

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le neuvième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 9

FAUX

“ Les États africains n'ont pas les moyens de s'offrir la gratuité des soins ! ”

La gratuité des soins pour les patients a un coût pour l'État et ses partenaires. Comme toutes les politiques publiques, elle exige d'être financée. Cependant, beaucoup considèrent impossible l'organisation de ce financement par les États africains.

Pourtant, dans la majorité des cas, les politiques de gratuité pour les enfants ou les femmes enceintes en Afrique sont financées par les États, les partenaires extérieurs ayant un rôle très relatif (Burkina Faso, Mali, Sénégal, etc.) [1, 2, 3]. Or, une étude récente montre que le financement de la santé dont les sources sont publiques et non privées profite davantage aux personnes les plus pauvres qu'aux plus riches (Ghana, Tanzanie et Afrique du Sud) [4]. Néanmoins, la quasi-totalité des pays africains n'accordent pas encore suffisamment de priorité au secteur de la santé. L'objectif de dédier 15% du budget de l'État à ce secteur (Déclaration d'Abuja en 2001) n'est que rarement atteint (3,3% au Tchad, 8,1% au Burundi, 9,2% au Bénin, etc.) [5]. Pourtant, des ressources nationales sont souvent disponibles. De plus, certaines ressources nationales normalement consacrées aux pauvres sont parfois mal utilisées. Une étude du Fonds monétaire international (FMI) montre que les 120 milliards de francs CFA débloqués durant la crise en 2008 par le gouvernement

burkinabè pour aider les plus pauvres ont profité aux riches [6]. Il faut comparer ces 120 milliards aux deux milliards de budget annuel de la stratégie nationale de subvention des accouchements, dont les bénéficiaires ne sont pas capturés par les plus riches [7]. Il est donc ici question de priorité et de bonne utilisation des ressources. Ces dernières années, le Ghana a eu la volonté politique d'augmenter sa TVA (qui reste progressive [8]) pour financer les deux tiers de son assurance nationale de santé [9]. En revanche en 2012, le Niger et le Gabon ont réussi à mobiliser deux milliards de francs CFA pour aider leur équipe de football à se rendre à la Coupe d'Afrique des Nations. Enfin, des ressources sont disponibles au niveau international. Il reste aux pays donateurs à respecter leur engagement de consacrer 0,7% de leur produit national brut à l'aide publique au développement (ADP) [10]² et à annuler la dette extérieure africaine en encourageant l'augmentation des investissements dans le secteur social. Concernant la gratuité des soins, les principaux bailleurs de fonds internationaux se sont déclarés prêts à accompagner les États africains dans l'organisation de telles politiques [11], mais ils ne l'ont guère encore fait.

Dans la majorité des cas, les politiques de gratuité pour les enfants et les femmes enceintes déjà mises en place en Afrique sont financées par les budgets nationaux dont la part accordée à la santé reste encore très insuffisante. Des ressources nationales et internationales sont disponibles pour financer les politiques de gratuité si celles-ci sont considérées comme prioritaires par les gouvernements africains et leurs partenaires.



¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. *The Lancet* 2012, 380:944-947.

² Selon l'OCDE, en 2011, l'ADP nette ne représentait que 0,31% du revenu national brut cumulé des pays donateurs, estimant que ces statistiques comprennent 95% des dépenses mondiales d'ADP.

PREUVES À L'APPUI

Le chemin vers une couverture universelle et le financement des systèmes de santé proposé par l'OMS



Le rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'Organisation mondiale de la santé [12] traite de l'obstacle majeur que constitue le paiement direct à la couverture universelle et de la nécessité de trouver d'autres ressources pour financer le système de santé. Bien entendu, ce rapport pointe l'absence de respect des engagements pris les chefs d'États africains en matière de santé et des pays donateurs en matière d'APD. Mais il propose aussi d'améliorer l'efficacité

des systèmes de santé et de développer le principe du partage des risques.

Plus de santé pour son argent

Il propose neuf pistes visant à remédier aux principales causes de l'inefficacité des systèmes de santé pour une utilisation plus judicieuse des ressources. Il estime que 20 à 40% des ressources sont utilisées sans pour autant améliorer la santé des personnes et considère « énormes » les gains sanitaires potentiels d'un meilleur réinvestissement de ces ressources.

Plus d'argent pour la santé

Il propose aussi une liste d'options innovantes de financement national de la santé (tableau). Il donne notamment l'exemple du Gabon, qui en 2009, a introduit un impôt sur les transferts d'argent pour lever des fonds visant à subventionner les soins médicaux des groupes à faibles revenus. Les taxes de 1,5% des profits après impôts des entreprises de transfert d'argent et de 10% des opérateurs de téléphonie mobile ont ainsi rapporté l'équivalent de 30 millions de dollars américains au secteur de la santé gabonais.

Tableau : options nationales de financement innovant

Options	Potentiel de levée de fonds *
Impôt spécial sur les grandes entreprises rentables	\$\$-\$\$\$
Prélèvement sur les transactions de devises	\$\$-\$\$\$
Emprunt par obligations destiné à la diaspora	\$\$
Impôt sur les transactions financières	\$\$
Contributions de solidarité volontaire liées aux téléphones portables	\$\$
Droit d'accise sur le tabac et/ou l'alcool	\$\$
Impôt indirect sur les aliments non sains (sucre, sel, etc.)	\$-\$
Vente de produits ou services franchisés	\$
Taxe touristique	\$

* \$, potentiel faible ; \$\$, potentiel moyen ; \$\$\$, potentiel élevé

Source : OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2010

Références

- Meessen, B., D. Hercot, M. Noirhomme, V. Ridde, A. Tibouti, C.K. Tashobya, and L. Gilson, Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. Health Policy and Planning (Supplement 2), 2011. 26: p. ii16-ii29.
- Olivier de Sardan, J.-P. et V. Ridde, Les contradictions des politiques publiques. Un bilan des mesures d'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Afrique contemporaine, 2012. 243(3): 13-32.
- Ridde, V., L. Queuille, and Y. Kafando, eds. Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. 2012, CRCHUM/HELP/ECHO: Ouagadougou. 78. http://www.vesa-tc.umontreal.ca/pdf/2012/livre_CAPI.pdf
- Mills, A., J.E. Ataguba, J. Akazili, J. Borghi, B. Garshong, S. Makawia, G. Mtei, B. Harris, J. Macha, F. Meheus, and D. McIntyre, Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. Lancet, 2012. 380(9837): p. 126-33.
- WHO, World Health Statistics 2011. 2011, World Health Organization: Geneva. p. 149.
- Del Granado J. A. and I. Adenauer. Burkina Faso – Policies to protect the poor from the impact of food and energy price increases. IMF Working Paper 2011 : Ouagadougou p. 26.
- Ministère de la Santé: Plan de mise en oeuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. In Ouagadougou: Ministère de la Santé; 2006: 45
- Mills, A., J.E. Ataguba, J. Akazili, J. Borghi, B. Garshong, S. Makawia, G. Mtei, B. Harris, J. Macha, F. Meheus, and D. McIntyre, Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. Lancet, 2012. 380(9837): p. 126-33.
- Seddoh, A. and S.A. Akor, Policy initiation and political levers in health policy: lessons from Ghana's health insurance. . BMC Public Health, 2012. 12 (Suppl 1): p. S10.
- <http://www.oecd.org/fr/cad/statistiquesdelaide/apd2011finale.htm>
- Robert E. et V. Ridde. Les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu ne font plus l'unanimité au sein de la communauté internationale. Une analyse documentaire. Les Cahiers du CIRDIS – Collection recherche No 2012-01. Montréal: Centre interdisciplinaire de recherche en développement international et société (CIRDIS); 2012: 33.
- OMS : Rapport sur la santé dans le monde. Financement d'une couverture universelle. In. Genève: OMS; 2010: 120.