, I., Anum, A. and Appiah, E. N. 1997. 'Willingness to pay for health insurance in a developing economy. A pilot study of the informal sector of Ghana using contingent valuation.' *Health Policy* 42: 223-23

Atim, C., Fleisher, L., Hatt, L., Masau, S. and Arur, A. 2009. *Universal Access to Quality Health*

Services: Improve Maternal, Neonatal and Child Health. Paper presented at the Fourth Session of the African Union Conference of Ministers of Health, Addis Ababa, Ethiopia

Banerjee A, Duflo E. The economic lives of the poor. *J Econ Perspect* 2007; 21: 141-67

Bräutigam D., Aid dependence and governance, School of International Service, Expert Group on development issues, EGDI, 2000

Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal of Quality in Health Care* 2000;12(2):133

Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. *Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence*. London: The Health Foundation; 2007

Cichon, M., Normand, C., Leger, F. and Tumwesigye, D. 2003. 'Comments on the planned National Health Insurance System in Ghana'. Discussion Paper No. 2. Geneva: ILO

---

---

Coheur, A., Jacquier, C., Schmitt-Diabate, V. and Schremmer, J. 2007. 'Linkages between statutory social security schemes and community-based social protection mechanisms: A promising new approach'. Technical Report 09. International Social Security Association

Drechsler D., Jütting J., Private Health Insurance for the Poor in Developing Countries? Policy Insights #11, OCDE, 2005

Eichler R. Can pay for performance increase utilisation by the poor and improve the quality of health services? Washington, D.C.: Center for Global Development; 2006. Report No.: Discussion paper

Eldridge C, Palmer N. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. Health Policy and Planning, 2009

Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Coping with health care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. Health Econ 2008

Foster A. Poverty and illness in low-income rural areas. Am Econ Rev 1994; 84: 216-20

Gertler P, Gruber J. Insuring consumption against illness. Am Econ Rev 2002; 92: 51-70

Gilson L, McIntyre D, XXX , British Medical Journal , 2005

Gomes Sambo L, Muthuri Kirigia J\*, Ki-Zerbo G, Health financing in Africa: overview of a dialogue among high level policy makers, From Fifteenth Ordinary Session of the Assembly of the African Union Kampala, Uganda. 19-27 July 2010)

Government of Ghana, Ministry of Health. 2008. 'Ministry of Health Independent Review: Health Sector Programme of Work 2007'. Accra : gouvernement du Ghana.



**Grub, A. 2007. 'Ghana-Social Security Schemes for Health'. Accra: GNeMHO.**

**Hsiao C ., Abnormal economics in the health sector, Department of Health Policy and Management, Harvard University School of Public Health, 1995**

**Hsiao C. What should macroeconomists know about health care policy? A primer, Document de travail du FMI, WP/00/136, Fonds monétaire international, 2000**

**K. Xu, D.B. Evans, P. Kadama, XXX Social Science and Medicine, 2006**

**Ke Xu DB, Evans G, Carrin AM, Aguilar-Rivera P, Musgrove T, Protecting Households from Catastrophic Health Spending, Health Affairs, Volume 26, No. 4, 2007**

**Ke Xu DB, Evans G, Carrin AM, Aguilar-Rivera P, Musgrove T, Protecting Households from Catastrophic Health Spending, Health Affairs, Volume 26, No. 4, 2007**

**Kutzin J, Health Financing Policy – a guide for decision makers, World Health Organization, 2008**

**Langenbrunner JC., Cashin C., O'Dougherty S. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems How-To Manuals, World Bank and the United States Agency for International Development, 2009**

**Morestin F & Ridde V., How can the poor be better integrated into health insurance programs in Africa? An overview of possible strategies. Université de Montréal, 2009**

---

**Morgan L, Eichler R, Performance based finance incentive in Africa: experiences, challenges, lessons, December 2011, United States Agency for International Development, Health Systems 20/20 projet**

**Morris S, Flores R, Olinto P, Medina J. Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: cluster randomised trial. Lancet 2004;364:2030-7**

**Pearson, M The case for abolition of user fees for primary health services. Issues paper. DFID**

**Health Systems Resource Centre, 2004**

**Pearson, M. Assessing the case for abolishing user fees: lessons from the Kenya experience, 2005. HLSP Institute. Paper presented for the 2<sup>nd</sup> International Conference “Health Financing in Developing Countries”, 1-2 décembre 2005**

**Peters D, Yazbeck A, Sharmaand R, Ramana G, Pritchett L, Wagstaff, A better health systems for India’s poor. Washington, DC: La Banque mondiale ; 2001**

**Ridde V, Morestin F, A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa, Health Policy Plan. (2011) 26 (1):1-11**

**Ridde V., Diarra A., A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa), BMC Health Services Research 2009, 9:89 doi:10.1186/1472-6963-9-89; <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/89>**

**Ride V, K Kadio, X Ducandas, Y. Kafando, La protection sociale et les indigents au Burkina Faso, Université de Montreal, Novembre 2011, <http://www.vesa-tc-umontreal.ca>**

**Russell S. Ability to pay for health care: concepts and evidence. Health Policy Plan 1996; 11: 219-37**

**Saksena P., Antunes AF., Xu K., Musango L., Carrin G. Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda, Rapport sur la santé dans le monde (2010) Background Paper (Document d'information), 6**

**UNAIDS (ONUSIDA) (2012) Assessment of the potential of innovative financing mechanisms for HIV, health and development. A focus on Africa. Non publié**

**Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. Health Econ 2003; 12: 921-34**

**Witter S., Garshong B., Something old or something new? Social health insurance in Ghana, Immpact, Institute of Applied Health Sciences, University of Aberdeen, Aberdeen, UK and Health Research and Development Division, 2006**

**Witter S., Kessy F, Fretheim A, Lindahl A. Paying providers for performance in health care in low and middle income countries: a systematic review. Cochrane Collaboration (draft), 2010**

**Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ, Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003; 362: 111-7**

## Annexe A - Préalables au FAP

### Répartition des responsabilités

L'acheteur doit être capable de concevoir et d'établir le coût d'un paquet de services en définissant la qualité appropriée et autres ajustements, (habituellement pour les soins de première ligne), et il doit savoir gérer les contrats avec les prestataires de soins de santé et les divers agents de vérification indépendants en vue d'un contrôle de haute qualité. Ce rôle implique aussi la négociation des plans d'affaires et du prix des services avec chaque prestataire de service. La séparation de l'acheteur et du prestataire pourrait améliorer les incitations à l'efficacité et à la performance en identifiant les responsabilités de chacun, et en augmentant la transparence des rôles des divers agents afin de faciliter l'évaluation de leur efficacité dans ces rôles ; par ailleurs, elle accroît potentiellement la concurrence entre les prestataires de services.

### Autonomie

Les établissements qui fournissent des services axés sur les performances exécutés par des tiers devraient avoir suffisamment de contrôle sur leur dotation en personnel et autres ressources afin qu'ils puissent être réellement tenus pour responsables des résultats réalisés et par rapport auxquels les paiements axés sur les performances seront effectués. L'autonomie requiert également une expertise suffisante en matière de gestion ainsi que des processus et des systèmes de gestion au niveau de l'établissement. L'autonomie peut être restreinte par l'autorité officielle ou officieuse d'autres acteurs du système. L'autonomie requiert une structure officielle pour la garantir, et un engagement crédible de non-ingérence dans certains domaines définis de responsabilité (formels ou informels) ainsi qu'un engagement crédible à fournir les ressources nécessaires au fonctionnement de l'établissement. .

### Disponibilité prévisible des ressources

La faiblesse du processus budgétaire en tant que mécanisme de gestion des ressources est un obstacle de taille à la mise en œuvre du financement axé sur les résultats. Un grand inconvénient du système actuel de déblocage de fonds (semblable au système d'établissement du budget de caisse) réside dans le fait qu'il fragilise le lien entre la politique et le budget, en le rendant presque impossible pour la planification efficace.

### Capacité à gérer les contrats implicites ou explicites

La gestion des contrats requiert des capacités au niveau de la conception des contrats (y compris l'élaboration d'un système d'indicateurs fournissant des incitations pertinentes pour la performance, qui ne créent pas de distorsions des priorités et ne sont pas assujetties aux comportements stratégiques ou spéculatifs des parties), de la négociation et du suivi des performances. Elle requiert aussi que les accords contractuels soient crédibles pour chacune des parties.

### Présence d'un détenteur de fonds compétent

Les fonds d'un projet seront gérés par l'Unité de gestion financière du projet (PFMU) ayant fait ses preuves dans l'organisme de gestion financière actuelle et au niveau étatique pour les opérations de la Banque mondiale. L'Unité de gestion financière du projet transférera les fonds aux établissements de santé, suite à l'autorisation accordée par l'acheteur.

## **Participation de la collectivité**

La participation de la collectivité est une exigence importante pour renforcer la responsabilité envers les utilisateurs des services. Le NSHPIC (Crédit d'investissement du programme de santé publique du Nigéria) estime que les contrats devraient être passés entre l'acheteur et le Comité de développement de quartier, (ou organisme communautaire équivalent) qui jouerait aussi un rôle clé pour déterminer comment les paiements reçus en contrepartie des services fournis par les établissements, seraient utilisés et alloués. Ces comités devraient par conséquent représenter et être responsables envers les utilisateurs des services de soins primaires (notamment les femmes enceintes et les mères) ; capables de gérer et de comptabiliser (et d'être tenus pour responsables) les ressources financières fournies ; être capables d'exercer un suivi indépendant des performances de l'établissement ; et de décider (avec la direction de l'établissement et dans les limites du cadre réglementaire convenu) des priorités quant à l'utilisation des ressources fournies.

## **Mécanisme indépendant de vérification d'un système opérationnel de suivi et de supervision**

Un processus de vérification indépendante est nécessaire pour valider les informations relatives aux services fournis par les établissements (en vérifiant qu'un échantillon de patients existe bien et a réellement bénéficié des services déclarés) et prévenir toute manipulation des données ou collusion entre la direction de l'établissement et d'autres agents.

Il est envisagé de passer un contrat avec une organisation afin qu'elle procède à la vérification indépendante des informations fournies par les établissements sur le nombre de patients soignés et autres variables. Cette fonction est déjà exécutée par des ONG sous contrat pour certains programmes nationaux (comme 'Faisons reculer le Paludisme') et il est donc prévu qu'un arrangement similaire pourrait être établi pour le NSHPIC.

## **Système pour évaluer et récompenser le personnel**

Le Crédit d'investissement du programme de santé publique du Nigéria (NSHPIC) envisage qu'environ 60% du financement axé sur les performances versé aux établissements pourrait être utilisé comme primes pour l'amélioration des salaires du personnel. Afin que cette mesure améliore la performance de l'établissement (et soit l'utilisation optimale des ressources pour atteindre ce résultat), il faudra que la performance soit tributaire des incitations offertes au personnel (plutôt que de facteurs tels que les faiblesses dans la gestion, la dotation inappropriée en personnel ou le manque de ressources complémentaires hors personnel) et qu'un système de primes de performance soit élaboré et mis en œuvre pour améliorer les incitations, sans avoir d'effets secondaires négatifs (comme la démotivation ou les actions syndicales de certains travailleurs dues à un sentiment d'injustice). Ceci nécessitera sans doute de grandes compétences en matière de gestion ou alors, un système d'allocation des primes particulièrement transparent introduit par le biais d'un processus de négociation avec les parties prenantes clés.

## **Modalités de gestion efficaces**

La liste des exigences en matière de gestion, dressée dans le rapport d'appréciation du projet du NSHPIC (para 87) qui figure à l'annexe section C.1 ci-dessus, semble très exigeante et ne sera probablement pas atteint rapidement, notamment à Adamawa et à Nasarawa. Le système actuel des finances et de l'élaboration des budgets au niveau des secteurs administratifs locaux, est extrêmement faible et la rationalisation des établissements et de leurs ressources pour des raisons

## Financement de la Santé

techniques et de productivité sera probablement difficile à appliquer vu les pressions politiques continues pour étendre le réseau des soins de santé primaires et construire de nouvelles cliniques. Comme nous l'avons dit plus haut, le processus de renforcement de l'autonomie au niveau des secteurs administratifs locaux et des établissements devra être méticuleusement échelonné et géré.

### **Les établissements peuvent fournir un service qui répond à une demande**

La capacité du financement axé sur les résultats à améliorer les résultats en matière de santé dépend de la capacité des établissements à fournir un service (suffisamment pertinent et de qualité) qui est demandé par les clients. Cela peut dépendre du niveau et de la qualité de la dotation en personnel de l'établissement, ainsi que de l'existence, du coût et de la facilité d'accès aux prestataires des services alternatifs. Des questions de culture et de genre pourraient également restreindre la demande pour certains services. La capacité des établissements à utiliser leurs ressources pour éliminer les contraintes imposées à la demande dépendra de leur niveau d'autonomie (par exemple, pour changer leur dotation en personnel) et de leur niveau d'initiative et de compétences disponibles dans l'établissement.

### **Leadership et engagement politiques**

Le leadership (direction) et l'engagement politiques vis à vis du financement axé sur les résultats semble être un facteur déterminant essentiel pour le succès des initiatives de financement axé sur les résultats (voir annexe B). Toutefois, il convient de différencier deux niveaux d'engagement et de soutien politique

### **La capacité institutionnelle et le niveau des finances peuvent être soutenus au-delà du projet**

(extrait d'une étude OPM 2011 : le financement axé sur les résultats au Nigéria – une évaluation institutionnelle et d'économie politique)