



Santé maternelle et infantile: les dividendes de la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre

Les soins de santé primaires abordables et accessibles pour tous sont primordiaux pour le développement humain, ainsi qu'un droit de base et d'importance clef pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cependant, une proportion importante de la population de l'Afrique de l'Ouest et du Centre n'a pas accès aux soins de santé essentiels, soit parce que les services adéquats ne sont pas disponibles, soit parce que ces services ne sont pas accessibles à la bourse des plus pauvres.

L'attention à la dimension d'équité des soins de santé est particulièrement importante dans cette région, en raison de la pauvreté très répandue, des taux extrêmement élevés de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de mortalité maternelle, des faibles niveaux d'utilisation des soins de santé primaires et des obstacles financiers à la prise en charge médicale, surtout parmi les populations rurales et des quintiles les plus bas (voir Encadré 1).

Cette note d'information, fondée sur un rapport de recherche sur la protection sociale et l'équité de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, évalue dans quelle mesure les mécanismes existants de financement de la santé dans la région répondent aux besoins de santé de manière équitable, et examine l'impact possible d'approches alternatives de financement sur l'accès des pauvres aux services de santé maternelle et infantile.¹

¹ L'étude fait partie d'un programme de recherches plus élargi sur la protection sociale et les enfants, parrainé par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, et réalisé par le Overseas Development Institute (ODI) à Londres avec la participation de chercheurs de la région. Cette note d'information est basée sur un rapport intitulé 'Maternal and Child Health : The Social Protection Dividend', rédigé par Cora Walsh et Nicola Jones, et publié conjointement par l'UNICEF et l'ODI en juin 2009.

Encadré 1. Le défi de la survie infantile et maternelle en Afrique de l'Ouest et du Centre

Les enfants ont le droit « de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation » selon la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant. Or l'Afrique de l'Ouest et du Centre connaît le taux régional le plus élevé de mortalité infanto-juvénile (169 pour mille naissances vivantes) et compte plus de 30% des décès maternels sur le plan mondial, selon le rapport de l'UNICEF sur la Situation des Enfants dans le Monde en 2009. Dans certains pays (le Cameroun, la République Centrafricaine, le Tchad, le Congo et la Guinée Equatoriale), les taux de mortalité maternelle et infantile se sont aggravés depuis 1990.

Les causes incluent la pauvreté très répandue, l'analphabétisme, la nutrition inadéquate, les inégalités de genre, des niveaux faibles d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, des niveaux faibles de prestations (et de qualité) de soins de santé et de sérieux obstacles financiers, y compris des frais de soins et des coûts de transport qui entravent l'accès aux services de santé essentiels, surtout parmi les ménages ruraux et des quintiles les plus bas. Sans un fort engagement politique des gouvernements et des partenaires au développement pour assurer une augmentation majeure des ressources pour les soins de santé et la mise en oeuvre de mesures adéquates pour surmonter les barrières à l'accès des pauvres aux soins de santé, les Objectifs du Millénaire pour le Développement concernant la mortalité infantile et maternelle (OMD 4 et 5) ne seront pas atteints dans cette région d'ici la date cible de 2015.

Le financement de la santé

Le niveau des dépenses de santé est faible à travers l'Afrique de l'Ouest et du Centre et bien en deçà des recommandations internationales. Les données de l'OMS de 2006 indiquent une moyenne pondérée des dépenses de santé de 28 USD par habitant dans la région, dont seulement 10 USD proviennent de fonds publics. Ce montant est inquiétant, car bien dessous des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS qui estime que des dépenses gouvernementales doivent s'élever à au moins 34 USD par personne pour fournir un paquet minimum de services essentiels pour atteindre les OMD liés à la santé.

La situation est aggravée par la composition déséquilibrée du financement de la santé, qui est constituée principalement de dépenses privées plutôt que de dépenses publiques. En moyenne, les dépenses privées de santé (64,5% du total des dépenses) sont plus élevées que les dépenses gouvernementales de santé (35,5%) d'après les comptes nationaux de santé de l'OMS. Dans une région où la proportion de la population vivant en dessous du seuil international de pauvreté de 1 USD par jour varie de 15% en Côte d'Ivoire jusqu'à 90% en RDC, le fardeau des dépenses privées pour les pauvres est significatif. De ces dépenses privées, presque la totalité (92,2%) est constituée de dépenses directement assumées par les clients au point d'utilisation des services (voir Figure 1).

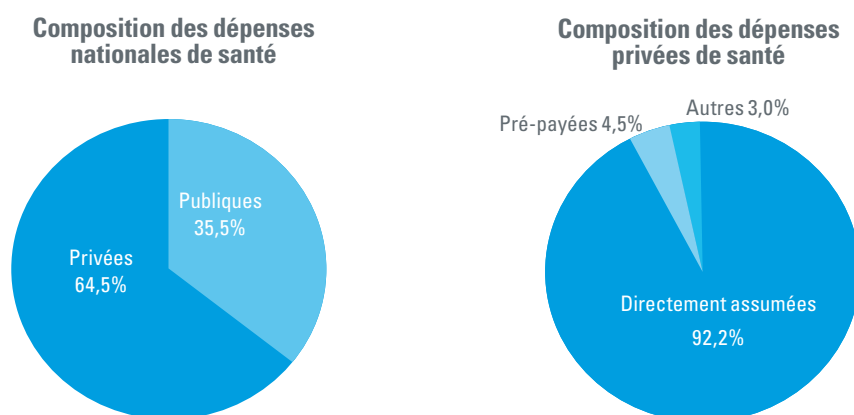
Le fait que les coûts soient une barrière majeure à l'accès aux soins de santé est l'une des implications de cette lourde dépendance à l'égard des dépenses directement assumées par les clients. En effet, les coûts sont cités par 56% des femmes en Afrique de l'Ouest et du Centre comme une des raisons de la non-utilisation des services sanitaires, selon les données des Enquêtes Démographiques et de Santé. Ce chiffre est encore plus élevé dans les zones rurales (63%) et dans certains pays (voir Figure 2).

Dans ce contexte, l'utilisation des services sanitaires est beaucoup plus élevée dans les quintiles les plus riches de la population. Par exemple, la proportion de femmes du quintile le plus riche qui reçoivent une assistance qualifiée lors de l'accouchement est, selon les pays, entre 1,4 et 15,4 fois plus élevée que pour les femmes du quintile le plus pauvre, selon les données de l'OMS. La proportion est de 4 à 5 fois plus élevée dans des pays tels que le Ghana, le Mali et le Sénégal.

Les implications sociales des mécanismes de financement de la santé

Les mécanismes de financement de la santé ont des impacts profonds sur le fonctionnement du secteur de la santé, y compris l'équité de la distribution du fardeau financier des soins de santé, et donc sur l'accès des plus pauvres aux services. Cette section passe en

Figure 1. Dépenses de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, 2006



Source : OMS (2008), Comptes Nationaux de Santé, données par pays (de 2006).

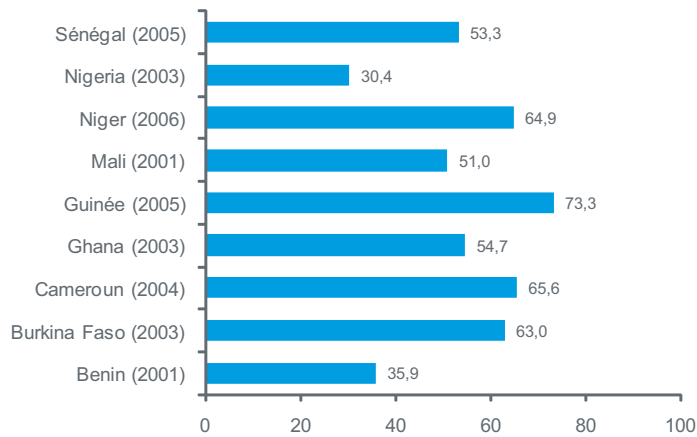
² Le seuil international de pauvreté a été augmenté à \$1.25 US en 2008.

³ Les dépenses directement assumées par les clients sont définies comme toute catégorie de dépenses de santé encourues au moment où le ménage reçoit le service de santé, y compris les frais de consultation par le médecin, les achats de médicaments, les factures d'hôpital et les dépenses de médecine alternative et/ou traditionnelle. Au sein des dépenses directement assumées par les clients, les frais d'utilisation font référence aux frais facturés par les prestataires de santé publique.

exclusion sociale

réduction de la pauvreté

Figure 2. Pourcentage de femmes citant les coûts comme raison de non recours aux services de santé



Source : Rapports EDS.

revue les mécanismes existants en Afrique de l'Ouest et du Centre et évalue les approches alternatives de financement sous l'angle de la protection sociale et de l'équité.

Afin de faire face aux écarts de financement dans le domaine de la santé et d'améliorer l'accès aux services, les pays en voie de développement se tournent vers une variété de mécanismes. Ceux-ci couvrent une gamme allant de la gratuité des soins, financée par les impôts, à des initiatives de transferts en espèces, à l'assurance maladie sociale (AMS) obligatoire et aux mutuelles de santé à but non lucratif organisées au niveau communautaire. Les mécanismes d'assurance impliquent la mutualisation de risques parmi les personnes inscrites et comprennent dans certains cas de fortes subventions gouvernementales et/ou des subventions croisées entre les membres riches et pauvres. Actuellement, la plupart des pays en Afrique de l'Ouest et du Centre témoignent de niveaux moyens ou faibles de protection sociale dans le secteur de la santé, avec des mécanismes mixtes de financement, consistant essentiellement de frais payés par les ménages lors de l'utilisation des services, suivis de loin par les dépenses gouvernementales financées par les impôts et une composante très réduite de financement pré-payé à travers l'assurance privée, l'AMS et les mutuelles de santé.

Frais d'utilisation

Les frais pour l'utilisation des soins de santé se sont répandus à travers l'Afrique de l'Ouest et du Centre suite à l'Initiative de Bamako de 1987 et sont une conséquence directe de la réduction importante des dépenses publiques de santé suite à l'ajustement structurel⁴. Sur 24 pays africains enquêtés par Save the Children en 2004, 20 faisaient payer des frais d'utilisation pour l'accès aux soins de santé primaires⁵.

Bien que l'Initiative de Bamako ait cherché à introduire un élément de participation et de gestion communautaire dans les mécanismes de frais d'utilisation, leurs impacts défavorables sur l'équité sont maintenant bien documentés. Les frais représentent la forme la plus régressive de financement de la santé, car ils impliquent le paiement des soins selon le niveau d'utilisation de services (c'est-à-dire le degré et la fréquence de maladie) plutôt que selon la capacité de payer. Il est estimé qu'au moins 5% de la population africaine n'a jamais eu assez de ressources pour payer l'accès aux soins de santé primaires et qu'entre 25% et 30% de la population à revenus instables a subi l'exclusion périodique⁶. En revanche, la gratuité des soins de santé primaires a montré des impacts positifs substantiels, là où elle a été introduite, à partir du moment où elle a été bien préparée et accompagnée de niveaux de financement et de ressources humaines adéquates pour faire face à l'accroissement de la demande qui s'ensuit (voir Encadré 2).

⁴ L. Gilson et D. McIntyre (2005), 'Removing User Fees for Primary Care in Africa : The Need for Careful Action', *British Medical Journal*, 331: 762-5.

⁵ Save the Children UK (2005), 'An Unnecessary Evil ? User Fees for Health Care in Low-income Countries'. Londres : Save the Children.

⁶ L. Gilson et D. McIntyre (2005), 'Removing User Fees for Primary Care in Africa : The Need for Careful Action', *British Medical Journal*, 331: 762-5.

Encadré 2. Impact et défis de l'annulation des frais d'utilisation

Des évidences se multiplient pour montrer les impacts positifs de l'annulation des frais des soins de santé, bien qu'il y ait plusieurs préalables pour assurer sa réussite. Des interventions récentes au Burundi par Médecins Sans Frontières permettant un changement depuis une politique de frais, supposés être abordables, vers une nouvelle politique de gratuité de la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, a doublé le nombre d'accouchements dans des centres de santé ciblés par MSF et a augmenté de 40% l'utilisation des services par les enfants de moins de cinq ans. Des recherches récentes de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et de Save the Children ont estimé que l'annulation des frais dans 20 pays africains permettrait d'éviter 233.000 décès d'enfants de moins de cinq ans.

La mise en oeuvre réussie de la suppression des frais exige non seulement le remplacement des montants relativement limités de revenus perdus (en général pas plus de 5 à 10% des ressources totales des services de santé gouvernementaux et parfois beaucoup moins), mais également une augmentation de ressources pour faire face à l'accroissement de la demande produite par la diminution des barrières à l'accès. Des réformes des mécanismes de gestion des finances publiques sont souvent requises pour assurer que des ressources adéquates arrivent aux prestataires de services au niveau local, car le revenu des frais d'utilisation est souvent retenu à ce niveau, fournissant ainsi une rare source de fonds. Du personnel médical et des fournitures médicales adéquats doivent également être sur place pour faire face à l'augmentation de la demande. En l'absence de ces mesures, la suppression des frais peut tout simplement miner la qualité des services, déjà faible dans beaucoup de pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Sources : Médecins sans Frontières (2008), 'No Cash, No Care : How 'User Fees' Endanger Health', Briefing Paper on Financial Barriers to Health Care, MSF, Bruxelles ; James et al. (2006), 'To Retain or Remove User Fees? Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-income Countries', Applied Health Economics and Health Policy, 5(3): 1-17.

Assurance Maladie Sociale (AMS)

Etant donné les effets négatifs des frais d'utilisation sur l'accès aux services de santé, l'AMS est l'un des mécanismes de protection sociale qui vise à assurer que les soins de santé soient abordables. L'AMS regroupe les risques sanitaires parmi ceux qui sont assurés sur la base des cotisations des membres et de leurs employeurs, ainsi que des subventions gouvernementales.

Malgré la promotion de l'AMS comme mécanisme prometteur de financement de la santé dans les pays en développement⁷, un désavantage significatif est la difficulté de couvrir des populations à revenus instables ou limités et travaillant dans le secteur informel ou l'agriculture de subsistance. En Afrique de l'Ouest et du Centre, ceci présente un obstacle de taille, car seul un dixième de la population active est employé dans le secteur formel. Les niveaux élevés de pauvreté rendent la cotisation des plus pauvres difficile sans subventions gouvernementales substantielles, qui sont aussi sujettes à des contraintes budgétaires dans la plupart des pays. Ces problèmes sont aggravés par une gouvernance défectueuse et une faible capacité administrative. L'AMS a donc été d'une portée très limitée dans cette région.

Néanmoins, le Ghana a établi un Système National d'Assurance de Santé, qui concilie des éléments de l'AMS avec l'assurance maladie mutualiste, et emploie des mesures fiscales pour subventionner le système et financer des exonérations (voir Encadré 3). Cette initiative a réussi à étendre la couverture de l'assurance maladie à 45% de la population du Ghana à la fin de 2008, un niveau de couverture sans précédent dans la région.

Les mutuelles de santé

Au vu de la nature problématique de la couverture des populations rurales et pauvres par l'ASM, les mutuelles de santé ont été développées pour servir de moyens complémentaires de protection sociale contre les risques de maladie. Ces initiatives d'assurance volontaires, privées et à but non lucratif sont généralement autogérées, les membres participant directement à l'administration des mutuelles. Alors que les mutuelles dépendent toujours de cotisations privées, ces initiatives envisagent de contrecarrer certains des effets négatifs des frais d'utilisation en canalisant les dépenses par un mécanisme prévisible de prépaiement.

La promotion des mutuelles a été effectuée avec beaucoup d'optimisme. Mais les limitations qui entourent leurs

⁷ Save the Children UK (2005), 'An Unnecessary Evil? User Fees for Health Care in Low-income Countries'. Londres: Save the Children.

opérations soulèvent des questions importantes sur leur rôle potentiel comme moyen d'assurer l'accès aux soins de santé essentiels pour des populations pauvres. Les mutuelles ne contribuent qu'à environ 25% du coût des services sanitaires locaux⁸, mais, étant donné leur couverture d'un nombre de services souvent limité, les dépenses directement assumées par les clients restent significatives, atteignant jusqu'à 40% des coûts de santé en plus des paiements de cotisations⁹. L'investissement dans la formation d'individus pour gérer des mécanismes d'assurance de si petite envergure peut aussi être très inefficace par rapport aux coûts. Les taux de couverture des mutuelles sont très faibles – moins de 1% dans la

majorité des pays, à l'exception du Mali et du Sénégal, à 3,9% et 2,4% respectivement. Avec des taux de couverture si faibles, il est pertinent de se demander si les rendements, en termes d'impacts des mutuelles sur les pauvres et les enfants, justifient les investissements et frais administratifs élevés¹⁰.

Conclusions et recommandations

L'analyse des forces et des faiblesses des mécanismes alternatifs de financement de la santé dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest et du Centre permet de tirer six recommandations clefs pour les politiques.

1. Donner la priorité à la suppression des frais d'utilisation dans les services de santé maternelle et infantile. Un consensus croissant maintient que la suppression des frais des soins de santé aurait un impact positif significatif sur l'utilisation des services, particulièrement par les pauvres, et que, si elle est bien planifiée et gérée, elle ne devrait pas compromettre la qualité des services. Néanmoins, étant donné l'espace budgétaire limité, sauf dans une poignée de pays riches en pétrole, l'annulation de tous les frais, quoique souhaitable, est peu probable à court terme dans la plupart des pays. Ceci soulève la question de la suppression sélective des frais. Les options de financement de la santé devront être suivies dans le but de réduire le fardeau des dépenses directement assumées par les clients. De ce point de vue, l'annulation des frais pour les services essentiels de santé maternelle et infantile devrait être perçue comme l'une des plus grandes priorités, au vu des taux très élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle et le coût relativement bas pour la prestation des services essentiels de santé maternelle et infantile. Cette initiative pourrait faire partie, là où elle est possible, d'une annulation plus large des frais pour les soins de santé primaires, en consignant d'autres approches, telles que l'assurance maladie, comme forme complémentaire de financement pour d'autres types de soins curatifs plus coûteux.

2. Adresser les conditions préalables pour la suppression réussie des frais d'utilisation. La réussite de la politique d'annulation de frais, qui augmente la demande des services de santé, dépend de plusieurs conditions préalables, y comprenant : i) un leadership fort pour initier et soutenir les changements de politiques ; ii) une analyse du rôle existant des frais d'utilisation dans

Encadré 3. Le Système National d'Assurance de Santé au Ghana

Le Gouvernement du Ghana a établi le Système National d'Assurance de Santé (NHIS) en 2003 dans le but de fournir l'assurance de santé pour tous. Un aspect distinctif est que l'initiative est financée principalement par des transferts fiscaux fondés sur un prélèvement spécial (une augmentation de 2,5% de la TVA et des droits de douane), aussi bien que des ressources allouées par le Ministère de la Santé. Les employés du secteur formel contribuent également à travers leurs cotisations de sécurité sociale, alors que ceux du secteur informel contribuent à travers des mécanismes d'assurance mutuelle de santé.

Les transferts fiscaux subventionnent l'initiative, rendant possibles les exonérations de cotisation offertes aux femmes enceintes et allaitantes, aux retraités du secteur formel et aux indigents.

A la fin de l'année 2008, 45% de la population était déjà inscrite au NHIS. Malgré ces progrès, des problèmes d'équité persistent. Une analyse des taux de couverture montre que moins de personnes des quintiles les moins riches sont inscrits, à cause des coûts d'inscription et des cotisations. De plus, des rapports font état d'une prise en charge de deuxième classe pour les patients se servant de cartes NHIS plutôt que des espèces pour accéder aux services sanitaires.

En mai 2008, le gouvernement a annoncé une exonération supplémentaire importante pour les enfants, en s'engageant à inscrire au NHIS tous les enfants de moins de 18 ans, quelque soit le statut d'inscription de leurs parents. Ce développement était le bienvenu, étant donné les taux élevés de mortalité infanto-juvénile au Ghana, mais l'exonération n'a pas encore été mise en place.

⁸ B. Ekman (2004), 'Community-based Health Insurance in Low-income Countries: A Systematic Review of the Evidence', Health, Policy and Planning, 19 (5): 249–70.

⁹ E. Berkhout et H. Oostingh (2008), 'Health Insurance in Low-income Countries: Where is the Evidence that it Works?' Note d'information conjointe des ONG. Oxford: Oxfam.

¹⁰ O. Ouattara et W. Soors (2007), 'Social Health Insurance in French-Speaking Sub-Saharan Africa: Situation and Current Reform', dans G. Huber, J. Hohmann et K. Reingard (2003), 'Mutual Health Insurance (MHO): Five Years' Experience in West Africa: Concerns, Controversies and Proposed Solutions'. Bonn: GTZ.

le financement du secteur de la santé, en particulier au niveau local, afin de formuler des mesures pour éviter les potentiels effets néfastes de leur suppression ; iii) la provision d'investissements supplémentaires pour les services de santé afin de répondre à la hausse de la demande et d'améliorer la qualité et la couverture géographique des services ; iv) une augmentation du budget de la santé pour compenser les pertes de revenus et faire face à l'accroissement de la demande ; v) le dialogue avec le personnel du secteur sanitaire et, là où il est nécessaire, le renforcement des ressources humaines ; vi) des fonds de sécurité et le pré-positionnement des médicaments pour assurer une disponibilité adéquate ; vii) le renforcement des systèmes de gestion des finances publiques pour assurer que les fonds arrivent aux centres de santé à temps et de manière prévisible ; viii) des améliorations de l'efficacité du secteur sanitaire et un bon rapport qualité/prix à travers une plus forte concentration sur les soins de santé préventifs et primaires ; et ix) le suivi du changement de politiques, qui débute par une évaluation de base de qualité.

3. Renforcer la gestion budgétaire et la qualité des dépenses de santé. Afin de mieux utiliser les maigres ressources, les gouvernements doivent améliorer la gestion budgétaire et la qualité des dépenses de santé sur la base d'un renforcement des capacités de formulation et exécution du budget, ce qui est relativement faible à travers la région. Les initiatives de gratuité des soins devront donc être intégrées au sein d'un paquet plus large de réformes, y compris des mesures pour renforcer la planification, la budgétisation et la gestion financière et pour améliorer la qualité des dépenses, notamment par un meilleur équilibre entre les soins primaires, secondaires et tertiaires et entre les dépenses salariales et non salariales.

4. Comprendre le potentiel et les limitations des AMS et des mutuelles. Les AMS et les mutuelles offrent des stratégies complémentaires pour le financement de la santé, mais les limites d'équité de ces systèmes doivent être reconnues. Au regard des taux élevés de pauvreté,

la grande proportion de la population qui se trouve dans le secteur informel, et la faible capacité de gestion administrative dans la région, les difficultés associées à la mise en œuvre de l'AMS et des mutuelles en Afrique de l'Ouest et du Centre sont de taille, particulièrement pour atteindre les personnes les plus vulnérables. Il faudrait donc les poursuivre avec des stratégies complémentaires visant la subvention de la prise en charge des populations les plus pauvres, qui va de pair avec l'annulation sélective des frais pour les services de santé primaires les plus essentiels. Cette approche est celle adoptée au Ghana, où des exonérations majeures ont été introduites pour assurer l'accès gratuit à des services essentiels, alliées aux mécanismes d'assurance.

5. Construire la volonté politique et la bonne gouvernance. Les progrès vers l'équité dans l'accès aux soins de santé essentiels dépendront surtout de la volonté politique. Alors que l'espace budgétaire détermine la portée et le calendrier pour la suppression des frais d'utilisation, les gouvernements doivent être engagés au plus haut niveau pour promouvoir l'accès équitable aux services de santé essentiels et pour assurer la conception et la mise en œuvre des réformes nécessaires au financement du secteur de santé. Ce type d'engagement est le plus probable dans des pays ayant une culture politique ouverte et une politique électorale compétitive.

6. Profiter de l'élan international. Les gouvernements nationaux peuvent capitaliser sur la nouvelle fenêtre d'opportunité créée par l'intérêt international croissant envers la protection sociale dans les pays en voie de développement. Le contexte favorable est souligné par l'adoption par l'Union Africaine d'un cadre de politique sociale en 2008 et par l'engagement du G20 en avril 2009 de renforcer le financement pour la protection sociale comme mesure de réponse à l'impact de la crise mondiale sur les pauvres dans les pays en voie de développement. Ceci devrait inclure un accent fort sur la protection sociale concernant la santé, afin d'assurer l'accès équitable par les pauvres aux services essentiels et d'accélérer les progrès vers les OMD relatifs à la santé.

UNICEF Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
B.P. 29720 Yoff, Dakar, Sénégal
wcaro@unicef.org • www.unicef.org/wcaro

Overseas Development Institute
111 Westminster Bridge Road
London SE1 7JD, Royaume-Uni • www.odi.org.uk

© UNICEF, 2009. Produit avec le financement de l'Agence Suédoise de Coopération Internationale au Développement (ASDI).

Les résultats, interprétations et conclusions exprimés sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'UNICEF et de l'ODI.

Mise en page & graphisme : Julie Pudlowski Consulting/ Rita Branco • **Photographie :** © UNICEF/WCARO/2009/Pudlowski