

Les défis du financement des secteurs de la santé en Afrique

Document de référence

CABRI 
SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER



**Conférence internationale sur le financement de la Santé en
Afrique : défis et opportunités**

30 novembre au 1er décembre 2015, à Dar es-Salaam, Tanzanie

L'Afrique connaît actuellement une transformation économique et épidémiologique rapide. Aussi ce document étudie-t-il les défis et les opportunités qui se révèlent pour la réalisation de la couverture maladie universelle (CMU). Il se concentre sur les raisons ainsi que la façon dont les ministères des Finances et de la Santé peuvent travailler ensemble pour faire de la CMU une réalité.

Définir les caractéristiques des systèmes de santé africains

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. La gestion de l'espace budgétaire grandissant, au sein d'un cadre en expansion d'objectifs de développement national et sectoriel, associée à la discipline budgétaire et à l'efficacité technique et allocative des ressources, définit les programmes de la plupart des ministères africains des Finances.

L'Afrique évolue également sur le plan épidémiologique. On a observé une forte amélioration des résultats de santé, surtout en ce qui concerne les maladies infantiles et maternelles transmissibles et courantes ces 20 dernières années, même si beaucoup de ces maladies contribuent toujours largement à la charge de morbidité sur le continent. Le paludisme et le VIH/sida en particulier continuent d'être des causes importantes de morbidité et de mortalité dans certaines régions du continent. Parallèlement, beaucoup de pays connaissent une augmentation de la charge de morbidité due aux maladies non-transmissibles et aux blessures. L'élaboration de systèmes de santé flexibles, équipés des ressources adéquates et pouvant résoudre efficacement ce double problème, détermine les défis actuels des ministères de la Santé¹.

Au fil du temps, les priorités en matière de politique de santé se sont fortement multipliées. Les politiques et stratégies nationales de santé sont alignées sur des cibles convenues aux échelles régionale, continentale et internationale. Plusieurs grandes initiatives africaines ont été lancées dans le domaine de la santé entre 1987² et 2012 pour la plus récente³. La plupart des pays africains sont membres de l'Assemblée mondiale de la

santé (AMS), et plusieurs initiatives internationales (par exemple les Objectifs du millénaire pour le développement, la Stratégie mondiale de SMNI) et régionales (par exemple la Stratégie de la SADC pour la santé sexuelle et reproductive (2006-2015)) ont été mises en place, qui toutes guident les programmes de politique nationale de santé. Toutefois, trois initiatives plus récentes semblent cerner de manière consensuelle les préoccupations des politiques de santé contemporaines, et sont aussi intégrées aux Objectifs de développement durable.

- La couverture maladie universelle (CMU) est de plus en plus reconnue, à la fois mondialement et au niveau national, comme un cadre qui englobe tout à fait la réforme du système entier, et lui apporte une direction efficace. L'OMS définit ainsi la CMU : « tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières »⁴. Au niveau international, la CMU est appuyée par l'OMS⁵ et l'Assemblée générale des Nations Unies. Au niveau national, la Banque mondiale déclare que « Aujourd'hui, plus de 30 pays à revenu intermédiaire mettent en œuvre des programmes qui devraient les mettre sur la voie de la couverture santé universelle, et un nombre encore supérieur d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire envisagent de lancer des programmes similaires ». Les sous-ensembles du programme de réforme de la politique pour la CMU représentent le plus gros de la réforme de la santé en Afrique ces deux dernières décennies (voir le Document 4 pour plus de détails).
- La Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé, une initiative de la Banque africaine de développement, reconnaît « qu'une couverture élargie et plus équitable des services de santé [...] passent par une utilisation plus efficace et plus rationnelle des ressources publiques et privées, existantes et supplémentaires ainsi que des ressources additionnelles que la croissance économique pourrait générer » pour la santé. Approuvée en 2012 par les ministres africains des Finances et de la Santé, la Déclaration de Tunis reconnaît explicitement la couverture maladie universelle comme objectif politique, et la situe dans le contexte du programme d'optimisation des ressources. Depuis la conférence des Nations Unies sur le financement du développement à Monterrey en 2002, étayée en outre par les restrictions budgétaires découlant de la crise économique mondiale en 2009, l'optimisation des ressources est devenue le paradigme dominant de la réforme des systèmes de santé, comme reflété dans les accords des Objectifs de développement durable.
- « Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 » est une initiative récente de l'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, qui propose une accélération rapide et considérable des programmes de prévention et de traitement du VIH. Même si l'initiative « Accélérer la riposte » n'est pas un engagement contraignant au niveau international, elle

1 Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, Banque mondiale. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy – Sub-Saharan Africa Regional Edition* (« Le Fardeau mondial de la maladie : Produire des données probantes, orienter la politique – Edition régionale de l'Afrique subsaharienne »). Seattle, WA: IHME, 2013.

2 OUA Declaration on Health as a Foundation for Socio-Economic Development (« Déclaration sur la santé en tant que fondement du développement socio-économique »), Addis Abeba, Éthiopie, 1987.

3 Union africaine, *Roadmap on shared responsibility and global solidarity for AIDS, TB and malaria in Africa* (« Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique »), 2012.

4 Résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la santé de 2005.

5 Ibid.

reflète la grande attention accordée au VIH, surtout dans les pays où l'épidémie est généralisée. Du fait que l'Afrique héberge 70 % des personnes infectées par le VIH, l'initiative « Accélérer la riposte », qui s'inscrit dans un cadre politique élargi d'initiatives internationales, régionales et nationales, a de grandes chances d'influencer les programmes de politique nationale de santé (consulter le Document 3 pour en savoir plus).

Le contexte budgétaire et épidémiologique que les pays africains voient changer rapidement, ainsi qu'un accent plus marqué sur la CMU, l'optimisation des ressources et l'urgence persistante de résoudre l'épidémie du VIH/sida, définissent les programmes de politique nationale de santé. Les ministères des Finances et de la Santé ont ainsi l'opportunité unique de collaborer à l'amélioration des résultats de santé tout en assurant l'optimisation des ressources et la responsabilité budgétaire.

Points de référence en matière de dépenses de santé

La couverture maladie universelle et « Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 », aux côtés d'autres objectifs de santé importants, requièrent un investissement accru de ressources financières. L'un des défis importants qui s'imposent aux pays africains est par conséquent de nature budgétaire.

La capacité des dépenses publiques s'accroît en même temps que l'économie. Les ministères des Finances sont les régisseurs de la politique budgétaire et de la gestion des finances publiques. Au sein des limites du cadre législatif et réglementaire, ils allouent l'espace budgétaire aux différents départements ministériels et organismes publics en vue de réaliser les objectifs de développement national. Si les secteurs de la santé sont de plus en plus engagés à l'égard de la CMU et/ou « Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 », les autres départements se lancent dans des programmes politiques tout aussi ambitieux. Cet engagement soulève la question du montant de dépenses publiques qui devrait être affecté à des problèmes particuliers.

Globalement, il y a quatre formes communes d'orientation concernant les « cibles » des dépenses de santé. Premièrement, il y a les engagements politiques. La Déclaration d'Abuja figure parmi les engagements politiques les plus importants dans le domaine de la santé en Afrique. En avril 2001, les pays de l'Union africaine réunis à Abuja ont promis d'augmenter le financement public de la santé pour représenter au moins 15 % de leur budget annuel, et ils ont exhorté les pays donateurs à intensifier leur appui. Même si les dépenses totales de santé et les dépenses publiques de santé comme part des dépenses courantes de l'État (DCE) ont augmenté depuis 2001, à ce jour, seule une poignée de pays est parvenue à atteindre la cible d'Abuja. Bien que les cibles contraignantes au niveau international fournissent un moyen important de préconiser plus de ressources, on demande aux ministères des Finances

d'honorer leurs engagements, souvent pris par les chefs d'État, et qui ensemble peuvent excéder la marge budgétaire dont ils disposent⁶. On observe un autre inconvénient : du fait que la cible d'Abuja est définie comme une part des dépenses courantes de l'État, et que c'est donc un chiffre variable, il n'existe aucune garantie que le montant affecté serait suffisant pour fournir des services de santé adéquats. En 2012, le gouvernement sierra-léonais a dépensé environ 11,5 USD par habitant au total (GdSL, 2014). Même s'il avait alloué 15 % des dépenses du gouvernement au secteur de la santé, il n'aurait toujours dépensé que 17,50 USD par personne, ce qui est insuffisant pour financer un secteur de la santé adéquat.

La deuxième approche de l'orientation des dépenses nationales de santé repose sur la comparaison internationale des variables clés du financement de la santé, comme les dépenses de santé par habitant, les dépenses publiques de santé (DPS)/DCE, les dépenses totales de santé (DTS)/PIB, etc. Les pays de comparaison peuvent être choisis grâce à plusieurs critères comme les similarités du niveau de développement économique, le profil épidémiologique et les objectifs des politiques de santé, ou inclure des pays qui servent d'exemple à suivre. Les comparaisons de ce type sont par définition imparfaites, mais elles fournissent souvent des référentiels utiles aux ministères des Finances et de la Santé au cours des négociations budgétaires.

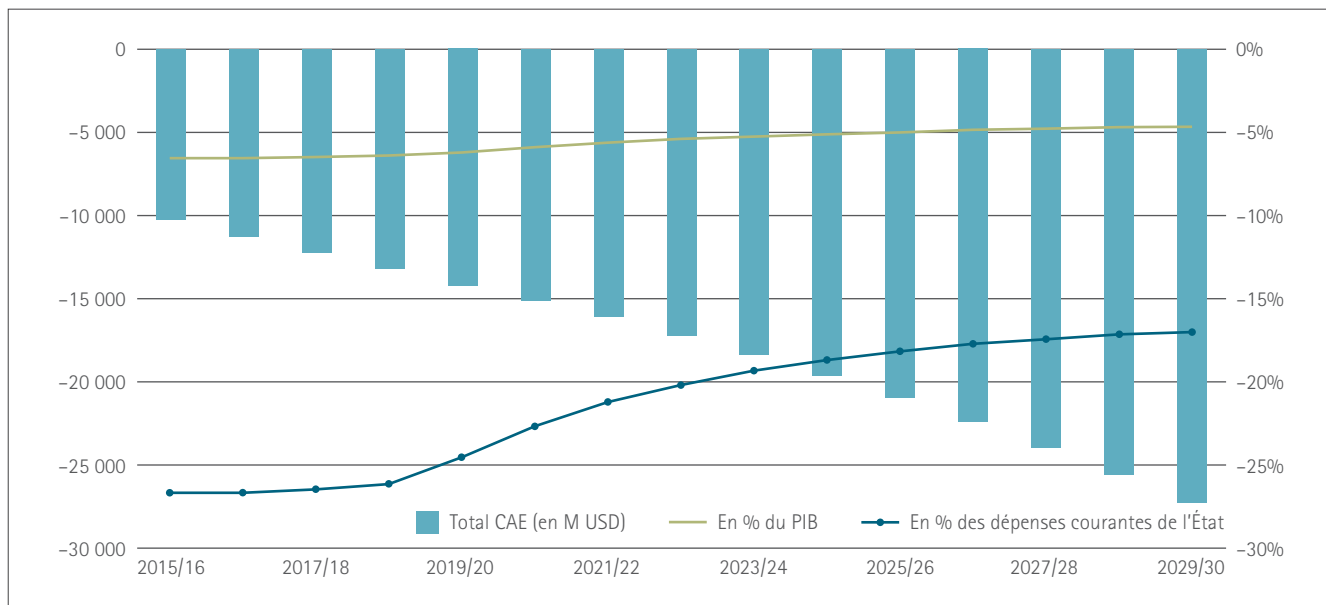
La troisième et plus courante source d'orientation pour définir un niveau adéquat de dépenses de santé provient de l'évaluation des coûts des plans de santé, éventuellement au sein d'une structure pluriannuelle comme le cadre de dépenses et budgétaire à moyen terme. L'avantage est que si l'évaluation est effectuée correctement, elle forme une base solide à la planification des dépenses et à leur mise en œuvre en faveur des objectifs de santé publique. L'inconvénient pourrait en être une forme de dépendance aux chemins empruntés dans le passé : les ministères de la Santé n'ont pas toujours les capacités d'effectuer des évaluations rigoureuses des coûts, raison pour laquelle les budgets de santé sont élaborés en fonction des tendances passées de l'élaboration, au lieu d'une planification prospective.

Une dernière forme d'orientation provient des exercices internationaux d'évaluation des coûts. En partie à cause des critiques de la cible de financement de la santé d'Abuja, McIntyre et Meheus ont récemment proposé un référentiel de limite inférieure des dépenses publiques sur la prestation de la CMU visant à recommander des dépenses de santé minimales mais suffisantes en fonction de la taille d'une économie et du coût absolu des soins de santé de base⁷. Ils font référence

6 Outre la Déclaration d'Abuja, la plupart des pays africains se sont aussi engagés à respecter la Déclaration de Maputo qui déclare que 10 % du budget doit être consacré au développement agricole, ou encore l'Initiative Éducation pour tous selon laquelle 20 % du budget doit revenir à l'éducation. Des accords sur les cibles des dépenses par rapport au PIB pour la protection sociale (4,5 %), l'eau et l'assainissement (1,5 %) et les infrastructures (9,6 %) sont également en place.

7 McIntyre, D. et Meheus, F., 2014. *Fiscal space for domestic funding of health and other social services* (« L'Espace budgétaire du financement intérieur de la santé et des autres services sociaux »), London: Chatham House.

Figure 1 : Déficit de financement de la Communauté de l'Afrique de l'Est pour le VIH dans le contexte de la CMU, en milliards USD (M USD) et en pourcentage du PIB et du budget (2015/16 - 2029/30)



à trois grandes évaluations des coûts qui ont estimé le coût absolu de la prestation de la CMU dans les pays à faible revenu, l'une effectuée en 2001 par la Commission Macroéconomie et Santé, et les deux autres en 2005 par le Groupe de travail de haut niveau sur le Financement international innovant pour les systèmes de santé. Ils recommandent ainsi que le coût minimal acceptable de la réalisation de la CMU pour un ensemble de services de base représente des dépenses publiques (incluant les contributions obligatoires à l'assurance maladie sociale) de 5 % du PIB, soit 86 USD par habitant (exprimés en USD de 2012).⁸

De même, l'ONUSIDA a effectué une évaluation des coûts de l'initiative « Accélérer la riposte », en se concentrant sur 28 pays représentant 89 % de toutes les nouvelles infections par le VIH. À la différence du secteur de la santé, ici le coût varie en fonction (principalement) de la part du VIH au sein de la charge globale de morbidité. La Zambie, le Zimbabwe et les Îles Salomon ont l'un des besoins budgétaires les plus élevés par habitant, compris entre 25 et 35 USD. Toutefois, dans la plupart des pays, les dépenses minimum recommandées sont beaucoup moins élevées, et dans plus de la moitié d'un sous-ensemble de 45 pays, elles sont inférieures à 5 USD en 2015.

Les points de références internationaux en matière d'évaluation des coûts, comme ceux pour la CMU et l'initiative « Accélérer la riposte » peuvent fournir à la planification budgétaire une direction importante et souvent tournée vers l'avenir. Dans l'idéal, ils doivent toutefois être complétés ou remplacés par une évaluation nationale des coûts qui soit à la fois précise et reflétant suffisamment les objectifs énoncés de la politique de santé et les tendances réelles de l'utilisation des services.

Promesses et engagements : le défi budgétaire

Selon les référentiels internationaux établis pour la CMU (tels que définis par McIntyre et Meheus), les stratégies actuelles de financement de la santé ne mobiliseront pas un niveau suffisant de ressources financières pour instaurer la CMU. Les sources actuelles de financement utiles à la CMU se composent essentiellement des dépenses publiques, du financement des donateurs et des contributions obligatoires à l'assurance maladie sociale. Les débours des ménages, qui représentent souvent une part importante des dépenses totales de santé, sont écartés des sources de financement car ils contredisent les objectifs d'équité (inhérents à la CMU) ou ne sont pas dépensés pour des soins de base rentables. Les contributions du secteur privé, comme les investissements directs dans la santé ou les assurances maladie privées volontaires, ne sont pas non plus prises en compte. Sur cette base de règles sans doute très générales, la plupart des pays africains qui souhaitent instaurer la CMU devront combler un déficit de financement important pour la santé, pour le VIH, et pour les deux composantes regroupées (voir le Document 3 pour plus de détails sur le déficit de financement du VIH). La Figure 1 fournit un exemple du déficit de financement de la santé dans les pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est⁹ (Burundi, Kenya, Rwanda, Tanzanie, Ouganda). Le déficit de financement est calculé en établissant les ressources requises pour la CMU (dépenses publiques = 5 % du PIB ou 86 USD, le chiffre plus élevé étant à retenir) par rapport aux ressources disponibles. Les ressources disponibles sont calculées en projetant les sources actuelles de financement pertinentes par rapport à la CMU (dépenses publiques, assurance maladie obligatoire et

⁸ Suite à une mise à jour en 2015, l'Oxford Policy Management a trouvé que ce montant est maintenant de 100 USD par habitant (en USD de 2015) (OPM, 2015)

⁹ Suite à une mise à jour en 2015, l'Oxford Policy Management a trouvé que ce montant est maintenant de 100 USD par habitant (en USD de 2015) (OPM, 2015).

Figure 2 : Comment accroître l'espace budgétaire

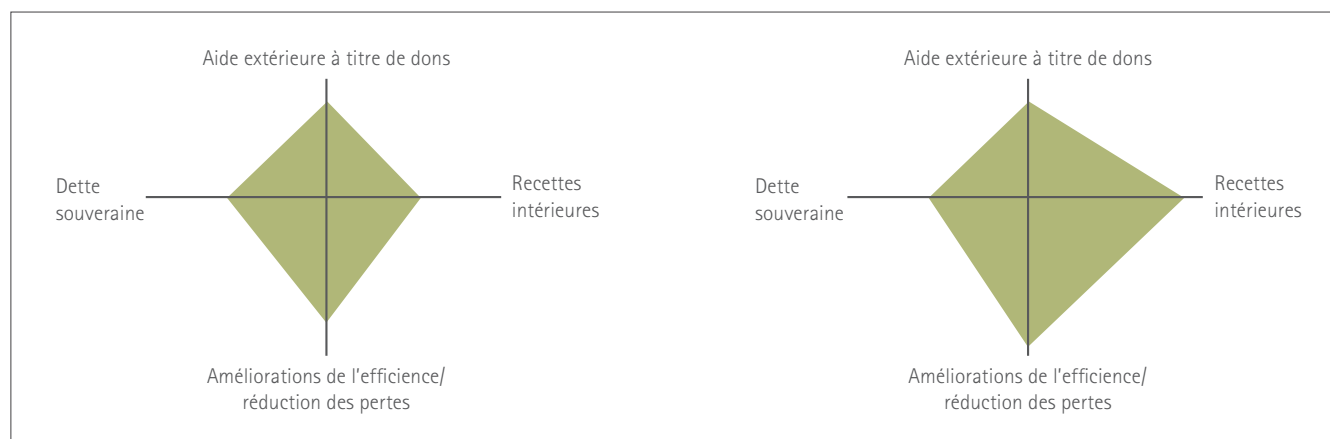
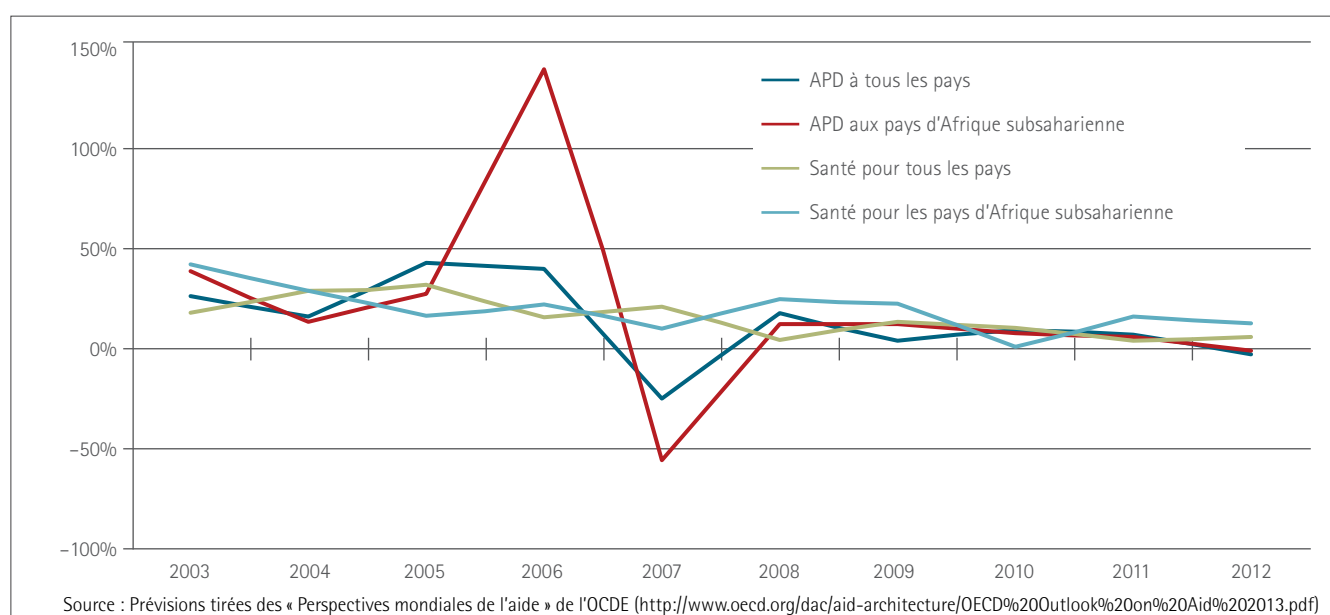


Figure 3 : Comparaison des versements d'APD (changements annuels)



financement des donateurs). Le résultat induit pour les cinq pays un déficit de financement qui s'élève à 10 milliards USD en 2015, et à plus de 25 milliards USD en 2030. Pour éviter ce cas de figure, il est nécessaire d'identifier des sources de financement supplémentaires.

Les gouvernements ne disposent que d'un nombre limité d'options pour élargir l'espace budgétaire et combler les déficits de financement associés à la CMU. Les options disponibles sont souvent illustrées par le losange de l'espace budgétaire, indiqué dans la Figure 2 ci-dessous. Les quatre coins correspondent aux sources potentielles de l'espace budgétaire (pour plus d'informations, voir le Document 4).

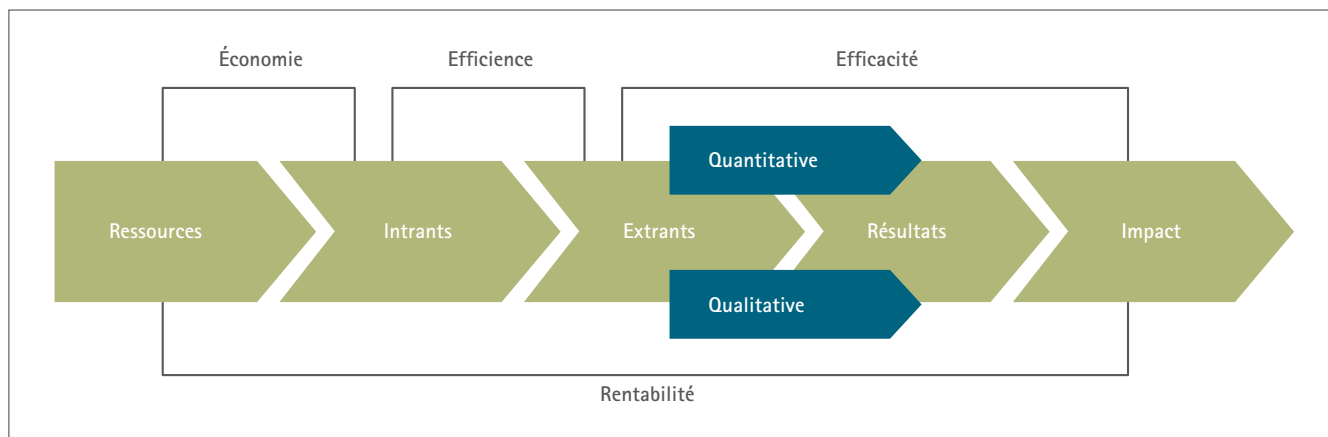
L'une des manières les plus importantes d'accroître l'espace budgétaire est de redéfinir les priorités des financements au sein du budget public, c.-à-d. d'accroître le rapport dépenses publiques de santé/dépenses courantes de l'État.¹⁰ Pour définir une cible, les pays peuvent s'inspirer de n'importe lequel des

« référentiels » mentionnés plus tôt. Augmenter l'affectation du budget public à la santé reste une option très attirante, car elle a le potentiel de contribuer fortement au financement de la santé, et car elle permet de mutualiser et de redistribuer les fonds entre les groupes de la population, servant ainsi de mécanisme correcteur de la répartition des revenus, c.-à-d. de subventions croisées. Du point de vue conceptuel, cette logique ressemble à l'assurance maladie sociale obligatoire. Cependant, les budgets publics dépendent de la taille de l'assiette fiscale, tandis que l'assurance maladie sociale dépend de la taille du marché formel du travail. Les deux peuvent être limités dans les pays à faible revenu, et les systèmes d'assurance maladie sociale sont généralement complétés par une taxe.

Les ressources supplémentaires pour la santé peuvent aussi provenir de l'élargissement de l'espace budgétaire dans son ensemble, puis de l'affectation (d'une partie) à la santé. Si les réformes fiscales globales visent souvent à réaliser cet élargissement, c.-à-d. accroître le ratio impôt-PIB (ou pression fiscale par rapport au PIB), des mécanismes innovants peuvent

¹⁰ Dépenses publiques de santé/dépenses courantes de l'État, ou la part du budget public total alloué à la santé.

Figure 4 : Optimisation des ressources : la chaîne de transformation



aussi fournir un palliatif à court terme. Ces mécanismes innovants, abordés en détail dans le Document 6, peuvent mobiliser jusqu'à 0,5 % supplémentaire du PIB pour la santé.

Augmenter le financement des donateurs au-delà de leur contribution actuelle ne sera pas vraisemblablement une importante source de financement, car le taux de croissance de l'aide au développement pour la santé est en baisse, et tend vers zéro (voir la Figure 3 ci-dessous). Néanmoins, même si cela est vrai au niveau agrégé, l'accroissement du niveau de financement international pour la santé pourrait être une option pour certains pays individuellement, en particuliers les États fragiles.

Améliorer l'efficacité technique du système de santé représente une autre source importante de financement. Le cœur de la question de la politique budgétaire qui se pose aux ministères de la Santé et des Finances est la façon dont les services de santé peuvent être assurés à moindre coût tout en accomplissant leurs objectifs politiques de haut niveau, et en créant par-là l'espace budgétaire pour la santé et en réduisant le déficit de financement. Depuis l'an 2000, plusieurs études ont été effectuées pour estimer l'efficacité des systèmes nationaux de santé, et elles ont constaté de grandes variations des performances entre les pays. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 suggère que 20 à 40 % des dépenses de santé seraient « gaspillées ». Des données probantes récentes, tirées d'une étude internationale sur 173 pays du monde, calculent que pour la période 2004-2011, l'efficacité des systèmes de santé était de 79 % en moyenne¹¹.

Plusieurs approches existent pour évaluer l'efficacité, ou de façon plus générale l'optimisation des ressources, et aucun cadre standard applicable à la santé ne se démarque. Toutefois, une approche commune à l'optimisation des ressources est structurée autour de la chaîne de transformation¹².

Ce cadre est souvent enrichi par un accent sur l'équité (couramment surnommé le quatrième « E »). Toutes les analyses de l'optimisation des ressources – économie, efficacité (et

rentabilité), efficacité, rapport coût-efficacité, fourniraient des renseignements utiles quant à la façon dont les services peuvent être assurés à moindre coût tout en atteignant un niveau similaire de résultats ; ou en réalisant un grand impact sur les résultats de santé grâce à un niveau similaire de ressources.

L'emprunt est un mécanisme de financement de dernier ressort à la disposition des gouvernements. L'objectif des emprunts publics est d'ajuster le calendrier des dépenses du gouvernement. Au lieu de dépenser une somme chaque année pour des dépenses particulières, une obligation d'État avance toutes les dépenses pour l'année en cours en échange d'une série de futurs remboursements. À ce titre, l'emprunt du gouvernement est simplement une réallocation inter-temporelle des dépenses. Toutefois, outre la série de futurs remboursements, le gouvernement doit aussi payer des intérêts. C'est pour cette raison qu'il est généralement accepté que les emprunts publics ne devraient être utilisés que pour les dépenses d'investissement (en capital), où les futurs rendements d'un investissement doivent être plus importants que le coût de l'emprunt.¹³ Dans cette logique, un emprunt public ne devrait pas être utilisé pour financer une augmentation permanente des dépenses courantes. Cependant, une étude sur l'applicabilité d'une obligation VIH/sida a trouvé que les dépenses destinées à la lutte contre le VIH/sida étaient en fait limitées dans le temps, bien qu'elles soient classées comme des dépenses courantes.¹⁴ Les auteurs de cette étude indiquent que l'analyse coûts-avantages de ces dépenses est positive, où le coût par année de vie économisée est plus faible que ce que beaucoup d'évaluations économiques d'une année de vie laisseraient croire. Ainsi, même si elle est loin d'être un investissement typique de capitaux, une obligation pour le VIH/sida – et éventuellement une obligation pour la santé – représente une dépense rentable et limitée dans le temps, et ses caractéristiques pourraient garantir un financement par le biais d'un emprunt. Ainsi, dans les pays qui ne sont pas très endettés et surtout ceux qui connaissent une forte croissance, le potentiel de collecter de fonds grâce à l'emprunt est

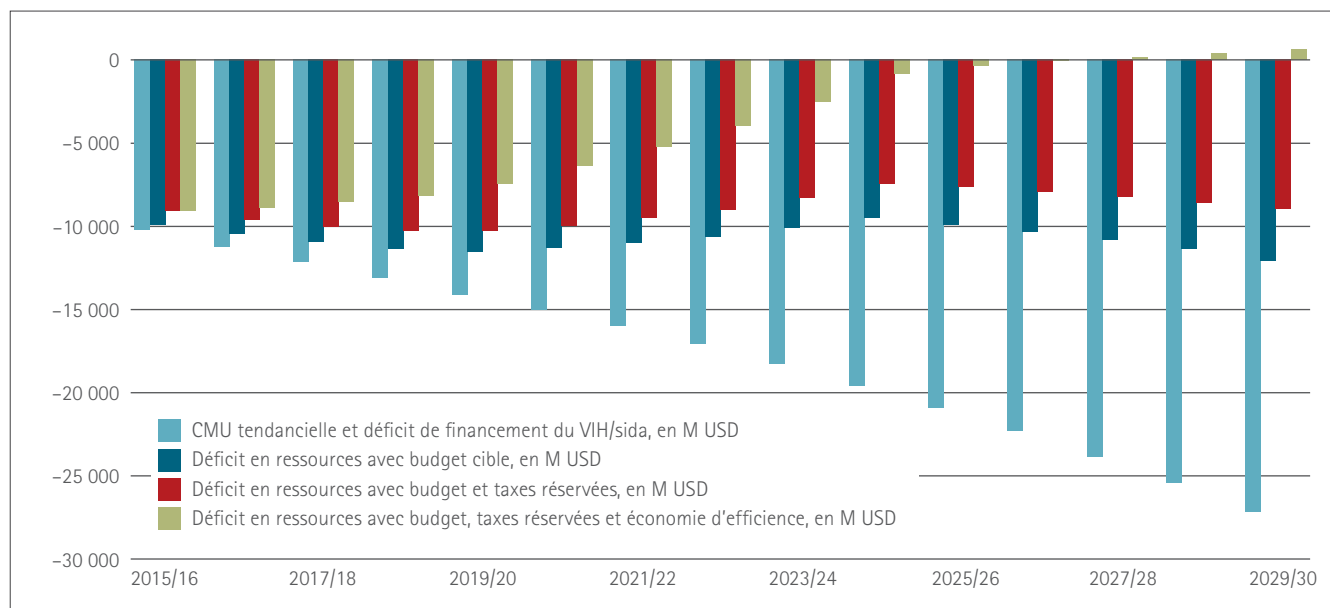
11 Zeng, Wu (2014), Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries (« Évaluation de la performance des systèmes nationaux de santé en 2004-2011 : une analyse de 173 pays »), Oxford Policy Management (non publié).

12 Smith, P. C. (2009). *Measuring value for money in healthcare: concepts and tools*. OQUIP

13 Une exception à cette règle est l'utilisation d'emprunts dans le cadre d'une politique budgétaire temporaire et anticyclique lors d'une période de récession. Toutefois, une bonne politique budgétaire impose qu'un tel emprunt soit remboursé lors des années ultérieures de croissance supérieure.

14 ONUSIDA (2011).

Figure 5 : Comblant le déficit de ressources de la CMU incluant le VIH, pour la région de la CAE (en M USD)



considérable. Toutefois, à la différence des autres mécanismes, cette source de financement innovant doit être remboursée.

Les ressources supplémentaires tirées d'une combinaison de dépenses publiques dont les priorités ont été revues, de financement innovant réservé (ou affecté) et d'économies grâce à l'efficacité technique, éventuellement complétées par un emprunt, permettront de progresser vers le but de combler le déficit de financement dans tous les pays africains. La Figure 5 ci-dessous indique comment le déficit de financement de la CMU et « Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 » dans les cinq pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est peut être comblé d'ici 2027/2028 au moyen d'une combinaison de ces initiatives des politiques budgétaires.

Il y a toutefois au moins trois commentaires nuancés à faire sur ce modèle général :

- Certains pays, surtout ceux à faible revenu n'ont pas assez de ressources au sein de leur économie pour instaurer la CMU et atteindre les cibles de financement de « Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 » au cours de 15 prochaines années, même en considérant toutes les options possibles. Ces pays doivent recevoir une assistance financière supplémentaire de la part de la communauté des donateurs (par exemple la RDC, le Malawi).
- Certains pays, surtout ceux à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, dépensent déjà assez de ressources pour instaurer la CMU et réaliser les objectifs de « Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 » du point de vue budgétaire, mais ils n'ont pas actuellement concrétisé les autres aspects de la CMU. Cela est souvent dû à la répartition inéquitable de ces dépenses, laissant certains groupes de la population sans accès correct aux soins, ou à des dépenses pour des soins non rentables, laissant les services rentables sous-financés.
- Les points de référence mondiaux du coût de la CMU (comme 86 USD par hab. ou 5 % du PIB pour les dépenses publiques) ne refléteront pas de manière adéquate les défis

spécifiques du financement associés aux besoins particuliers de la population en matière de santé, comme la nutrition, le VIH et le paludisme, car ils diffèrent d'un pays à l'autre. Les maladies particulièrement répandues dans certains pays nécessiteront une attention spéciale, à la fois en matière de financement et de prestations (pour plus de détails, voir le Document 3).

Faire des choix sous des contraintes budgétaires : comment faire en sorte que les dépenses produisent le maximum d'effet ?

Lorsqu'ils sont confrontés à la décision de savoir « quelles interventions financer en priorité », les gouvernements veulent s'assurer que l'affectation de ressources choisie entraîne les meilleurs résultats possibles. Dans l'idéal un gouvernement devrait avoir suffisamment de ressources pour mettre en œuvre l'ensemble complet des interventions et des services de santé qu'il désire, mais la réalité vraisemblable est que les ressources disponibles ne sont pas suffisantes pour y arriver. Convenir d'un ensemble abordable de soins de santé de base soulève le défi de la définition des priorités avec un cadre qui aidera les pays à hiérarchiser les interventions en fonction d'un certain objectif – généralement celui d'obtenir des résultats techniques et/ou sociaux spécifiques – et par là à surmonter les intérêts enracinés et/ou l'inertie historique.

Les données probantes montrent que plusieurs problèmes de santé importent plus sur le plan de l'impact des résultats de santé. La Commission Macroéconomie et Santé a trouvé qu'un petit nombre de problèmes de santé représentaient 90 % de la différence du taux de mortalité à un jeune âge entre les pays à revenu faible et intermédiaire et ceux où les revenus sont élevés¹⁵ (2001). Un Rapport plus ancien sur la santé dans le

15 OMS – Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, 2001.

monde datant de 1999 indiquait que presque le tiers de tous les décès dans les pays à revenu faible et intermédiaire résultaient de maladies transmissibles, de pathologies maternelles et périnatales et de carences nutritionnelles.

Tout ensemble de prestations de base doit commencer par traiter la première cause de morbidité et de mortalité dans un pays. Les données probantes des analyses de rentabilité fournissent une base utile mais insuffisante pour sélectionner les interventions prioritaires dans des conditions de contraintes budgétaires. Par ailleurs, le processus de choix est aussi orienté par des considérations politiques et historiques.

Déterminer un ensemble de services de base rentables, offerts à toute la population avec une protection financière (aucun appauvrissement dû à l'accès aux soins), est précisément le cœur de la couverture maladie universelle, discuté en détail dans le Document 4. L'étendue de l'ensemble de prestations (ou la « taille du cube ») sera souvent déterminée par les ressources disponibles. Au fur et à mesure que les pays deviennent plus riches, l'ensemble de prestations peut être élargi. Cette approche ne doit toutefois pas faire oublier que les données probantes indiquent que 86 USD ou 5 % du PIB destinés aux dépenses publiques pour la santé est le seuil minimum de la CMU.

D'avantage de ressources financières pour le secteur de la santé n'entraînent pas automatiquement de meilleurs résultats pour la santé de la population. En effet, l'espace budgétaire n'est qu'un aspect de la réalisation de la CMU, et pour la plupart des pays, les profondes réformes à tous les niveaux du système de santé devront s'accompagner de la hausse des dépenses de santé. Ce sujet est abordé dans le Document 2 sur le financement de la santé et la réformes des systèmes.

La dernière dimension du financement de la santé et de la réforme du système, mais qui n'est pas la moindre, est l'équité de l'accès et du financement. Cela implique que les personnes ayant des besoins de santé égaux aient un accès égal aux soins de santé (équité horizontale de l'accès), et cela

implique également que les ménages plus riches contribuent proportionnellement plus au financement des soins de santé (équité verticale du financement ou progressivité). Garantir l'équité de l'accès et la progressivité du financement est un aspect central de la CMU et requiert une attention politique sophistiquée permanente.

Retroussons nos manches : un programme collaboratif des ministères des Finances et de la Santé

La tâche est la suivante : atteindre les cibles politiques de haut niveau comme la couverture maladie universelle ; définir des ensembles de prestations rentables qui répondent aux besoins prioritaires de la population en matière de santé ; et, assurer l'optimisation des ressources du système de santé, au sein d'un contexte budgétaire et épidémiologique en évolution. Une façon de relever ce défi de manière plus pratique est de le structurer par phases. Schématiquement, ces phases pourraient comprendre les étapes suivantes, revues de manière itérative :

- Définir un ensemble de services rentables, accompagné de stratégies de prestation appropriées ;
- Évaluer les coûts d'un ensemble de services rentables ;
- Mettre au point une stratégie financière pour un ensemble de services rentables avec protection financière ;
- Offrir un ensemble de services rentables avec une efficacité optimale ; et,
- Mesurer les résultats, notamment l'équité

L'objectif est de relever ce défi déterminant et continu afin de créer un bien-être important pour la population ainsi que des rendements économiques. Cet objectif définit donc le programme collaboratif des ministères des Finances et de la Santé en Afrique.



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Pour tout renseignement sur l'Initiative Africaine Concertée sur la Réforme Budgétaire (CABRI) veuillez contacter : CABRI Secretariat, PostNet Suite 314, Private Bag X06, Pretoria 0001, South Africa
Tel : +27 12 492 0022
www.cabri-sbo.org

Remerciements

Les documents de référence de la conférence de CABRI « Financement de la Santé en Afrique : défis et opportunités » ont été préparés par Adrian Gheorghe, Alina Lipcan, Clara Picanyol, Nouria Brikci, Tafara Ngwaru, Tomas Lievens et Sophie Witter. Les commentaires et contributions de Nana Boateng (CABRI) ont été fort appréciés. Auteur principal : tomas.lievens@opml.co.uk