

Revue / Review

# Financement public de la santé en Afrique, contraintes budgétaires et paiements directs par les usagers : regards sur des questions essentielles

Jacky Mathonnat

CERDI-CNRS, Université d'Auvergne, Clermont 1, 65, boulevard François-Mitterrand, BP 320, 63009 Clermont Ferrand cedex 1, France

Disponible sur Internet le 27 septembre 2008

Présenté par François Gros

---

## Résumé

L'amélioration de la santé en Afrique se trouve confrontée à de nombreux défis. Les ressources financières qui lui sont consacrées sont insuffisantes, mais les augmenter ne suffit pas. Il est essentiel de renforcer les systèmes de santé et d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé, publiques et privées. Dans la plupart des pays, les contraintes budgétaires sont fortes, mais il existe des marges de manœuvre pour accroître les dépenses publiques de santé, qu'il s'agisse de financement interne ou d'aide étrangère. Il convient toutefois d'être particulièrement vigilant quant aux effets négatifs qui pourraient éventuellement en résulter sur différents éléments qui sont amenés à jouer un rôle important dans l'amélioration de l'état de santé. Les États se doivent d'exploiter avec pertinence toutes les possibilités d'augmenter les dépenses de santé dont ils peuvent disposer. La plupart d'entre eux ne peuvent se permettre de négliger les paiements directs, mais ceux-ci doivent être intégrés dans une stratégie de financement cohérente, soigneusement analysée et mise en œuvre. *Pour citer cet article : J. Mathonnat, C. R. Biologies 331 (2008).*

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS pour l'Académie des sciences.

## Abstract

**Public financing of health care in Africa, budgetary constraints and direct payment by users: an overview of the essential questions.** The improvement of health in Africa is confronted with many challenges. The financial resources devoted to health are insufficient, but to increase them is not enough. It is essential to reinforce the systems of health care and to improve efficiency of the public and private expenditure in health. In the majority of the countries, the budgetary constraints are strong, but there is room for maneuver to increase the public health expenditure, by domestic financing or by foreign assistance. It is advisable, however, to be particularly vigilant as to the negative effects which could possibly result from this on the various elements which might play a significant role in the improvement of health. States must exploit relevantly all possibilities of increasing the health expenditure which become available. A majority of them are not able to afford to neglect direct payments, even although they have to be integrated into a coherent strategy of financing, carefully analyzed and implemented. *To cite this article: J. Mathonnat, C. R. Biologies 331 (2008).*

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS pour l'Académie des sciences.

*Mots-clés :* Financement de la santé ; Contraintes budgétaires ; Aide extérieure ; Paiements directs ; Efficience

*Keywords :* Health financing; Budgetary constraints; Exterior funding; Direct payment; Efficiency

---

Adresse e-mail : [J.Mathonnat@u-clermont1.fr](mailto:J.Mathonnat@u-clermont1.fr).

1631-0691/\$ – see front matter © 2008 Publié par Elsevier Masson SAS pour l'Académie des sciences.

doi:10.1016/j.crv.2008.08.008

## 1. Introduction

L'amélioration de la santé en Afrique se trouve confrontée à de nombreux défis. La mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle reste très élevée et ne baisse que très lentement. À titre d'illustrations, la mortalité des enfants de moins cinq ans y dépasse en moyenne 160 pour 1000 naissances vivantes, alors qu'elle est de l'ordre de 80 et 30 pour 1000, respectivement, en Asie du Sud et en Chine. Entre le début des années 1990 et 2005, elle a globalement diminué de moins de 15% et stagné dans environ la moitié des pays africains. Le ratio de mortalité maternelle y est proche de 1000, ce qui est cinq fois plus élevé qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et cent fois plus qu'en Europe. En certains Etats, la situation se dégrade. L'espérance de vie s'est réduite de plusieurs années, et pour 1/3 des enfants africains, le risque de décès est aujourd'hui plus élevé qu'il ne l'était au milieu de la dernière décennie [1].

Il apparaît clairement que les objectifs du millénaire (OMD) en matière de santé<sup>1</sup> ne seront pas atteints en 2015 [2]. Par ailleurs, la structure des pathologies se transforme, et l'on prévoit qu'en 2015 les maladies non transmissibles seront une cause majeure de mortalité dans les pays à faible revenu. Il est manifeste qu'elles vont accroître la pression considérable qui s'exerce sur les systèmes de santé, alors qu'ils sont déjà trop faibles et peu performants.

*L'amélioration de la santé dans les pays pauvres n'est pas seulement une question de ressources financières.* Elle est tout autant une question de volonté politique, de stratégies *coordonnées*, inscrites dans la durée, mobilisant les différents acteurs nationaux et étrangers, publics et privés, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire – et non seulement à celui des soins de base. Il est par ailleurs essentiel de noter que les analyses économiques confirment depuis plus d'une décennie que les évolutions qui auront ou n'auront pas lieu dans les domaines de l'éducation, de la nutrition,<sup>2</sup> de l'accès à l'eau potable, et en matière de croissance favorable aux pauvres, seront très importantes pour les futurs progrès de santé. Le rôle d'une croissance «pro pauvres» ne doit pas non plus être perdu de vue, car l'expérience

de ces vingt dernières années montre qu'une croissance très inégalitaire ne s'accompagne pas de progrès sanitaires au bénéfice d'une large fraction de la population.

## 2. Dans l'ensemble, d'importantes pénuries de ressources financières, rendues plus aigues par des systèmes peu performants

Globalement, les ressources allouées au financement de la santé sont en forte augmentation depuis quelques années. Il y a certes un effort interne, très variable selon les pays, plus ou moins influencé par les OMD, mais l'essentiel provient de ce qui est souvent désigné par l'expression de «nouvelle architecture de l'aide à la santé». Il s'agit des allègements de dette bilatérale et multilatérale, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme,<sup>3</sup> du Gavi,<sup>4</sup> d'Unitaid,<sup>5</sup> de fondations privées (Bill et Melinda Gates Foundation, Ford Foundation, Rockefeller,<sup>6</sup> . . .), qui ont permis de faire passer l'aide à la santé d'environ 6 milliards de dollars en 2000 à 13–14 milliards en 2005. La plupart de ces ressources sont ciblées sur la lutte contre les maladies prioritaires, comme le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et des maladies évitables par la vaccination. L'intérêt de ces apports massifs est bien sûr incontestable, mais ils soulèvent d'importantes questions dont certaines seront examinées plus loin.

Selon les différentes estimations dont on dispose, il faudrait (ordre de grandeur très approximatif) entre 30–50\$ par habitant, ciblés sur des interventions efficaces, pour faire baisser significativement les indicateurs de mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle. Or de nombreux pays africains dépensent moins de 20 dollars par habitant pour la santé.<sup>7</sup> La très grande majorité est encore loin de lui consacrer 15% des dépenses publiques totales, objectifs auxquels ils se sont engagés lors de la conférence d'Abuja en 2001.<sup>8</sup>

Oui donc, dans les pays pauvres, les ressources financières sont effectivement insuffisantes. Mais il est certain que cette pénurie de ressources n'est pas en toutes circonstances la première contrainte qui freine les progrès en matière de santé. Citons deux exemples

<sup>3</sup> <http://www.theglobalfund.org/fr/>.

<sup>4</sup> Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (<http://www.gavialliance.org/>).

<sup>5</sup> UNITAID est une facilité internationale d'achats de médicaments (<http://www.unitaid.eu/fr/>).

<sup>6</sup> Respectivement 895, 24 et 22 millions \$ d'aide à la santé en 2005.

<sup>7</sup> Entre 2000 et 2004, les dépenses de santé dans les pays à faible revenu sont passées d'environ 17\$ par habitant en moyenne en 2000 à 24\$ en 2004.

<sup>8</sup> Cet objectif peut être contesté, mais c'est une autre question.

<sup>1</sup> Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile (réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans); Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle (réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle); Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

<sup>2</sup> La sous-nutrition joue un rôle déterminant dans 53% des décès des enfants de moins cinq ans (Black, Morris et Bryce, 2003).

parmi d'autres. L'OMS rappelle que « l'obstacle le plus sérieux à la mise en oeuvre des plans nationaux de traitement [contre le VIH/Sida] n'est plus d'ordre financier, mais dans un manque de ressources humaines » [1]. Le même rapport souligne, dans une section non spécifique au VIH, que « des études montrent que les erreurs liées aux soins sont des causes non seulement fréquentes, mais aussi importantes de mortalité et de morbidité » (op. cit.). D'autre part, et pour de multiples raisons, des montants financiers élevés, potentiellement disponibles, ne sont pas décaissés par les donateurs,<sup>9</sup> les niveaux d'exécution des budgets nationaux sont, hors dépenses de personnel, souvent inférieurs à 60–70%. A cela s'ajoute le fait que l'efficacité globale des dépenses de santé est dans l'ensemble médiocre [4], c'est-à-dire qu'il serait généralement possible d'obtenir de bien meilleurs résultats de santé avec les ressources utilisées, y compris dans les pays pauvres qui dépensent peu.

Ainsi, dans la plupart des cas, non seulement la dépense publique de santé est insuffisante, mais elle souffre d'un *manque d'efficacité* allocative (où l'on met les ressources) et d'efficacité technique (comment on les utilise). Il en est de même pour les dépenses de santé privées, directement supportées par les ménages. Cette question de l'inefficacité est naturellement d'autant plus cruciale que l'on se situe dans un environnement où les ressources financières sont insuffisantes.

Des interventions efficaces, et relativement peu onéreuses, existent pour de nombreuses pathologies responsables d'une surmortalité infantile et maternelle évitable [5]. Des méthodes permettent d'en chiffrer approximativement le coût (« marginal budgeting for bottlenecks » – MBB, par exemple). Ceci dit, outre des actions ciblées sur des interventions coût-efficaces, il est impératif de renforcer les systèmes de santé. L'amélioration de leur performance nécessite des ressources complémentaires – l'aide à un rôle important à jouer en ce domaine – pour agir sur certaines dimensions, telles que les ressources humaines notamment. Mais paradoxalement, le renforcement des systèmes ne reçoit pas encore l'attention qu'il mérite, au-delà des discours qui sont unanimes à en reconnaître l'urgence.

De nombreux éléments issus des études empiriques suggèrent par ailleurs, confirmant l'intuition, que les performances en matière de santé dépendent aussi de la qualité des politiques, des institutions et de la gouvernance. On comprend aisément qu'un même niveau de dépenses de santé n'aura pas, toutes choses égales par

ailleurs, la même capacité à produire des résultats selon que l'administration sera plus ou moins organisée, compétente, efficace et intègre.

*En bref, augmenter les dépenses de santé ne suffit pas.* C'est l'une des raisons pour lesquelles il n'y a pas, si l'on regarde un vaste échantillon de pays, de relations statistiques robustes entre le niveau des dépenses de santé (dépenses publiques, comme dépenses totales) et les principaux indicateurs de santé, dès lors que l'on tient compte des autres facteurs (revenu par habitant, éducation, ...) dont on sait qu'ils agissent sur l'état de santé. Cette absence de relations vaut également si l'on raisonne en parité des pouvoirs d'achat. Mais en revanche, certaines études tendent à montrer qu'une augmentation des dépenses publiques de santé, si elle est correctement ciblée sur les pauvres, contribue effectivement à améliorer leur état de santé, notamment celui des enfants [6]. Or de manière assez générale, on constate à travers les analyses de l'incidence du bénéfice, que « les pauvres » (ceux qui sont dans les 20% ou les 40% de ménages ayant les revenus les plus faibles) bénéficient comparativement peu des services publics de santé, et donc ne profitent pas comme ils le devraient des dépenses publiques de santé. Ceci est assez souvent vrai pour les services de santé de base, et l'est systématiquement pour les soins hospitaliers (niveau deux et trois dans la pyramide sanitaire). La dépense publique de santé est donc de ce point de vue inéquitable.

Ceci étant, il est important de souligner que *les dépenses privées* représentent en moyenne un peu plus de la moitié des dépenses totales de santé. Elles sont donc, contrairement à une idée très largement répandue, globalement plus importantes que les dépenses publiques. Dans certains pays, elles peuvent atteindre jusqu'à 70% des dépenses totales de santé, les pauvres dépensant en général pour leur santé une fraction de leurs revenus bien supérieure à celle des riches. Le financement de la santé est ainsi globalement régressif par rapport au revenu. Ce constat témoigne de la nécessité d'améliorer aussi l'efficacité et l'efficacité des soins délivrés par les prestataires privés puisque les ménages y effectuent une part substantielle de leurs dépenses de santé.

Environ la moitié paiements des patients le sont au point de contact avec la structure de soins (ce sont les « paiements directs »), et dans la quasi-totalité des pays africains la part de l'assurance est infime. De nombreux ménages pauvres sont ainsi contraints de financer des coûts de santé qualifiés de « catastrophiques » dans la littérature [7], en ce sens qu'ils obèrent la satisfaction de certains besoins fondamentaux. Plusieurs études ont montré que des ménages sombraient dans la pauvreté, ou s'y enfonçaient davantage, du fait de problèmes de

<sup>9</sup> Cf. par exemple [3].

santé. Il est donc de ce fait absolument fondamental d'une part d'améliorer l'efficacité de la dépense de santé publique et privée, et d'autre part de développer les mécanismes d'assurance et les autres formes de paiements.

### 3. Dépenses publiques de santé, contraintes et soutenabilité budgétaires (« espace budgétaire ») et corruption

Très schématiquement, la réflexion sur la soutenabilité budgétaire de l'augmentation des dépenses publiques de santé s'articule autour de deux approches : (i) une approche en termes de « besoins », popularisée par J. Sachs [8], et qui se focalise principalement sur la problématique de la mobilisation des ressources nécessaires à la couverture de ces besoins ; et (ii) une approche qui, sans nier l'importance de besoins fondamentaux à couvrir en matière de santé, est plus pragmatique en ce sens qu'elle se soucie des implications que les volumes de ressources mobilisées<sup>10</sup> pourront avoir sur la soutenabilité budgétaire de l'Etat, et au-delà, sur la croissance. Dit en d'autres termes, il convient de mobiliser d'importantes ressources supplémentaires pour financer la santé, tout en considérant que, *in fine*, chaque Etat est contraint par sa capacité à financer son déficit budgétaire sans nuire à la soutenabilité de sa position financière, l'une et l'autre dans une perspective de long terme.

On doit ainsi se demander, pays par pays, *s'il est possible ou non de mobiliser durablement plus de ressources pour la santé*, et de le faire sans déclencher une combinaison d'effets pervers, empruntant une multitude de canaux de transmission, qui, au bout du compte, déboucheraient sur une situation non viable pour les finances publiques, avec à la clé, un impact négatif sur la croissance, lequel serait préjudiciable à l'amélioration de la santé de la majorité. Au niveau du principe, il en est de même pour chaque secteur [9].

La première question est de savoir si la restructuration de la dépense publique globale peut permettre de consacrer plus de ressources à la santé en réduisant d'autres dépenses. La marge de manoeuvre est aujourd'hui beaucoup plus faible qu'on peut le penser. Il n'est pas certain qu'il y ait encore beaucoup à rogner dans les dépenses de défense et de sécurité, de même que dans le « train de vie de l'Etat », ... du moins pour ce qui transite par le budget. Qui plus est, la santé est aujourd'hui en compétition forte avec d'autres secteurs,

notamment l'éducation et les autres dépenses de réduction de la pauvreté, dont on sait qu'elles peuvent avoir un impact important sur l'état de santé (éducation des mères, nutrition, aménagements de pistes rurales, etc.).

Peut-on alors, en augmentant les dépenses publiques *globales* augmenter les dépenses de santé sans creuser le déficit budgétaire au-delà de ce qui est soutenable dans le temps ? Plusieurs axes sont envisageables.

Notons tout d'abord que l'accumulation d'arriérés de paiements est à proscrire. On s'est longtemps focalisé sur les arriérés au titre de la dette extérieure de l'Afrique. Mais les arriérés intérieurs envers les entreprises privées, les organismes de protection sociale et les salariés, ont largement fait la preuve de leurs effets dévastateurs et de leur nocivité durable.

Le financement du déficit par des instruments inflationnistes offre une marge de manoeuvre nulle ou infime, et un Etat raisonnable ne saurait prendre le risque d'ouvrir la boîte de Pandore.

Restent la croissance d'une part, qui ne se décrète pas, influencée par les politiques économiques et par des facteurs exogènes, et d'autre part la politique fiscale et l'aide extérieure. Comme dans les pays à faible revenu, les marchés financiers sont peu développés et les possibilités de financement obligataire du déficit, réduites, un rôle majeur est dévolu au financement extérieur, au-delà de ce que peut permettre la fiscalité. Ceci ne va pas sans soulever un certain nombre de questions.

Dans l'esprit du consensus de Monterrey, l'Etat doit en premier lieu maximiser la mobilisation de ses ressources internes avant de chercher à solliciter l'aide étrangère, même si les deux ont en fait vocation à s'opérer simultanément. Il doit s'efforcer d'augmenter le taux de prélèvements publics, qui oscille dans une fourchette de l'ordre de 15–20% du PIB pour la plupart des pays à faible revenu. À structure de dépenses budgétaires inchangée, on mesure que le financement de la santé est ainsi indissociable de la politique fiscale sous ses multiples aspects (taux, transition fiscale et assiettes, mobilisation de l'impôt dû, etc.). Les possibilités varient de quelques points de PIB selon les pays. Il conviendra naturellement de veiller à ce que l'effort de prélèvement fourni aujourd'hui n'entraîne pas pour demain des conséquences négatives sur la croissance.

Ici intervient indirectement *l'aide internationale* pour deux aspects. En premier lieu, certaines études suggèrent que les prêts et les dons ont un impact plutôt négatif sur la mobilisation des ressources internes [10]. Il faut donc être vigilant à ce qu'il n'y ait pas un effet partiel de substitution entre l'aide extérieure et les ressources fiscales. Deuxièmement, il faut se demander si la forte augmentation de l'aide ne risque pas de provo-

<sup>10</sup> Et les instruments utilisés.

quer des effets de type « syndrome hollandais », c'est-à-dire, pour faire bref, de l'inflation, une surévaluation du taux de change et des distorsions préjudiciables à la croissance [11]. Il semble en fait que les risques soient assez limités pour la très grande majorité des pays africains. Mais si l'aide, convertie en monnaie locale, est dépensée dans le pays, les risques sont plus élevés que si elle finance des importations, et ils le sont davantage encore si la forte augmentation de l'aide (*'scaling up'*) coexiste avec un boom des recettes des exportations et de fortes entrées d'investissements directs. Notons qu'une amélioration de l'efficacité de la dépense publique de santé équivaut de fait à une augmentation des ressources disponibles. Il conviendra donc de s'assurer que l'abondance de l'aide en certains Etats n'incitera pas au relâchement des efforts requis pour élever le degré d'efficacité.

Les conséquences en matière d'équité d'une part, et de santé d'autre part, peuvent être très différentes selon le type de prélèvement qui alimentera le budget général à partir duquel seront financées les dépenses publiques de santé. À titre d'exemple, le financement par l'impôt direct sur le revenu est généralement davantage progressif dans les pays en voie de développement qu'il ne l'est dans les pays développés, car il touche principalement les groupes à haut revenu. Une étude sur les pays asiatiques a en ce sens montré que dans certains pays très pauvres, comme le Bangladesh et le Sri Lanka, la fiscalité directe était très progressive [12]. En revanche, le financement du budget par la taxation indirecte est fréquemment régressif par rapport au revenu car elle repose sur un taux fixe, ce qui conduit les ménages pauvres à être taxés sur une partie plus importante de leurs revenus que les riches. Mais au Bangladesh, au Népal et en Thaïlande par exemple, ce n'est pas le cas, parce que soit les produits de première nécessité consommés par les pauvres sont exemptés de TVA, soit proviennent de l'autoconsommation, ou encore sont achetés sur les marchés informels.

Le volume et l'efficacité du financement de la santé dépendent également de la *qualité de la chaîne de la dépense publique*, c'est-à-dire de l'ensemble des processus et procédures qui vont de la décision d'effectuer la dépense pour financer « une intervention », jusqu'au décaissement effectif des fonds. Pour de multiples raisons, dont certaines sont liées à la gouvernance, des ressources disponibles peuvent ne pas être utilisées. Et si elles le sont budgétairement, sur le papier pourrait-on dire, la réalité de la dépense peut être tout autre que ce que supposerait la ligne budgétaire d'imputation (c'est-à-dire qu'il y a non-respect du principe de spécialité). Ainsi – exemple parmi d'autres – des vérifications fines

des dépenses de santé financées sur des fonds provenant d'allègement de la dette ont-elles révélé en différents pays de multiples dérives avec une importante corruption (location de résidences privées, dépenses de carburant et d'entretien pour des structures de soins qui ne possédaient pas de véhicules, frais de campagne électorale, emplois fictifs, détournements massifs de médicaments, appels d'offre truqués, etc.). En bref, le volume et la qualité du financement de la santé sont aussi, et profondément, tributaires de la réforme des finances publiques engagée en de nombreux pays [13], et qui va de paire avec une meilleure gouvernance.

Dans de nombreux Etats, pas en tous, la *gouvernance* s'améliore. Mais la question de la corruption publique que l'on vient d'évoquer<sup>11</sup> est encore trop souvent un phénomène hautement préoccupant, pouvant atteindre une dimension macro-économique. Des estimations prudentes l'évaluent dans les pays en développement et en transition entre 20 et 40 milliards de dollars par an, soit l'équivalent de 20 à 40% des flux<sup>12</sup> au titre de l'aide publique au développement [14]. Dans la santé comme dans les autres secteurs, la corruption est naturellement tout d'abord une fuite de ressources publiques. De plus, elle biaise la rationalité dans leur allocation, réduit la cohérence des stratégies de santé, décrédibilise l'action gouvernementale, et mine certaines politiques déjà difficiles à correctement mettre en œuvre (politique pharmaceutique, entretien des infrastructures sanitaires et paiements directs par exemple, ou une multitude d'abus ont été dénoncés). Si l'on reprend la fourchette basse qui vient d'être avancée pour la corruption publique, et en faisant l'hypothèse que 15% de ces ressources auraient pu être alloués aux dépenses publiques de santé,<sup>13</sup> cette somme aurait permis d'offrir une couverture de soins de base correcte à 86 millions de personnes, et à 172 millions si l'on considère la fourchette haute de ces estimations conservatrices.<sup>14</sup> A titre d'illustration, 86 millions d'individus représentent la population cumulée des onze pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Guinée, Laos, Mali, Mauritanie, Mongolie, Niger, Rwanda et Tchad.

#### 4. Lutte contre la pénurie de personnel de santé et contraintes budgétaires

*La pénurie de personnel de santé est l'un des obstacles majeurs auxquels les Etats sont confrontés. Dif-*

<sup>11</sup> Et à laquelle ne se réduit pas la problématique de la gouvernance.

<sup>12</sup> Donc des versements bruts effectifs et non des engagements.

<sup>13</sup> On transpose donc ici l'objectif d'Abuja.

<sup>14</sup> Sur la base de 35\$ par capita. Nos calculs.

férentes estimations ont été faites pour quantifier la pénurie de médecins, d'infirmières et de sages-femmes dans les pays en développement par rapport aux effectifs qui seraient nécessaires pour obtenir une couverture de 80% en matière d'accouchement sous contrôle de personnel qualifié d'une part, et de vaccination contre la rougeole d'autre part. Sur la base de ces critères, il faudrait augmenter le personnel soignant de 139% en Afrique, 98% en Méditerranée orientale et 50% en Asie du Sud-Est. Cela nécessiterait en moyenne une augmentation de 2,8 dollars par personne et par an, soit un peu plus de 10% des dépenses de 2005 [2]. Et encore, ces évaluations sous-estiment-elles l'effort financier nécessaire, car elles ont été faites à partir des informations existantes. Elles ne tiennent donc pas compte des dépenses additionnelles qui seront indispensables pour *retenir* le personnel en poste dans le secteur santé, et lutter contre l'émigration qui accroît la fragilité des systèmes de soins. À titre d'illustration, près de 30% des médecins formés au Ghana, et 20% de ceux qui l'ont été en Angola et en Éthiopie travaillent dans les pays de l'OCDE.

La rémunération joue un rôle majeur (à côté d'autres éléments tels que la motivation, les caractéristiques du système de santé et de l'environnement socio-professionnel), pour retenir le personnel de santé et en améliorer la performance. Tout le monde s'accorde pour dire qu'il faut mettre en place un ensemble d'incitations financières et non financières car les enjeux sont de taille. Une rémunération faible dans l'absolu, mais aussi jugée comparativement modeste par rapport à d'autres professions (ce qui est très souvent le cas, et que l'on oublie fréquemment), conduit à de faibles performances individuelles. Cette situation engendre des distorsions bien connues : absentéisme, emplois fictifs, paiements informels et corruption, cumul de deux emplois, détournement des patients vers le secteur privé, etc.<sup>15</sup> Par capillarité, l'efficacité et l'efficience générales du système de soins s'en trouvent pénalisées.

La rémunération du personnel de santé, entendue au sens large (traitement, salaire et indemnité), absorbe environ 30–35% des dépenses publiques de santé en Afrique et en Asie du Sud-est, près de 50% en Méditerranée orientale. La pression sur l'augmentation des salaires dans le secteur sanitaire public est d'autant plus forte que les programmes verticaux, dont le financement est très largement hors budget, offrent des rémunérations beaucoup plus élevées que le secteur public pour attirer et motiver un personnel compétent. Mais un ef-

fort substantiel en matière de masse salariale, de l'ordre de 30% à 50%, par exemple, risque d'être difficilement soutenable au niveau budgétaire, même si l'augmentation se fait très progressivement, d'autant qu'elle risque d'entraîner par contagion des revendications dans le secteur éducatif. Or, c'est bien de cette fourchette dont il s'agit : l'OMS [1]. Considère que d'ici 2025, il faudrait compter sur un accroissement de plus de huit dollars par habitant (soit environ 30% des dépenses actuelles) pour rémunérer convenablement un personnel de qualité et limiter la fuite des cerveaux.

*Le problème n'est donc plus à proprement parler sectoriel.* Il devient une question de soutenabilité budgétaire et une question macro-économique de long terme. Différentes approches ont été retenues par certains pays, reposant toutes très largement sur un important soutien financier extérieur.

## 5. Questions sur l'efficacité de l'aide à la santé

En moyenne, le financement extérieur de la santé représentait environ 20% des dépenses totales de santé (publiques et privées) en 2005. Dans certains pays africains, les niveaux sont beaucoup plus élevés : de l'ordre de 30% au Liberia, au Malawi, au Niger et en Ouganda ; ils dépassent 40% au Mozambique, en Zambie, et plus de 50% au Rwanda, pour citer quelques exemples.

### 5.1. Meilleure collaboration entre partenaires et culture de résultats

On a constaté que l'aide à la santé était encore trop souvent insuffisamment alignée sur les priorités du gouvernement. Plus globalement, elle n'échappe pas aux critiques générales formulées à l'endroit de l'insuffisante efficacité de l'aide. Mais des progrès s'observent en de nombreux pays depuis la déclaration de Paris de 2005 sur « L'efficacité de l'aide au développement – Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle ».

Les donateurs s'engagent à s'aligner sur les pays partenaires, c'est-à-dire à faire reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des Etats bénéficiaires. Ils ont également pris l'engagement de rendre leurs actions mieux harmonisées<sup>16</sup> et plus transparentes afin de contribuer à une de plus grande efficacité collective.

S'agissant de la gestion axée sur des résultats (par rapport à la logique actuellement dominante qui est fo-

<sup>15</sup> Cf. par exemple [15].

<sup>16</sup> La multiplicité des partenaires peut entraîner des coûts de transaction considérables pour les ministères de la santé et des finances.

calisée sur les moyens à mettre en oeuvre), les pays en développement se sont engagés à mieux articuler leurs stratégies nationales de développement avec leur cycle budgétaire, sur une base annuelle et pluriannuelle, et à mettre en place des cadres d'évaluation orientée vers des résultats afin de suivre les progrès dans la mise en oeuvre des principaux volets de leurs stratégies de développement. Les bailleurs de fonds, de leur côté, sont convenus de mieux relier les ressources accordées aux différents pays avec les résultats obtenus en matière de stratégies nationales ou sectorielles. Enfin, les deux groupes d'acteurs ont officiellement considéré qu'ils sont co-responsables des résultats obtenus, ce qui n'a rien d'original, mais devrait contribuer à dépassionner certains débats... Ceci dit, les approches et les programmes de nature à renforcer les systèmes de santé sont encore insuffisamment développés et financés, comme nous l'avons souligné, mais la prise de conscience de la nécessité d'agir vite augmente, y compris pour les programmes verticaux.<sup>17</sup>

Une part importante de l'aide à la santé (parfois plus de 50%, 76% au Rwanda en 2006) est *hors budget*, souvent gérée directement par les bailleurs. Cela ne veut pas dire que cette aide ne contribue pas à la réalisation des objectifs du gouvernement : dès lors que ces derniers ont été définis en collaboration avec les partenaires extérieurs de l'État, ou endossés par ceux-ci, le fait que des projets ou programmes soient en gestion directe est de peu d'importance. Mais ce mode opératoire peut créer d'importantes distorsions en matière de pratiques, de protocoles, etc. Celles en matière de politique du personnel sont particulièrement préoccupantes : en de très nombreux cas, les salaires offerts par les organismes d'aide (y compris certaines O.N.G.) sont bien supérieurs aux rémunérations perçues dans le secteur public comme on l'a vu plus haut, entraînant un drainage des compétences des ministères de la santé, des districts sanitaires, des structures de soins, etc., au profit des projets ou programmes pilotés par les bailleurs.

## 5.2. Plus d'aide à la santé signifie-t-il des ressources plus importantes et mieux utilisées pour la santé ?

Plus de ressources, dans l'ensemble, oui ; mieux utilisées, pas nécessairement. Mais une partie de l'aide accordée à la santé ne se traduit pas par une augmentation équivalente des dépenses publiques de santé. Cela tient au fait, aujourd'hui très largement admis, que l'aide est partiellement fongible au sein du secteur santé d'une

part, entre la santé et les autres secteurs d'autre part. La *fongibilité* de l'aide est une vieille question qui n'a rien perdu de son actualité : par rapport à un objectif fixé, ou à des besoins de financement donnés, l'aide extérieure vient libérer des ressources budgétaires nationales que le gouvernement aurait pu consacrer à la santé. Imaginons qu'un Etat veuille financer des centres de santé en zone rurale (sa première priorité), et un centre de conférences dans la capitale (sa seconde priorité) et qu'il n'ait pas les ressources nécessaires pour financer les deux. Il sollicite le soutien d'un bailleur de fonds qui va refuser de financer le centre de conférence, mais accepter, par exemple, de financer 60% des centres de santé. De ce fait, l'intervention du bailleur permet au gouvernement de dégager des ressources qu'il pourra consacrer au financement de son centre de conférences. C'est le principe même de la fongibilité.

Outre le fait que s'il y a fongibilité, le bailleur ne finance pas ce qu'il croit financer (son aide permet en fait la construction du centre de conférences et non pas celle des centres de santé qui l'auraient été de toute manière),<sup>18</sup> la question est donc de savoir si l'aide affectée au secteur santé n'incite pas le gouvernement à diminuer son effort propre dans ce domaine. L'aide affectée à la santé sera-t-elle partiellement additionnelle ou substituable aux ressources nationales allouées à ce secteur ? On mesure ainsi toute l'importance de cette question dans le débat sur l'augmentation des dépenses publiques de santé.

Ceci étant, toutes les formes de fongibilité de l'aide à la santé n'ont pas les mêmes conséquences du point de vue de l'amélioration de la santé des populations. Si par exemple un euro d'aide accordée aux soins de santé de base se traduit par 0,6 euro supplémentaire de ressources pour ces derniers, cela signifie que 0,4 euros auront financé autre chose. Les conséquences en matière de santé en seront très différentes selon que les ressources dégagées par la fongibilité auront, par exemple, renforcé un service administratif central en sureffectif ou financé des suppléments nutritionnels distribués dans les écoles.

La question de la fongibilité fournit des arguments en faveur d'une *aide budgétaire sectorielle* (*Sector Wide Approach* – SWAP). Typiquement, l'approche en termes de Swap s'inscrit dans la philosophie de la Déclaration de Paris. Un Swap place le gouvernement « dans le siège du pilote », favorise une meilleure coordination

<sup>17</sup> Cf. par exemple le Global Fund [16].

<sup>18</sup> Donc la finalité de l'affectation est contournée, même si elle a été sur le plan formel parfaitement respectée en ce sens que le bailleur aura « payé » pour financer des centres de santé et qu'ils auront bien été construits.

gouvernement/bailleurs, et repose sur une vision partagée en matière d'objectifs de santé. Ces objectifs sont eux-mêmes définis dans le cadre d'une stratégie sectorielle qui permet d'identifier les incohérences et les chevauchements dans les actions et les programmes, et de rechercher des synergies. Un Swap traduit également la volonté de placer les objectifs de santé et leur financement dans un cadre qui est lui-même en relation avec le cadre macroéconomique d'ensemble. La fongibilité milite également en faveur d'une aide budgétaire globale se présentant sous la forme d'un appui budgétaire non ciblé sur la santé. L'objectif de cette dernière, outre de limiter la fongibilité, est alors de desserrer la contrainte budgétaire globale dans un contexte où il y a un accord entre le gouvernement et ses partenaires extérieurs sur les objectifs à poursuivre en matière de politique de santé. En termes simples (et donc nécessairement réducteurs), disons que dans les Swaps et l'aide budgétaire globale, il y a des objectifs à atteindre, le coût en est estimé, et les ressources nécessaires proviendront pour partie d'un « pot commun »<sup>19</sup> (plus ou moins large) alimenté par le gouvernement et par l'aide qui financera les actions prévues. Si tel est le cas, peu importe alors que les interventions X ou Y soient financées sur ressources nationales ou sur ressources extérieures, par tel bailleur ou tel autre.

Mais, si les capacités institutionnelles locales, généralement très faibles, ne sont pas renforcées (« capacity building »), il semble peu probable que l'appui budgétaire global accroisse réellement l'impact de l'aide sur la santé par rapport aux autres formes de partenariat. Il serait donc imprudent de disqualifier l'aide projet comme si la cause était entendue, et de vouloir financer dans ces Etats des interventions d'envergure par une aide budgétaire globale sans l'appuyer par une assistance technique adaptée [17].

### 5.3. Volatilité et imprévisibilité de l'aide à la santé

L'aide à la santé, comme l'aide en générale, est trop souvent insuffisamment prévisible et trop volatile à court terme, qu'il s'agisse des engagements ou des décaissements. Avec une bonne stratégie de gestion des finances publiques, un pays peut gérer l'instabilité de l'aide dès lors qu'il a les informations lui permettant de l'anticiper, même si l'exercice peut s'avérer très délicat. En revanche, il est particulièrement vulnérable lorsqu'il lui est impossible de prévoir cette instabilité. Les conséquences peuvent en être désastreuses si le fléchissement

des décaissements par rapport aux prévisions coïncide par exemple avec une chute des recettes fiscales, ou avec d'autres facteurs exogènes. En tout état de cause, la forte instabilité de l'aide à la santé, a fortiori lorsqu'elle est imprévisible, nuit très gravement à la cohérence de court et de long terme des politiques de santé. Elle mine l'efficacité et l'efficience de l'action publique et rend le pilotage des systèmes de santé, y compris l'exercice de la mission d'administration générale de l'Etat (*stewardship*), extrêmement délicat. Ces conséquences sont d'autant plus dommageables qu'elles se produisent dans des pays où les capacités institutionnelles et administratives des ministères de la santé sont souvent très faibles, ce qui fait que leur capacité à réagir à des chocs d'aide négatifs est réduite [4]. À cela s'ajoute le fait que le secteur de la santé est en compétition avec les autres secteurs comme on l'a précisé et que le ministère des finances – très critique en certains pays sur la qualité de la gestion du ministère de la santé – se trouve de facto placé en position d'arbitre. Il ne voudra pas nécessairement, en admettant qu'il le puisse, compenser la contraction de l'aide à la santé en réduisant d'autres dépenses durant la préparation ou l'exécution de la loi de finances.

Une forte augmentation des dépenses de santé financées dans le présent grâce à l'aide extérieure peut également créer pour le futur une charge budgétaire supplémentaire, qu'il s'agisse de dépenses courantes ou de dépenses d'investissement. Ce serait le cas, par exemple, d'un hôpital construit et équipé à partir d'un don par un bailleur, le personnel étant pris en charge à 50% par le financement d'un autre partenaire extérieur pendant une durée de cinq ans. Mais que va-t-il se passer ensuite ? Le gouvernement aura-t-il les capacités d'assumer des dépenses récurrentes permettant à l'hôpital de fonctionner, de payer les salaires ? Va-t-il s'en acquitter en y consacrant une partie des ressources dévolues à d'autres activités de santé ? A d'autres secteurs ? On voit ainsi que l'aide à la santé aura élargi l'espace budgétaire dans le présent, mais qu'elle aura durci le degré de contrainte budgétaire dans le futur. Quel sera finalement l'impact de cette aide sur l'efficacité et l'efficience du système de santé, et quels seront ses résultats en matière de contribution à l'amélioration de la santé des populations ?

Il peut s'avérer pertinent d'arrêter un programme de santé dès lors que le financement extérieur en est tari. Mais dans bien des cas, le stopper peut être très délicat et se traduire par des coûts directs et indirects très élevés. C'est pourquoi, dans le cadre de cette problématique complexe, il peut être judicieux de renoncer à certaines activités qui pourraient être financées par l'aide extérieure, même si elles semblent justifiées en

<sup>19</sup> Principe de l'universalité budgétaire pour l'aide globale. Un « pot commun » n'est pas automatique dans le cadre d'un Swap.



elles-mêmes. Plus encore, il pourrait être opportun que cette aide serve à constituer des *réserves*. Elles contribueraient à lisser l'instabilité future de certains apports afin de préserver la cohérence des axes fondamentaux des politiques de santé. Cela suppose un changement assez radical dans le comportement des bailleurs et des Etats...

#### 5.4. Allègement de la dette et dépenses de santé

On a constaté que les allègements de dette bilatérale (initiative Pays Pauvres Très Endettés – iPPTE) et multilatérale (initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale – iADM) ne conduisaient pas toujours à une augmentation nette importante et durable des dépenses de santé [4]. Les raisons en sont multiples. Il y a entre autres des problèmes de capacité d'absorption et d'articulation entre les différentes composantes des stratégies suivies par les Etats. L'articulation entre les stratégies de réduction de la pauvreté, les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT), le budget général et le budget de la santé est souvent insuffisante. Il y a par ailleurs un certain nombre d'évidences qui montrent que ces fonds issus des allègements de dette ne sont pas totalement additionnels aux autres formes d'aide d'une part, et aux ressources locales consacrées à la santé d'autre part. Il en va peut être de même pour les nouvelles initiatives publiques (taxe sur les billets d'avion, etc.), ainsi que pour les apports fonds spéciaux et les fondations privées, pour lesquelles on manque de recul, bien que ce soit un écueil que l'on ait voulu éviter.

### 6. Paiements directs, contraintes en ressources publiques et financement durable de la santé

Le débat sur la suppression des paiements directs a été vigoureusement relancé en mars 2001 par leur abolition dans les structures publiques de santé en Ouganda [18]. En fait, la controverse n'avait jamais cessé depuis l'adoption en 1987 par les pays africains de l'initiative de Bamako, qui en avait en quelque sorte officialisé l'existence dans le secteur public.

Les arguments en faveur de la gratuité des soins pour le patient au moment où il rentre en contact avec le prestataire de services sont nombreux. Les paiements directs par les usagers<sup>20</sup> peuvent réduire la fréquentation des pauvres, retarder l'accès aux soins, entraînant des dépenses ultérieures plus coûteuses, fragiliser l'adhésion

à certains traitements tels que les antituberculeux et les ARV par exemple. Ils sont inéquitables car ils sont généralement régressifs par rapport aux revenus (mais pas toujours; cf. par exemple Sri-Lanka et la République Kirghyze). Ils conduisent à l'exclusion de ceux qui n'ont pas une capacité à payer suffisante, précipitant ou enfonçant certains ménages dans la pauvreté (coûts dits «catastrophiques»). Les vrais schémas de protection des pauvres sont assez rares, et la majorité de ceux qui existent présentent des résultats assez peu convaincants.

Globalement, les études empiriques tendent à confirmer ces risques, tout en mettant en évidence ponctuellement des résultats opposés, lesquels montrent bien que ce n'est pas le *principe* des paiements directs en lui-même qui est en cause, mais son *application*. Cela dit, si personne n'affirmera que les paiements directs sont la panacée pour sortir de l'ornière financière les systèmes de santé africains, il n'en demeure pas moins qu'une politique «de recouvrement des coûts» soigneusement définie et convenablement mise en œuvre – ce qui en général n'est pas le cas – peut favoriser des avancées significatives. Intrinsèquement, elle doit contribuer à une mobilisation de ressources additionnelles au financement public, à l'élargissement de l'accès aux soins, ainsi qu'à l'amélioration de leur qualité, comme à l'instauration d'une meilleure équité dans l'accès au système de santé. Elle peut donner une impulsion à la mise en place de dispositifs de protection des plus pauvres. Elle peut également favoriser une meilleure efficacité du système de soins. Il n'y a là aucune forme de contradiction.

L'instauration de la gratuité pour tous les types de soins et pour tous dans les structures publiques soulève différentes questions. Plusieurs renvoient à la problématique du financement public de la santé sous contraintes budgétaires.

«*There is no free lunch*» ! La première conséquence de la gratuité est d'entraîner une baisse des ressources financières dans le secteur de la santé. La question est donc de savoir comment va s'opérer la compensation. Par un supplément de ressources internes ? Par une augmentation de l'aide extérieure ? Les deux sont possibles mais soulèvent une nouvelle série d'interrogations. L'abondement par ressources internes se fera-t-il par augmentation de la pression fiscale, par restructuration de la dépense publique globale avec une diminution des dotations consacrées à certains secteurs ? Quelles en seront les conséquences directes et indirectes sur les multiples facteurs qui agissent sur le niveau de la santé ? L'augmentation de ces ressources internes ainsi consacrées à la santé débouchera-t-elle sur une augmentation du déficit budgétaire ? Ce dernier sera-t-il soutenable ?

<sup>20</sup> Souvent désignés de manière impropre par «recouvrement des coûts».

Quelles en seront les conséquences ? Etc. Le supplément d'aide qui ira à la santé se fera-t-il au détriment d'autres secteurs, comme l'éducation de base ou des projets générateurs de revenus pour les pauvres ? Et un des éléments forts qui se dégagent de ces multiples questionnements est de savoir si la gratuité des soins peut ou non, dans le contexte propre à chaque pays, s'inscrire dans une dynamique de financement *réellement durable*.

Par ailleurs, il est manifeste que la gratuité généralisée conduit un pays à se priver de ressources qui étaient potentiellement mobilisables, alors que l'environnement auquel se trouvent confrontés la plupart des Etats africains est celui d'une insuffisance de financement pour la santé. Or de nombreuses études micro-économiques montrent qu'il existe dans une partie non négligeable, mais certes variable, de la population, une réelle capacité et une volonté à payer des ménages, ceci naturellement jusqu'à une certaine limite de coûts et pour certaines prestations [6]. Il conviendrait donc de les exploiter avec volontarisme et discernement. Si alors l'Etat ne réduit pas son engagement financier, contrairement à ce que l'on a observé dans un très grand nombre de cas où le produit des paiements directs s'accompagnait d'une contraction des dotations publiques, les ressources privées mobilisées par les paiements directs deviennent *additionnelles* aux financements publics. L'Etat peut alors disposer, toutes choses égales par ailleurs, d'un volume de ressources qui se libère pour lui permettre, par exemple, de subventionner des interventions dont les plus pauvres seraient les bénéficiaires. Tout est affaire d'analyses soignées et de pragmatisme prudent pour combiner de manière pertinente les avantages de la gratuité et les possibilités offertes par les paiements directs. L'élargissement de l'accès à des soins de meilleure qualité en sera favorisé sans accroître la pression sur les finances publiques.

En conclusion, les paiements directs sont un instrument à articuler avec les autres moyens de financement de la santé pour constituer une stratégie globale de financement qui soit cohérente. Ils n'ont pas vocation à jouer un rôle de premier plan<sup>21</sup> dans le financement de la santé. Mais leur rôle marginal – au sens économique du terme – est fondamental dans un contexte général d'insuffisance de ressources et de contraintes budgétaires fortes.

## Références

- [1] OMS, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, 2007.
- [2] OMS, La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement, Genève, 2005.
- [3] O. Picazo, Better health outcomes from limited resources: focusing on priority services in Malawi, Serie des documents de travail sur le développement humain dans la région Afrique, Banque mondiale, 2002.
- [4] J. Mathonnat, Financement de la santé dans son environnement macroéconomique, miméo, Rapport à l'Agence Française de Développement, Paris, 2008.
- [5] R.E. Black, S.S. Morris, J. Bryce, Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 361 (2003) 2226–2234.
- [6] M. Audibert, E. de Roodenbeke, J. Mathonnat, Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Karthala, Paris, 2003, 498 p.
- [7] K. Xue, D. Evans, K. Kawabata, R. Zeramdini, J. Klavus, C. Murray, Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis, *Lancet* (2003) 362–369.
- [8] J. Sachs, Investing in health for economic development: Report of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO, Geneva, 2001.
- [9] P. Heller, Understanding fiscal space, IMF Policy Paper, Washington, 2005.
- [10] R. Rajan, A. Subramanian, Aid and growth: What does the cross-countries evidence really show?, IMF Working Paper, WP/05/127, IMF, Washington, 2005.
- [11] M. Clemens, S. Radelet, R. Bhavnani, Counting chickens when they hatch: The short-term effect of aid on growth, CGD Working Paper 44, Center for Global Development, Washington, 2004.
- [12] Equitap, Who pays for health care in Asia? Institute of Policies Studies, Colombo, 2004.
- [13] J. Mathonnat, Aide et santé – Commentaires, *Revue d'Economie du développement* 2–3 (2005) 167–174.
- [14] World Bank, Stolen asset recovery initiative: Challenges, opportunities and action plan, Washington, 2007.
- [15] N. Chaudhury, J. Hammer, M. Kremer, K. Muralidharan, F.H. Rogers, Missing in action: Teacher and health worker absence in developing countries, *Journal of Economic Perspectives* 20 (1) (2006) 91.
- [16] Global Fund – WHO, The Global Fund strategic approach to health system strengthening – Report from the WHO to the Global Fund secretariat, Geneva, 2007.
- [17] J. Mathonnat, M. Audibert, Aide extérieure à la santé - Instruments et Enjeux in Assurance maladie, accès aux soins et financement de la santé en Afrique francophone, in: G. Dussault, P. Fournier, A. Letourmy (Eds.), HNP Publications, The World Bank, 2007, pp. 163–193.
- [18] K. Deininger, P. Mpuga, Economic and welfare effects of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda, World Bank Policy Research Paper 3276, The World Bank, Washington, 2004.

<sup>21</sup> Qui doit appartenir au financement budgétaire et aux différentes formes de prépaiement.