

13957

LE DEVELOPPEMENT EN MARCHÉ

MARCH 1995

Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance

R. PAUL SHAW
CHARLES C. GRIFFIN



FILE COPY

LE DEVELOPPEMENT EN MARCHE

**Le financement des soins de santé
en Afrique subsaharienne
par la tarification des
services et l'assurance**

R. Paul Shaw
Charles C. Griffin

Banque mondiale
Washington

© 1995 Banque internationale pour la reconstruction
et le développement/BANQUE MONDIALE
1818 H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433

Tous droits réservés
Imprimé aux Etats-Unis d'Amérique
Première édition anglaise : février 1995
Première édition française : mars 1995

Le présent rapport est une étude des services de la Banque mondiale, et les conclusions qui y sont présentées ne reflètent pas nécessairement les opinions du Conseil des Administrateurs ou des pays qu'ils représentent.

Photographie de couverture : Maurice Asseo. Patients dans une salle d'attente du centre de santé St. Luke de Cotonou (Bénin).

M. R. Paul Shaw est économiste senior au Département technique Afrique de la Banque mondiale et M. Charles C. Griffin est économiste senior spécialiste des ressources humaines au Département Afrique de l'Est de la Banque.

La Bibliothèque du Congrès des Etats-Unis a catalogué comme suit l'édition anglaise de ce document :

Shaw, R. Paul.

Financing health care in sub-Saharan Africa through user fees and insurance / R. Paul Shaw, Charles C. Griffin.

p. cm. — (Directions in development)

Includes bibliographical references.

ISBN 0-8213-3075-6

1. Medical care—Africa, Sub-Saharan—Finance. 2. Insurance, Health—Africa, Sub-Saharan. 3. User charges—Africa, Sub-Saharan.

I. Griffin, Charles C., 1951- . II. Title. III. Series:

Directions in development (Washington, D.C.)

RA395.A5548S53 1995

338.4'33621'0967—dc20

94-44557

CIP

Table des matières

Avant-propos	v
Préface	vii
Introduction et aperçu général	1
Mécanismes de mobilisation des ressources	2
Fixer les tarifs et en prévoir les effets	5
Mise en place et performance future de ces systèmes	7
Partenaires dans le partage des coûts	9
1. Tarification des services	15
Les objectifs de la tarification des services	16
Mobiliser des recettes	16
Promouvoir l'efficacité	23
Promouvoir l'équité	27
Renforcer la décentralisation et la viabilité	31
Un stimulant pour le développement du secteur privé	32
Capacité et consentement à payer	34
L'arbitrage entre prix et qualité	37
Politiques d'exemption	48
Recouvrement et administration des tarifs	51
Conclusions et recommandations	58
2. L'assurance maladie autofinancée	63
Le partage des coûts : comment la question a évolué	63
Les éléments de base de l'assurance	65
Les formes modernes de l'assurance maladie en Afrique	68
Partage du risque et problèmes d'efficacité	73
Mise en commun des risques et problèmes d'équité	74
Promouvoir le développement du secteur privé	76
Plans de prépaiement pour les populations rurales	79
Evaluer le potentiel de partage formel du risque en Afrique	82
L'offre	82
La demande	83
Potentiel d'extension de la couverture médicale	85
Conclusions et recommandations	88
Tableau de l'Appendice	93
Notes	97
Bibliographie	103

Encadrés

1. Messages clés 12
2. Structure des systèmes de santé en Afrique 24
3. Options de paiement en République centrafricaine 56
4. Réduire au minimum les problèmes qui peuvent nuire au succès des plans d'assurance 66

Avant-propos

Les investissements de santé sont un élément clé de la formation du capital humain et de la viabilité du développement socio-économique. Et pourtant, on déplore souvent l'insuffisance ainsi que le manque d'efficacité, d'équité et de viabilité des dépenses de santé en Afrique subsaharienne. Le grand problème qui se pose aux gouvernements et aux autres parties ayant un intérêt dans la santé est de savoir comment mobiliser davantage de recettes pour la santé, renforcer l'efficacité des investissements dans une amélioration de la santé et corriger les iniquités persistantes auxquelles donnent naissance les systèmes actuels de financement de la santé.

Le volume que voici voudrait ouvrir la voie à un débat plus informé, offrir de nouvelles perspectives et remettre en question certaines hypothèses très répandues concernant le recouvrement des coûts. L'accent y est mis sur la tarification des soins médicaux parce que la part que les particuliers paient de leur poche en soins de santé constitue près de la moitié du total des dépenses de santé en Afrique. Dans le passé, on a considéré que la tarification n'était qu'un moyen utilisé par les gouvernements pour mobiliser des fonds, sans qu'il y eût pour autant amélioration des systèmes de santé. Une telle approche pouvait conduire à exclure les pauvres de l'accès aux services de santé. Il est donc particulièrement approprié de repenser les politiques de tarification des soins médicaux parce qu'elles peuvent, bien conçues, contribuer à améliorer la qualité et l'équité des prestations de services de santé.

L'assurance maladie autofinancée y est mise en exergue parce que ce type d'assurance permet à de nombreuses personnes de mettre leurs ressources en commun afin de parer à l'éventualité de maladies ou de blessures catastrophiques. On a toutefois, dans le passé, négligé ou sous-estimé les aspects positifs de l'assurance autofinancée en Afrique subsaharienne. Le potentiel de création de programmes d'assurance autofinancés revêt une très grande importance parce que cela représente une alternative à des systèmes de santé à base d'impôts financés par l'Etat et parce que cela peut aussi favoriser le développement du secteur privé et contribuer à libérer des fonds publics actuellement alloués de façon disproportionnée aux hôpitaux. Ce faisant, l'assurance peut être génératrice d'équité en ce qu'elle permet une réallocation des fonds publics pour d'autres biens et services publics et que des subventions peuvent ainsi être ciblées sur les pauvres.

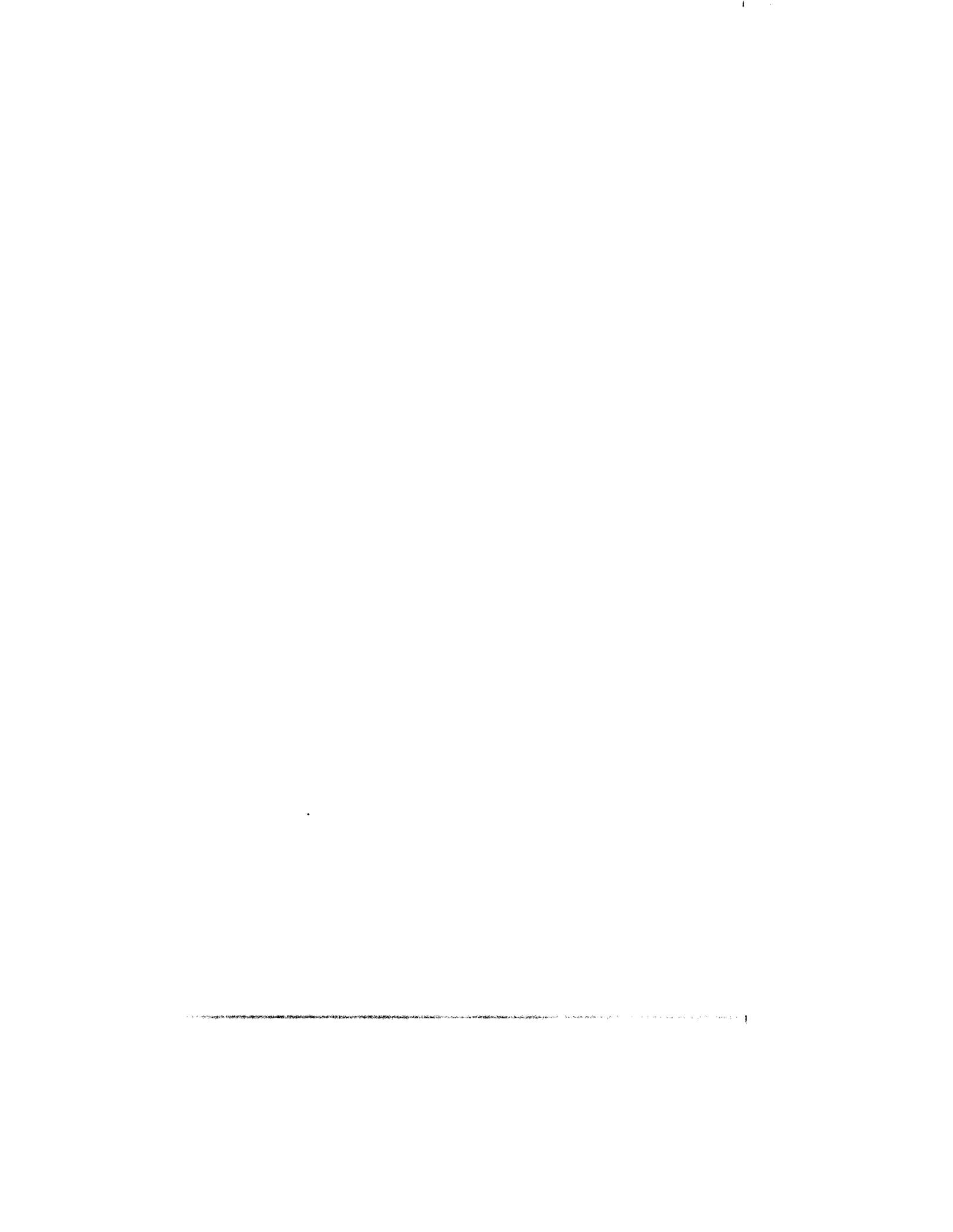
Le coeur du problème est de trouver des moyens acceptables de mobiliser des fonds que les ménages africains paraissent généralement désireux et capables de payer pour la santé, tout en faisant en sorte que les gens en aient pour leur argent. L'heure est venue de tirer parti de cette évidence croissante qu'un système de tarifs bien conçu et une assurance autofinancée offrent des possibilités jusqu'ici insoupçonnées de mettre en place de meilleurs systèmes de soins de santé en Afrique subsaharienne.

Ravi Kanbur
Economiste en chef, Région Afrique

Préface

Les observations et recommandations faites dans ce volume s'inscrivent dans le cadre d'un large effort de recherche en vue de dégager des voies pour améliorer l'efficacité de l'appui de la Banque mondiale à la santé en Afrique. Elles sont le complément d'une publication importante, *Pour une meilleure santé en Afrique* (Banque mondiale, 1994) et s'inspirent abondamment des résultats de sept études de cas sur des pays dont il est fait état dans une autre publication intitulée "Financing Health Services through User Fees and Insurance: Country Case Studies from Sub-Saharan Africa" (Shaw et Ainsworth, à paraître). Ces études de cas ont été préparées avec le précieux concours de l'Agence norvégienne de développement international et de l'Agence suédoise de développement international.

Le travail réalisé pour ce volume a été fait sous la supervision générale d'Ishrat Z. Husain et de Kevin M. Cleaver. Le manuscrit a été examiné et d'utiles commentaires ont été faits par Martha Ainsworth, Larry Forgy, Jeffrey Hammer, William McGreevey, Germano Mwabu, Reiko Niimi, Marie-Odile Waty et Annemarie V. Wouters. La révision et l'édition du texte ont bénéficié du concours d'Emily Chalmers, Susan Dynerman et Virginia Hitchcock. Cynthia Stock a assuré le travail de publication assistée par ordinateur.



Introduction et aperçu général

En 1987, la Banque mondiale recommandait d'inclure le principe du recouvrement des coûts dans un ordre du jour du financement des prestations de services de santé par le secteur public dans les pays en développement (Banque mondiale, 1987). Depuis, on a beaucoup débattu et de nombreuses analyses de politique ont été faites sur les implications économiques et sociales d'une telle approche (Banque mondiale, 1987, 1993b et 1994). Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, on s'accorde de plus en plus à reconnaître que, face à l'escalade des coûts de la santé et à la capacité limitée des ministères de la santé à financer ou à fournir des soins de santé subventionnés à tous, une forme quelconque de partage des coûts s'impose¹. L'instabilité des performances économiques, des taux de croissance démographique sans précédent et l'épidémie de sida, qui commence à peser sur les budgets de la santé publique, ont porté un coup à la capacité des gouvernements à financer et à étendre les services de santé.

Beaucoup, néanmoins, demeurent préoccupés par le fait que l'introduction d'un système de paiement des soins dispensés dans des établissements placés sous la tutelle de l'Etat ou le coût élevé de l'adhésion à des programmes d'assurance maladie pourraient fermer aux plus pauvres l'accès aux équipements de santé modernes. Des enquêtes sur les ménages réalisées par la Banque mondiale montrent qu'au moins le tiers, et peut-être jusqu'à la moitié, des personnes qui tombent malades ne vont pas se faire soigner dans des centres de santé modernes, mais préfèrent faire appel à des remèdes maison, à des médicaments achetés sur place ou à des guérisseurs. Une question importante qui se pose à cet égard est de savoir si les coûts supplémentaires que représentent la consultation, le transport, les médicaments et le manque à gagner ne risquent pas de réduire l'utilisation des services de santé parmi ces populations. En Afrique, où les pauvres représentent actuellement environ 48 % de la population — soit 216 millions d'êtres humains en 1990 —, la capacité de paiement pour des soins de santé essentiels est manifestement d'une immense importance (Banque mondiale, 1993c).

Le débat sur le partage des coûts et les questions qui s'y rapportent ont ouvert plusieurs nouveaux aperçus. Tout d'abord, les principes de base et les modalités du recouvrement des coûts sont devenus plus clairs. On a trop mis l'accent, dans le passé, sur la possibilité que cela

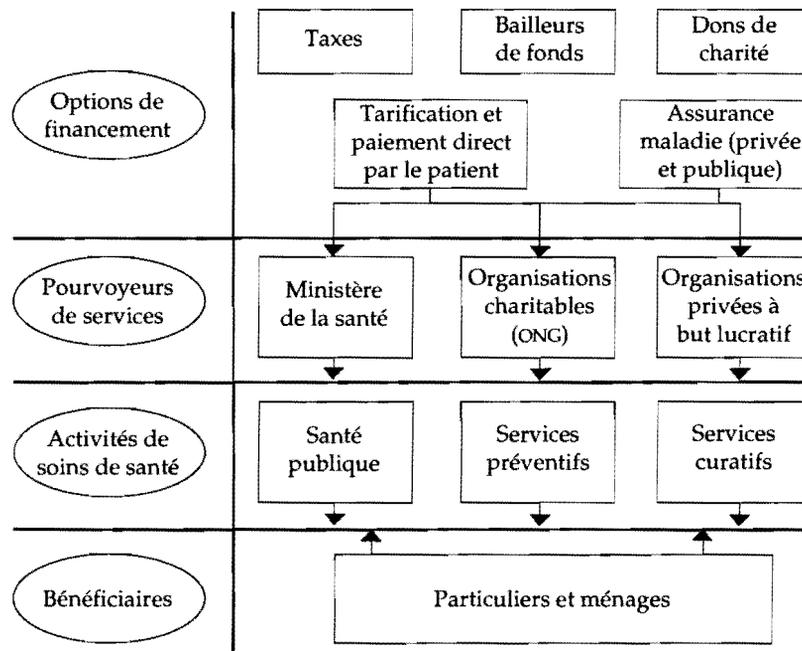
donnait de mobiliser des recettes et trop peu sur la façon dont le partage des coûts pouvait contribuer à rendre les systèmes nationaux de santé efficaces, équitables et viables ². Ensuite, un nombre croissant d'évaluations empiriques de l'impact du recouvrement des coûts ont jeté une lumière nouvelle sur les conditions de la réussite des stratégies de partage des coûts et sur les obstacles à surmonter. Dans le passé, des études conçues dans une perspective étroite avaient tendance à trop insister sur les effets négatifs de la tarification des soins et le caractère limité des possibilités d'assurance maladie autofinancée. Enfin, avec l'augmentation des recettes générées par le partage des coûts, tous ceux qui ont intérêt à ce que les services de santé s'améliorent, et en particulier les ménages, les pourvoyeurs de services de santé publics et privés et les bailleurs de fonds, en viennent à se demander si ces fonds ne pourraient pas être utilisés de façon plus efficace pour étendre la portée et améliorer la qualité de ces services. Ce fait est très important parce que des études récentes ont montré que les dépenses de santé des gouvernements peuvent être allouées de façon beaucoup plus économique, et qu'il est possible d'envisager d'étendre les services de base à un plus grand nombre d'Africains à faible revenu (Banque mondiale, 1994). Parce qu'il est important d'améliorer les soins de santé en Afrique, il est temps de faire le point sur l'évolution récente de la question dans la région et d'examiner les enseignements qu'on a pu en tirer.

Mécanismes de mobilisation des ressources

Il existe plusieurs options pour financer une amélioration des soins de santé en Afrique. Il y a notamment les systèmes généraux de taxation utilisés pour financer les dépenses des gouvernements et des ministères de la santé; l'aide des bailleurs de fonds spécialement destinée à des projets de santé; les donations de charité destinées à des pourvoyeurs bénévoles et privés, tels que les missions religieuses; la tarification; et, enfin, l'assurance maladie (Figure 1) ³.

Le présent volume met l'accent sur la tarification des services médicaux parce que les dépenses de santé directement à la charge des particuliers entrent pour plus de 40 % dans les dépenses totales de santé en Afrique. Les dépenses des Etats, cependant, entrent pour environ 37 % dans le total, et elles sont largement financées par les taxes sur les importations et sur les ventes ainsi que par l'impôt sur le revenu. Les 20 % qui restent sont financés par les bailleurs de fonds et les dons d'organisations caritatives. La plus grande partie des financements des bailleurs de fonds sert à alimenter les budgets d'équipement ou de développement plutôt qu'à aider au financement des dépenses d'exploitation courantes telles que salaires, médicaments, équipement et entretien.

Figure 1. Sources de financement dans un système de soins de santé typique



Ce volume fait une grande place à l'assurance maladie autofinancée parce que ce type d'assurance permet à un grand nombre de personnes de mettre leurs ressources en commun pour couvrir les frais en cas de maladie ou d'accident aux effets catastrophiques⁴. Sans une telle assurance, de nombreuses personnes ne seraient pas en mesure de s'offrir des traitements coûteux ou devraient contracter des dettes considérables pour payer les frais d'hospitalisation. Certes, il y a des années que les gouvernements africains fournissent une assurance maladie à leurs populations, sous forme de traitements « gratuits » et universels payés par le contribuable. Mais l'augmentation des coûts, l'insuffisance des fonds et une inefficacité croissante ont beaucoup affaibli la capacité des systèmes publics à fournir des soins de qualité. L'assurance maladie autofinancée représente un progrès par rapport au système courant en ce qu'elle permet aux gouvernements d'atteindre les mêmes objectifs de manière plus efficace et plus équitable. Cette approche comprend le paiement des tarifs et des primes, le contrôle des dépenses, la coordination des établissements et des pourvoyeurs de soins, et l'application de mesures explicitement conçues pour rendre les systèmes plus équitables et plus efficaces.

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles la combinaison de la tarification et de l'assurance maladie autofinancée peut avoir un effet multiplié sur la création de sources viables de financement durable des soins de santé. Tout d'abord, la tarification est essentielle pour stimuler les programmes d'assurance maladie autofinancée. Les pays ne peuvent entreprendre une large promotion des programmes d'assurance maladie autofinancés sans imposer tout d'abord une participation des utilisateurs aux coûts dans les établissements d'Etat, et spécialement les hôpitaux. La raison est simple : si les gens peuvent obtenir des soins de santé gratuitement ou à un prix uniformément bas, ils ne seront guère incités à payer des primes d'assurance pour couvrir le risque-maladie.

Ensuite, lorsque l'assurance maladie commence à couvrir les dépenses liées aux frais généraux et à des soins hospitaliers coûteux, les subventions du secteur public pour soins curatifs peuvent être plus facilement soustraites des services utilisés par les riches pour les orienter vers les pauvres.

Enfin, l'assurance maladie autofinancée permet aux ministères de la santé de réorienter l'allocation de ressources publiques forcément insuffisantes consacrées au financement de services curatifs utilisés par des particuliers vers des services de nature plus préventive destinés au grand public, comme les vaccinations ou les programmes visant à prévenir l'expansion des maladies sexuellement transmissibles (MSD) et du sida. Ces services sont généralement insuffisamment financés dans la plupart des pays africains, alors que 50 % ou plus des budgets de santé publique peuvent être absorbés par des services curatifs dispensés dans des installations de niveau tertiaire (Banque mondiale, 1994).

Nous ne prétendons cependant pas que la tarification des services et l'assurance maladie autofinancée libéreront les systèmes nationaux de santé de tous leurs problèmes financiers en Afrique. C'est pourquoi nous n'envisageons ni ne recommandons dans ce volume de diminuer le rôle des gouvernements dans la mobilisation de ressources accrues pour la santé. Les dépenses de santé en Afrique, toutes sources confondues, ne sont que d'environ 8 dollars par habitant dans les pays qui abritent environ 60 % de la population totale de la région. Ce chiffre est considérablement inférieur aux 13 dollars par personne jugées nécessaires pour fournir un ensemble efficient de services préventifs et curatifs de base, y compris l'eau potable et des conditions sanitaires améliorées dans les pays africains à bas revenu (Banque mondiale, 1994). Les gouvernements ont un rôle crucial à jouer dans la promotion d'une meilleure santé en Afrique, et il est amplement prouvé qu'ils peuvent le faire en augmentant la part de la santé dans l'ensemble des dépenses de l'Etat et en recherchant un appui supplémentaire auprès des bailleurs de fonds.

Fixer les tarifs et en prévoir les effets

Les tarifs sont au coeur de systèmes de contribution aux frais et d'assurance maladie autofinancée qui fonctionnent bien. Les niveaux des tarifs — et le signal qu'ils envoient aux consommateurs — peuvent considérablement aider à réduire les pratiques inefficaces et les inégalités dans la prestation et l'allocation des soins de santé ainsi qu'à stimuler le développement du secteur privé. C'est pourquoi il importe de bien savoir ce qu'on attend de la tarification et d'examiner de près l'expérience des pays d'Afrique. Certaines options de politique sont présentées au Tableau 1. Les faits relevés dans ce volume confirment les conclusions suivantes :

- Faire payer l'utilisateur affecte manifestement les services de santé, mais l'effet négatif des tarifs sur la demande de services peut être compensé considérablement, parfois entièrement, par une amélioration de la qualité des services offerts. Ce phénomène peut toucher même les familles les plus pauvres.
- Plusieurs pays africains sont en train d'adopter le principe de la tarification des services et de promouvoir l'assurance maladie autofinancée pour que leurs systèmes nationaux de santé redeviennent efficaces et équitables. Ces initiatives ont pour effet de créer un système d'aiguillage des malades plus rationnel grâce aux signaux émis par les prix; d'utiliser la participation aux frais comme moyen de compléter le financement nécessaire à l'achat de fournitures essentielles, en particulier de médicaments; de renforcer les motivations des pourvoyeurs de soins en leur permettant de garder les sommes qui leur sont versées; d'accroître, enfin, la participation des populations locales à la couverture des dépenses et à la gestion des recettes.
- A mesure que les pays acquièrent de l'expérience dans l'administration et la perception des tarifs et à mesure que les utilisateurs des services de santé se familiarisent avec le système et acceptent de payer pour les soins qu'ils reçoivent, l'écart entre le rôle potentiel et le rôle effectif du partage des coûts commence à se réduire. Dans de nombreux cas, la tarification des services apporte une contribution substantielle aux budgets de fonctionnement des établissements de santé des districts. De plus, un examen approfondi de pays dans lesquels on pensait que l'assurance maladie autofinancée n'existait pratiquement pas a révélé une quantité surprenante d'activités à petite échelle. Les gouvernements ont un rôle crucial à jouer en encourageant ces développements positifs et en créant un environnement propice aux initiatives du secteur privé.

Tableau 1. Tarifs et effets prévus sur les services financés ou fournis par le secteur public

Tarif nul ou uniformément bas	Participation aux coûts ou augmentation des tarifs
<i>Recettes et accès à des services de qualité</i>	
Des prix uniformément bas signifient qu'il n'est guère possible de mobiliser des revenus pour alléger la pénurie de fonds publics pour les services de santé. Ce type de financement se fait généralement au moyen d'impôts directs ou indirects et à coup de déficits budgétaires éponnés par l'emprunt national ou étranger.	La participation aux coûts signifie que l'on a des possibilités accrues de compléter les revenus insuffisants et souvent fluctuants des Etats, ce qui permet d'alimenter partiellement les budgets ordinaires et de faire des investissements pour étendre et améliorer les services offerts.
<i>Efficacité</i>	
Des prix uniformément bas, cela signifie de fortes subventions, spécialement pour des services curatifs coûteux, l'absence de responsabilisation touchant l'augmentation des coûts unitaires de prestation des services, et aucune incitation à réduire les coûts à leur niveau minimum.	Une tarification des services plus proche de leur coût unitaire fait mieux ressortir la valeur réelle du service et des prestations offertes, ainsi que la question de savoir si l'Etat doit les financer, qui est appelé à les recevoir et qui va payer.
Des prix uniformément bas font qu'il est difficile au pourvoyeur de rationner les services selon les besoins (la demande) et au système de santé de les fournir (l'offre).	La tarification réduit une demande de services excessive ou injustifiée et fait que la capacité d'offrir ce service est plus conforme à la volonté et à la capacité de payer. En d'autres termes, lorsqu'un service est payant, les gens y réfléchissent à deux fois avant d'en faire la demande.
Des tarifs nuls ou uniformément bas empêchent un système de santé d'aiguiller efficacement les malades vers des établissements où le coût unitaire de certains services est le plus bas. Les utilisateurs peuvent fort bien se diriger vers les hôpitaux où les coûts unitaires sont les plus élevés plutôt que vers des centres de santé et dispensaires où les coûts unitaires sont bien plus bas.	La tarification peut aider à rétablir l'efficacité du système d'aiguillage des malades en faisant savoir aux utilisateurs que des services de base préventifs et curatifs sont offerts dans des cliniques communautaires à un coût bien moindre que celui des hôpitaux, qui devraient être réservés pour des traitements curatifs plus complexes et plus coûteux.
<i>Equité</i>	
Avec des tarifs uniformément bas, les catégories à revenu relativement élevé ont tendance à utiliser des soins curatifs plus onéreux que les catégories pauvres, et la raison principale en est que ces services sont généralement dispensés dans des hôpitaux urbains, qui sont d'habitude situés près des quartiers plus aisés.	Faire payer ceux qui utilisent le plus fréquemment les soins curatifs onéreux et qui peuvent payer peut aider à renflouer les caisses publiques et à procurer des fonds pour aider à subventionner ceux qui sont moins à même de payer.
<i>Collaboration entre secteur public et secteur privé</i>	
Des tarifs nuls ou uniformément bas n'encouragent pas les pourvoyeurs du secteur privé et à but lucratif à étendre leurs services. La concurrence et l'efficacité qui en résultent sont eux aussi supprimés.	Participation aux frais et majoration des tarifs aident à promouvoir la concurrence entre pourvoyeurs publics et privés et encouragent le passage du public au privé. Cette substitution peut réduire la pression sur les pourvoyeurs publics et libérer des ressources pour fournir des soins de santé gratuits à ceux qui ne peuvent pas payer.

Mise en place et performance future de ces systèmes

Les politiques visant à tarifier les services de santé ou à rendre l'assurance obligatoire doivent être étudiées de manière approfondie et appliquées pas à pas. Aucun système n'est parfait, et il faudra du temps pour gagner la confiance des utilisateurs. De nombreux pays mettent en place le système de contribution aux coûts par phases, tout d'abord dans les établissements de type tertiaire, puis dans les hôpitaux de district et enfin dans les centres de santé. Aux pourvoyeurs, ce système permet de mettre en place les meilleures méthodes d'administration des tarifs et de perception des honoraires dans les milieux qui se prêtent le mieux à la tarification des services, à savoir les hôpitaux. Les enseignements tirés de l'expérience des hôpitaux pourront alors être adaptés aux centres de santé. Aux utilisateurs, le système donne le temps de s'habituer à payer et à en comprendre la raison d'être.

D'autres pays appliquent à titre expérimental un système de tarification simultanément dans tous les établissements de santé, mais dans une zone géographique déterminée, par exemple, dans certains districts. Cette approche concentre l'effort sur l'amélioration des services à tous les niveaux dans un district déterminé, tout en permettant de contrôler de près et d'évaluer l'effet produit sur les revenus, sur l'efficacité et sur le caractère égalitaire des services. Si le système fonctionne bien, le pays bénéficie alors d'un modèle réussi qui peut être repris dans d'autres districts. Pour les utilisateurs, cette méthode leur offre la possibilité de juger le système entier et de voir comment ils peuvent bénéficier de l'effet total des réformes promises dans le domaine de la santé.

Dans le cas de l'assurance maladie, des études de faisabilité doivent commencer par évaluer les facteurs qui affectent la viabilité des marchés de l'assurance. En particulier, il faut identifier des *groupes* susceptibles de devenir des candidats viables à l'assurance par constitution d'un « pool de risques ». Pour commencer, il pourrait être conseillé de préparer un plan d'assurance avec une série de prestations qui seraient limitées mais abordables. Le type de plan de couverture de risques le moins coûteux serait la couverture du risque-catastrophe pour des cas qui peuvent être mortels et exiger un traitement coûteux en hôpital. On pourrait, dans une phase ultérieure, étendre la couverture à des soins plus coûteux en fonction de la taille du pool de risques, du revenu et de la disposition des gens à payer, et selon la demande.

De façon plus spécifique, les gouvernements africains peuvent améliorer la performance de la contribution des patients aux coûts et de l'assurance maladie autofinancée en prenant les mesures suivantes :

- *Fournir de meilleures informations.* Les personnes qui se font soigner sont généralement bien plus disposées à payer lorsqu'elles comprennent la nature et le montant des sommes à payer. Une campagne d'information lancée avant d'instaurer ou de relever les tarifs peut faciliter ce processus en expliquant pourquoi les change-

ments sont nécessaires et comment le système fonctionnera. A un niveau plus fondamental, l'affichage de barèmes des prix simples pour les services de consultations externes dans des endroits visibles des dispensaires et des hôpitaux pourra faciliter la compréhension et la participation du public.

- *Faire participer les professionnels de la santé.* Le personnel des établissements de santé peut non seulement aider à promouvoir les stratégies de tarification, mais il est généralement beaucoup plus porté à faire payer les services qu'il dispense quand des incitations professionnelles et personnelles l'y poussent. Laisser la disposition de cet argent au point de collecte pour servir de complément aux dépenses courantes — comme pour les salaires et les médicaments essentiels — constitue un moyen de s'attaquer à ce problème.
- *Améliorer les procédures administratives.* La collecte et l'administration efficaces de la contribution des patients, en particulier dans les hôpitaux, sont d'une importance cruciale vu le coût élevé des services tertiaires et les lourdes subventions accordées aux hôpitaux par les ministères de la santé.
- *Appliquer des stratégies financières appropriées.* On peut protéger le revenu tiré de la contribution acquittée par le patient en faisant les ajustements nécessaires pour tenir compte de l'inflation et en le plaçant sur des comptes porteurs d'intérêts.
- *Explorer les options de paiement.* Autoriser différentes méthodes de paiement peut promouvoir la disposition et la capacité du patient à payer et améliorer ainsi les perspectives de recouvrement des montants dus. Par exemple, les familles d'agriculteurs auront sans doute plus d'argent liquide après la récolte qu'à l'époque des semailles et elles seront aussi plus en mesure de payer en nature pour les services reçus, par exemple, avec un sac de grain ou une volaille, qu'en argent comptant.
- *Constituer des pools de risques.* Des études de faisabilité sont nécessaires pour évaluer les facteurs qui affectent la viabilité des marchés de l'assurance. Il faut, en particulier, identifier les groupes susceptibles d'être de bons candidats à la constitution de pools de risques. Les gouvernements peuvent aider à établir des pools de risques à une plus grande échelle en obligeant les employeurs à fournir une assurance à leurs employés et en imposant aux petits employeurs et aux travailleurs indépendants de faire partie de pools de risques. En obligeant les employeurs à fournir une assurance dans le secteur formel, y compris dans la fonction publique, on étendrait de façon substantielle le champ de l'assurance et cela contribuerait à fournir une source de financement stable et durable aux hôpitaux urbains.
- *Commencer par les zones urbaines.* Les zones urbaines d'Afrique doivent être le premier objectif d'une politique de développement des

marchés de l'assurance maladie autofinancée parce que les villes ont généralement des frais administratifs plus bas et des conditions de marché des services médicaux plus concurrentielles. De plus, il est plus facile de commencer à étendre un système d'assurance aux personnes à bas revenu dans les villes. Il peut aussi être relativement aisé d'y intéresser le secteur formel dans les villes, dont la population comprend un nombre disproportionné de fonctionnaires. La possibilité d'étendre le champ de l'assurance en Afrique doit et peut être examinée avec les données que l'on possède; les gouvernements comme les bailleurs de fonds peuvent jouer un rôle décisif dans la promotion de l'assurance sur des marchés potentiellement viables.

- *Réduire au minimum l'effet d'antisélection et le risque moral.* Par antisélection, on entend les cas où des personnes atteintes de maladies chroniques, ou dont la probabilité de contracter une maladie ou une blessure est élevée, adhèrent à des plans d'assurance alors que les personnes à bas risque (les gens sains) ne le font pas. Un moyen efficace de combattre ce phénomène est d'exiger que tous les membres d'une même famille adhèrent au plan, plutôt que l'employé seul (qui pourrait être plus exposé à être victime de maladies ou d'accidents professionnels). Cependant, il y a risque moral lorsque les gens utilisent les services plus souvent qu'ils ne le feraient s'ils n'étaient pas assurés. On peut combattre ce risque en exigeant de ceux qui se font soigner qu'ils paient une partie des frais, sous forme de ticket modérateur ou de franchise.
- *Contenir les dépenses.* Il faut empêcher les coûts de monter en flèche. L'assurance ajoute un poids supplémentaire au prix des soins médicaux sous forme de frais administratifs, de frais de vente ou de commissions et de bénéfices. Cependant, les systèmes nécessaires pour traiter les formalités administratives sont devenus moins coûteux et il est plus aisé maintenant de constituer des pools de risques. Avec l'augmentation du nombre de micro-ordinateurs, le développement des systèmes bancaires et la diminution du coût des communications et des transports, la réduction des dépenses administratives liées aux services d'assurances dans les pays en développement peut rendre l'assurance privée plus abordable pour des catégories de population beaucoup plus larges qu'il y a tout juste dix ans.

Partenaires dans le partage des coûts

Pour accepter d'être partenaires dans des stratégies de partage des coûts, les pourvoyeurs de soins et leurs utilisateurs doivent être sensibles aux avantages du système que l'on envisage. Il faut que les décideurs puissent expliquer pourquoi un partage des coûts est nécessaire. Si l'explication met l'accent sur les besoins des administrateurs — par

exemple, pour combler les déficits budgétaires du gouvernement — et offre peu de perspectives d'amélioration des services de santé, les gens seront peu enclins à participer. S'il s'agit de contribuer à une meilleure santé par une réallocation des recettes publiques afin de les rendre plus économiques et d'en améliorer la qualité, il y a plus de chances que les gens y soient favorables et acceptent de payer. Ce point doit devenir prioritaire dans l'élaboration de tout programme de partage des coûts en Afrique, parce que, dans la plupart des pays, la tarification des soins médicaux et l'assurance maladie ont été appliquées sans que les objectifs en aient été clairement définis et les utilisateurs potentiels correctement informés des avantages présentés par les systèmes envisagés.

Peut-être l'objectif ultime du partage des coûts devrait-il être de faire en sorte que les familles et les communautés aient leur mot à dire dans la conception et la prestation de services de santé de base d'un bon rapport coût-efficacité. Une étude récente de la Banque mondiale estime qu'il est possible d'offrir, au niveau communautaire, un minimum de services de santé préventifs et cliniques pour un prix inférieur à ce que de nombreux pays dépensent aujourd'hui par personne pour la santé (Banque mondiale, 1994). En demandant aux gens une participation aux coûts d'un tel plan, trois choses vont se passer. Tout d'abord, les utilisateurs recevront davantage de services et des services de meilleure qualité que dans le passé, c'est-à-dire qu'ils en auront plus pour leur argent. Ensuite, davantage de personnes pourront payer pour un plan moins coûteux. Enfin, le partage des coûts se traduira par une plus grande transparence et responsabilisation, de sorte que les gens comprendront mieux comment l'argent est utilisé.

Il est important de comprendre qu'un plan minimum de services d'un bon rapport coût-efficacité qui rentabilise bien l'argent investi ne saurait être séparé de la manière dont les services sont fournis. Ici encore, et en se basant sur l'expérience africaine, le coût-efficacité du service est meilleur quand celui-ci est dispensé au niveau du district, premier point de contact avec le système de santé (comme le poste ou le centre de santé) où des services de qualité sont fournis, complétés ensuite par l'aiguillage du patient vers un spécialiste ou un hôpital de district. Au niveau de la communauté, les tarifs peuvent être structurés de manière à renforcer le système d'aiguillage des patients; leur produit peut être gardé et utilisé pour garantir l'amélioration de la qualité au niveau local ou du district. Et c'est au niveau local que les utilisateurs apprécient le mieux les améliorations apportées aux services de santé et sont plus disposés à payer leur part des coûts.

Les faits d'observation présentés dans les chapitres qui suivent montrent que la question la plus importante aujourd'hui, pour la prestation des services de santé en Afrique, n'est pas de savoir s'il faut les rendre payants ou se faire l'avocat d'une assurance maladie autofinancée. C'est déjà chose faite, avec des signes d'expansion certains (Bennett et

Ngalande-Banda, 1994; Normand et Weber, 1994). La grande question est de trouver les moyens de les structurer et de les appliquer simultanément, en maximisant les attentes et les besoins des utilisateurs potentiels ainsi que l'efficacité, l'équité et la viabilité des services de santé eux-mêmes

L'Encadré 1, que l'on présente ci-après, résume l'essentiel de ce qu'il faut retenir sur la manière dont le paiement des services et la création de caisses d'assurances autofinancées peut contribuer à financer une meilleure prestation des soins de santé en Afrique.

Encadré 1. Messages clés**Tarification des services**

La question à laquelle l'Afrique subsaharienne est confrontée n'est pas de savoir s'il faut faire payer les soins dispensés — cela se fait déjà — mais plutôt de savoir comment utiliser cet argent pour rendre ces soins de santé meilleurs et plus équitables et pour créer un mécanisme de financement de ces soins qui s'alimente de lui-même. Parmi les leçons apprises, on retiendra celles-ci :

- Les familles d'Afrique subsaharienne paient déjà pour les soins de santé. En fait, les dépenses des particuliers constituent la plus grande source de contribution aux dépenses de santé dans l'ensemble de la région.
- Les gens acceptent de payer pour des soins de qualité. Traditionnellement, les sommes payées par les malades ont été considérées comme ayant un impact négatif sur l'utilisation des établissements médicaux modernes. Mais il ressort de travaux de recherches récents que, si l'introduction de tarifs s'accompagne d'améliorations de la qualité, cet impact négatif peut se trouver compensé.
- Les effets négatifs des tarifs sur l'utilisation des services ont été trop souvent exagérés. Des analyses à variables multiples montrent qu'en dehors du prix, bien d'autres facteurs — la distance par rapport aux centres de santé, les caractéristiques personnelles et la qualité des soins — jouent un rôle important dans les décisions concernant la santé.
- En envoyant aux consommateurs des signaux par les prix, la tarification des services peut en fait améliorer le système d'aiguillage ainsi que l'efficacité et la qualité du système de soins.

Si elle est correctement appliquée et efficacement administrée, la tarification peut rendre les prestations de soins de santé plus équitables, encourager le développement du secteur privé et promouvoir une base financière autonome pour l'amélioration des soins de santé. Même les pauvres ont à y gagner. Pour assurer le succès de la tarification, il faudra : a) encourager l'utilisation des soins de santé payants par des campagnes d'information qui en clarifient la raison d'être et autorisent des formes de paiement alternatives et en nature; b) retenir les sommes perçues au niveau local ou à celui du district pour promouvoir la décentralisation, ainsi que le contrôle local sur l'amélioration de la qualité et la participation du personnel; c) appliquer des méthodes appropriées de perception et d'administration des tarifs.

Il est temps de progresser dans la mise en oeuvre des stratégies de tarification des services par l'identification des perspectives qui s'offrent de les faire appliquer pays par pays et par l'échange des leçons apprises. Il faudra, dans un premier temps, formuler des politiques explicites de tarification des services, repenser des actions gouvernementales qui nuisent au succès de cette formule et lancer le processus d'information et d'éducation des décideurs, des fonctionnaires, des professionnels de la santé et des consommateurs sur les avantages potentiels de la formule. Les experts en analyse des politiques devront en permanence suivre et évaluer, au fur et à mesure de leur élaboration, les nouvelles approches au système des tarifs. Il est clair aussi qu'une politique de tarification des services médicaux doit faire partie d'une stratégie plus

large de réorientation des dépenses des gouvernements vers des services de santé qui profitent à l'ensemble de la collectivité.

Assurance autofinancée

Le pessimisme qui entourait les perspectives d'une assurance autofinancée en Afrique subsaharienne a fait place à un nouvel optimisme, une fois admis que de tels systèmes sont possibles et que l'assurance constitue le seul mécanisme qui puisse protéger un grand nombre de personnes contre des maladies catastrophiques par le partage du risque. Des leçons apprises, on retiendra ce qui suit :

- Le partage du risque, sous des formes variées, est bien plus commun en Afrique subsaharienne qu'on ne le pensait auparavant. En fait, des possibilités de croissance d'une assurance autofinancée existent dans tous les pays d'Afrique.
- Les perspectives d'établissement de ce type d'assurance sont particulièrement bonnes dans les zones urbaines, avec leur forte concentration d'employés du secteur formel. Les décideurs peuvent promouvoir la croissance de l'assurance à partir des programmes d'assurance obligatoires qui existent déjà pour les employeurs en les rationalisant, en particulier à l'intention de la fonction publique.
- Dans les zones rurales, la mise sur pied de programmes d'assurance sera plus difficile, mais non impossible. Des systèmes de prépaiement — organisés par l'intermédiaire des coopératives agricoles et conçus pour coïncider avec l'époque des récoltes — ont réussi en Afrique et ailleurs.
- L'assurance offre des avantages que l'on perd souvent de vue, en particulier l'impact direct des programmes d'assurance sur la *promotion de l'équité* des prestations, dispensées davantage en fonction des besoins que du revenu.
- La privatisation des services de santé, et tout spécialement au niveau tertiaire, ne pourra se faire sans une forme quelconque d'assurance autofinancée à grande échelle qui protégera contre des maladies à effets catastrophiques.

Avant de mettre en route des programmes d'assurance sur une grande échelle, il faudra en établir les fondations dans chaque pays et améliorer les connaissances sur la façon de gérer des facteurs tels que l'antisélection, le risque moral et l'escalade des prix dans le contexte économique africain. Pour qu'un programme d'assurance réussisse, il faudra: a) fixer les primes à des niveaux très sensiblement en dessous du coût prévu d'un traitement médical; b) introduire une forme quelconque de paiement, afin de susciter ainsi l'intérêt du consommateur pour des formes de paiement alternatives; c) minimiser le « risque moral » et l'« antisélection » au moyen de franchises et de tickets modérateurs; d) faire des ajustements en permanence pour que les primes d'assurance, la couverture et la qualité des services demeurent attractives; e) limiter, au début, la couverture à certaines populations, exiger des clients qu'ils paient une partie des dépenses et, en particulier dans les zones rurales, explorer les possibilités de paiements. Cependant, ces conditions doivent aussi faire l'objet d'évaluations approfondies et d'ajustements répétés à mesure que s'élargira progressivement la couverture de la population.

1. Tarification des services

Si les gouvernements africains assument la responsabilité première de l'élaboration de la politique et de la planification stratégique des systèmes de prestations de services de santé dans leurs pays, ils ne sont pas les seuls acteurs dans le financement de ces systèmes et dans l'allocation des dépenses de santé. Les dépenses supportées directement par les particuliers représentent environ 43 % de l'ensemble des dépenses de santé en Afrique, contre 37 % pour les gouvernements et environ 20 % pour les bailleurs de fonds (données de la Banque mondiale). Les gouvernements peuvent contribuer à mobiliser des fonds payés directement par les particuliers pour stimuler le financement privé, accroître les revenus et réduire les déficits budgétaires des pourvoyeurs publics. Ceci peut contribuer à libérer des ressources publiques afin de les utiliser à des fins publiques, et contribuer ainsi à rendre le système plus égalitaire.

Les pays africains ont acquis une expérience considérable en la matière, pour la simple raison que les cliniques privées, tant à but lucratif que bénévoles, y compris les missions religieuses, ont dû recouvrer leurs frais pour survivre. En Tanzanie, dont le revenu par habitant en 1990 n'était que de 100 dollars par an, sur les 18 dispensaires non gouvernementaux, neuf recouvraient 100 % de leurs frais de fonctionnement auprès des utilisateurs, et sur les 21 hôpitaux dirigés par des organisations non gouvernementales, sept en recouvraient plus de 75 % (Mujinja et Mabala, 1992)⁵. En Ouganda, où le revenu par habitant est de 170 dollars par an, quatre hôpitaux de missionnaires ont recouvré de 78 à 95 % de leurs frais de fonctionnement, le reste étant fourni par des bailleurs de fonds (Banque mondiale, 1993b). En République centrafricaine, dont le revenu par habitant est de 390 dollars par an, deux hôpitaux privés ont recouvré de 55 à 80 % de leurs dépenses courantes et deux autres en ont recouvré de 22 à 30 % (République centrafricaine, 1992)⁶.

Le présent chapitre concerne la question des tarifs appliqués aux utilisateurs d'établissements de santé publics et le substantiel impact positif que cela peut avoir sur l'efficacité, le caractère égalitaire et la viabilité du financement des services de santé en Afrique. En faisant payer pour des services dont le principal bénéficiaire est l'utilisateur, comme les soins curatifs de niveau tertiaire, les gouvernements peuvent libérer des dépenses de santé financées par l'impôt et les allouer à

des activités dont les bénéficiaires vont au-delà de l'individu. Cela comprend des services publics qui concernent la santé de la population, les vaccinations et les maladies transmissibles.

Le présent chapitre évalue aussi l'impact que la tarification a eu sur l'utilisation des services de santé dans de nombreux pays africains, l'existence de subventions ou d'exemptions pour les pauvres et les mesures pratiques prises pour percevoir et administrer ces tarifs. Une attention particulière est accordée aux études qui examinent l'impact simultané d'un relèvement des tarifs et d'une amélioration de la qualité sur la demande et l'utilisation des services de santé. L'enseignement que l'on peut tirer de ces études est que les patients acceptent de payer pour des services de santé dispensés par des établissements publics dans une mesure qui dépend fortement de la qualité des soins qu'ils pensent recevoir — c'est-à-dire dans la mesure où ils pensent en avoir pour leur argent.

Les objectifs de la tarification des services

L'objectif principal est de mobiliser des recettes, de promouvoir l'efficacité et l'équité du système, d'en accroître la décentralisation et la viabilité, et de favoriser le développement du secteur privé.

Mobiliser des recettes

Une enquête récente de la Banque mondiale réalisée dans 38 pays d'Afrique a montré que 17 d'entre eux pratiquent un système de tarification des services médicaux mais que, dans neuf autres, le rôle de ce système est relativement restreint ou son application inefficace. Dans quatre de ces neuf pays, le système n'est pas encore en place; dans les cinq autres, les tarifs ne sont pas perçus dans le cadre d'un système national, mais par les établissements eux-mêmes ou les communautés (Tableau 2).

Dans 29 pays africains qui ont en place une forme quelconque de système national de tarification des soins (pays de la première et de la deuxième catégorie), l'objectif principal, pour un tiers environ, est la mobilisation de fonds; ce sont le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, la Zambie et le Zimbabwe. Les deux tiers restants mettent l'accent sur l'amélioration des services de santé primaires — par la motivation du personnel ou la disponibilité en médicaments, par exemple. De nombreux pays de ce groupe, en particulier les pays francophones, participent à l'Initiative de Bamako, initiative de partage des coûts lancée en 1987 par les ministres africains de la santé en vue de faire participer les communautés à la gestion et au financement des soins de santé. Un principe important de cette ini-

Tableau 2. Recouvrement des coûts dans les établissements publics de santé en Afrique, 1993

<i>Catégorie I :</i> <i>Recouvrement des</i> <i>coûts à dominante</i> <i>de système</i> <i>national de tarifi-</i> <i>cation des services</i>	<i>Catégorie II :</i> <i>Un certain</i> <i>système national</i> <i>de tarification,</i> <i>mais minime ou</i> <i>mal appliqué</i>	<i>Catégorie III :</i> <i>Pas de système national</i> <i>de tarification, mais</i> <i>certain établissements</i> <i>ou communautés</i> <i>appliquent des tarifs</i>	<i>Catégorie IV :</i> <i>Pas de formes</i> <i>apparentes de</i> <i>tarification</i> <i>ou de recouvrement</i> <i>des coûts en place</i>
<i>Pays anglophones ou lusophones</i>			
Gambie	Ethiopie	Ouganda	Angola
Ghana	Guinée-Bissau		Botswana
Kenya	Guinée équatoriale		Malawi
Lesotho	Nigéria		São Tomé
Malawi	Sierra Leone		
Mozambique	Soudan		
Namibie	Zambie		
Swaziland			
Tanzanie			
Zimbabwe			
<i>Pays francophones</i>			
Bénin	Burkina Faso	Congo	
Burundi	Mauritanie	Madagascar	
Cameroun	Rwanda	Niger	
Côte d'Ivoire	Togo	République	
Guinée		centrafricaine	
Mali		Zaïre	
Sénégal			

Source : Nolan et Turbat (1993) et données de la Banque mondiale.

tiative est que chacun doit payer au moins quelque chose et que ces entrées de fonds seront utilisées pour améliorer les services de santé primaires.

Les premières impressions sont que les recettes provenant de la perception d'un tarif représentent une petite partie — parfois même une partie insignifiante — des dépenses ordinaires de santé des Etats en Afrique (Tableau 3). Cependant, les pourcentages semblent s'améliorer avec le temps, comme cela s'est produit en Côte d'Ivoire, en Ethiopie, au Lesotho et au Zimbabwe. Lorsque le système des tarifs a été introduit dans ces pays, les montants étaient très bas et les entrées de fonds ne représentaient que de 2 à 12 % des dépenses gouvernementales. Cependant, avec le temps, ces recettes ont augmenté au point d'atteindre 4 à 20 % de ces dépenses, et elles augmenteront encore selon toute probabilité à mesure que l'écart se réduira entre les montants effectivement perçus et ceux qui ne sont que « potentiellement perceptibles ».

Tableau 3. Recettes provenant de la tarification des services en pourcentage des dépenses récurrentes de santé des gouvernements dans certains pays d'Afrique

<i>Pays</i>	<i>Pourcentage</i>
Botswana	
1979	1,3
1983	2,8
Burkina Faso	
1981	0,5
Burundi	
1982	4,0
Côte d'Ivoire	
1986	3,1
1993	7,2
Ethiopie	
1982	12,0
mi-1980	15,0-20,0
Ghana	
1984	5,2
1987	12,1
Kenya	
1984	2,0
Lesotho	
1984	5,7
1991/92	9,0
Malawi	
1983	3,3
Mali	
1986	2,7
Mauritanie	
1986	2,7
Mozambique	
1985	8,0
Rwanda	
1984	7,0
Sénégal	
1986	4,7
Swaziland	
1984	2,1
Zimbabwe	
1986	2,2
1991/92	3,5

Source : Vogel (1988); Nolan et Turbat (1993); Banque mondiale (1994).

Plusieurs facteurs aideront à accroître ces recettes.

- Des méthodes de facturation et de collecte améliorées, en particulier dans les hôpitaux.
- Des politiques d'exemption plus strictes, en particulier pour les subventions qui profitent actuellement aux ménages relativement aisés, comme ceux des fonctionnaires et des membres du corps médical.
- Des redevances progressivement plus élevées pour des séjours à l'hôpital qui sont relativement coûteux, et en particulier pour les personnes qui court-circuitent le système d'aiguillage des malades.
- L'augmentation systématique des redevances pour les visites extérieures, dont la moyenne en Afrique n'était que de 0,22 à 0,33 dollar par visite au milieu des années 80 (Griffin, 1988).

LES CENTRES DE SANTE. L'expérience des centres de santé communautaires donne à penser que ces établissements ont le potentiel nécessaire pour accroître le montant des tarifs qu'ils appliquent. Comme le prix unitaire des services est généralement très inférieur dans ces centres de santé à ce qu'il est dans les grands hôpitaux qui reçoivent la plus grande partie des crédits de l'Etat, ces centres peuvent fixer leurs tarifs à des niveaux qui représentent mieux les frais réels d'exploitation. L'expérience de l'Initiative de Bamako montre que les utilisateurs sont plus disposés à payer au niveau communautaire pour des produits tangibles comme les médicaments. Dans plus de 220 des 1.100 districts de 18 pays qui participent à cette initiative, les montants acquittés sont retenus à leur point de collecte, et le produit en est utilisé pour acheter des médicaments, payer les frais d'exploitation et motiver le personnel.

Le Sénégal a adopté l'Initiative de Bamako en 1991 pour aider à payer les produits pharmaceutiques au moyen de la tarification. Une enquête faite sur un échantillon national représentatif a révélé que la contribution de la tarification aux établissements de santé publics était de 5 à 11 % pour les hôpitaux, de 8 à 23 % pour les centres de santé, de 14 à 35 % pour les postes de santé et de 87 % en moyenne pour les cases de santé. Les postes de santé fournissent, sans personnel professionnel, une gamme limitée de soins médicaux et infirmiers, tandis que les cases de santé fournissent un service minimal au niveau des villages et paraissent en voie de disparition comme dispensatrices de services de santé (Bitran et al., 1993).

Au Bénin, les tarifs ont régulièrement représenté une contribution de 42 à 46 % aux frais généraux d'exploitation de 44 centres de santé qui participent actuellement à l'Initiative de Bamako. En Guinée, la contribution de la communauté a été de 38 à 49 % des frais d'exploitation du premier groupe de centres de santé participant à l'initiative. En Guinée-Bissau, dans la région de Gabu, les communautés ont apporté une contribution qui a atteint 39 % des frais d'exploitation des centres

de santé, ou l'équivalent de 87 % du coût des médicaments des ces centres (UNICEF, 1992).

Un autre pays à fort potentiel de tarification est la République centrafricaine. Une analyse financière de 13 centres de santé publics a permis de constater que les taux de recouvrement des coûts pouvaient atteindre dans certains cas entre 110 et 138 % des dépenses courantes (salaires non compris) pour se situer, dans d'autres, entre 5 et 75 % (République centrafricaine, 1992). Ces différences sont le résultat des différents modes d'opération des dispensaires. Ceux qui ont le taux de recouvrement le plus élevé sont autonomes, vendent leurs propres médicaments et font systématiquement payer pour les services qu'ils dispensent. Leur pouvoir de décision, en particulier pour l'acquisition des médicaments, rend la gestion des médicaments plus rationnelle et les aide à éviter l'énorme gaspillage observable dans les établissements à faible taux de recouvrement. Par contre, les établissements dont le taux de recouvrement est le plus bas fournissent une gamme plus étendue de services gratuits, ne font payer que pour des certificats médicaux et n'ont qu'un contrôle limité sur la vente des médicaments.

LES HOPITAUX. Dans ces établissements, la contribution des tarifs aux coûts de fonctionnement est généralement sensiblement moindre, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les tarifs ne couvrent généralement qu'une faible partie du coût relativement élevé des services cliniques dispensés par l'hôpital. Ensuite, les malades aiguillés vers un hôpital souffrent souvent de problèmes graves qui nécessitent des soins coûteux, mais sont souvent moins en mesure de payer pour ces soins. (Ceci est l'argument principal en faveur de l'assurance maladie, comme on le verra au Chapitre 2.). Enfin, les hôpitaux ont souvent du mal à recouvrer les montants qui leur sont dus, surtout lorsqu'il s'agit de gens qui vivent loin et qui sont inconnus du personnel de l'hôpital.

Le Tableau 4 montre les pourcentages de tarifs que les hôpitaux publics et privés étaient en mesure de recouvrer certaines années. Entre 1991 et 1993, au Lesotho, les tarifs perçus ne représentaient que de 4,5 à 5,3 % des frais d'exploitation de l'hôpital Reine Elizabeth II, établissement sous gestion d'Etat situé à Maseru, la capitale. Ce montant est bien inférieur aux 13 à 22 % perçus dans les établissements dirigés par des organismes publics et situés dans les districts, comme les hôpitaux de district et les centres de santé. En Ethiopie, les tarifs représentaient 23 % des frais d'exploitation de dix hôpitaux publics ruraux et 32 % de huit hôpitaux publics urbains. En République centrafricaine, cinq hôpitaux préfectoraux et quatre hôpitaux régionaux ont recouvré, respectivement, 26 et 45 % des frais de fonctionnement (à l'exclusion des salaires et des médicaments). Les hôpitaux-maternités ont recouvré plus de 80 % de ces frais de fonctionnement (McInnis, 1993). Le problè-

Tableau 4. Moyenne des recettes tirées de la tarification des services en pourcentage des dépenses courantes des hôpitaux dans quelques pays

<i>Pays et type d'hôpital</i>	<i>Année</i>	<i>Nombre d'hôpitaux</i>	<i>Pourcentage</i>
Ethiopie	1984/85		
Tous urbains		8	32
Tous ruraux		10	23
Ghana	1991		
Central		1	15
Lesotho	1991-93		
Urbain		1	5
Rural		1	15
Niger	1986/87		
Privé		3	58
Nigéria	1986		
Maternités privées		3	20
Maternités publiques		9	82
Ouganda	1992		
Mission		5	72
République centrafricaine	1990		
Public préfectoral		5	26
Public régional		4	45
Public-maternité		3	94
Privé		4	46
Sénégal	1993		
Public		3	8
Swaziland	1988/89		
Public		4	5
Mission		2	13
Tanzanie	1992		
Mission		22	56
Zambie	1989		
Public		42	3
Chine	1990		
Tous publics		Tous	90-97

Note : Tous les hôpitaux de ce tableau sont gérés par des organismes publics sauf indication contraire (comme privé ou mission). La Chine est citée à titre de comparaison.

Source : Tableau établi à partir de données prises dans Barnum et Kutzin (1993); Bitran et al. (1993); Bumgarner (1989); République centrafricaine (1992); Criel et Van Balen (1993); Ferster et al. (1991); McInnes (1993); Mujinja et Mabala (1992); Smithson (1993); Banque mondiale (1991, 1992a, 1993c).

me de l'impact immense des impayés de recouvrement des coûts se pose particulièrement ici et sera examiné plus loin.

Une dernière perspective sur la possibilité d'augmenter (et de percevoir) des tarifs nous vient d'une étude faite dans le district de Bwa-

manda, au Zaïre (Shepard et al., à paraître). Au Zaïre, les services de santé sont organisés par zone ou par district avec 10 à 20 centres de santé satellites desservis par un hôpital central. L'étude montre que les tarifs perçus couvraient de 109 à 111 % des dépenses de fonctionnement des centres de santé entre 1986 et 1988. Par contre, à l'hôpital de Bwamanda et pendant la même période, la part des frais de fonctionnement couverte par les tarifs n'était que de 24 à 30 %. Les tarifs étaient complétés par des paiements d'assurance, qui couvraient 22 à 33 % des coûts, et la facturation des employeurs, qui ajoutait encore 13 à 22 %. Au total, les entrées provenant du partage des coûts allaient de 59 à 75 % du total des coûts d'exploitation entre 1986 et 1988.

Les niveaux élevés de recouvrement des coûts dans le district de Bwamanda peuvent être attribués à l'organisation des services de santé, les gens adhérant volontairement au programme d'assurance dans les centres de santé dans un effort concerté pour payer pour les services d'aiguillage et pour soutenir financièrement l'hôpital central. Le pourcentage de population volontairement inscrite s'élève aux alentours de 60 %.

Même si les hôpitaux publics d'Afrique ne recouvraient que 40 % en moyenne de leurs coûts de fonctionnement, des sommes considérables pourraient être dégagées pour être affectées ailleurs. L'ampleur des améliorations qui seraient ainsi rendues possibles provient de l'information contenue dans la publication *Pour une meilleure santé en Afrique* (Banque mondiale, 1994). Les ministères africains de la santé dépensent en moyenne 4,70 dollars par personne pour la santé, dont la plus grande partie en frais d'exploitation. La moitié de cette somme, en moyenne, va au fonctionnement des hôpitaux publics. Si le partage des dépenses permettait de recouvrer 40 % des coûts de fonctionnement de ces hôpitaux, ceci libérerait près de 1 dollar par personne, ce qui donnerait un total de plus de 400 millions de dollars⁷. Ce serait suffisant pour fournir à tous les Africains tous les médicaments essentiels de soins de santé primaires.

Pour résumer, il faudra du temps et de l'expérience pour mettre au point un bon système de tarification des services de santé. La contribution effective des tarifs aux coûts de fonctionnement en reflète rarement le potentiel, et ceci pour plusieurs raisons. Les décisions imposant ces tarifs sont généralement mal appliquées, les établissements n'ont pas l'efficacité nécessaire pour percevoir les factures impayées, les patients refusent de payer pour des services de basse qualité et les cas d'exemption de paiement sont par trop nombreux. Si les hôpitaux publics recouvraient 40 % de leurs dépenses, cela libérerait un substantiel surcroît de ressources publiques pour financer des services de base qui ont un impact considérable sur la santé de l'ensemble de la population. La Chine recouvre de 90 à 97 % des dépenses des hôpitaux et plus de 80 % des dépenses de tous les établissements

de santé par les tarifs d'utilisation. Notons en passant que le PNB de la Chine, en 1991, était de 370 dollars par personne, ce qui est très voisin de la moyenne africaine de 350 dollars.

Promouvoir l'efficacité

En émettant les signaux appropriés, la perception d'un tarif peut améliorer le fonctionnement du système d'aiguillage des malades et dynamiser les prestations de services de santé. Idéalement, le premier point de contact du patient avec le système sera un établissement du genre dispensaire ou clinique, où le rapport coût-efficacité des services fournis sera relativement bon. Si le malade a un problème qui dépasse les capacités du dispensaire ou de la clinique, un personnel de santé bien formé les dirige vers un hôpital de premier aiguillage où le personnel est plus spécialisé et les traitements plus coûteux. L'Encadré 2 décrit les éléments communs aux systèmes médicaux d'Afrique.

Lorsque les tarifs sont nuls ou uniformément bas dans l'ensemble d'un système de santé et comprennent les services d'hôpitaux les plus onéreux et les vaccinations les moins coûteuses, les consommateurs ont tendance à ne pas se soucier des coûts (Griffin, 1988). Ils peuvent affluer vers les établissements les plus chers et utiliser les services les plus perfectionnés, même s'ils ne souffrent que de problèmes relativement bénins. Les signaux émis par les prix peuvent donner une assez bonne indication du fait que des gens qui choisissent de court-circuiter le système d'aiguillage des malades et d'aller directement se faire soigner dans des hôpitaux coûteux doivent être prêts à payer le prix intégral du service⁸.

Comme beaucoup l'ont déjà noté, les systèmes d'aiguillage des malades ne fonctionnent pas bien dans de nombreux pays africains. Une enquête de la Banque mondiale dans 38 pays d'Afrique a fait apparaître qu'un petit nombre seulement de pays anglophones et francophones qui utilisent des systèmes de recouvrement des frais ont structuré leurs redevances de manière à promouvoir une utilisation appropriée des services (Nolan et Turbat, 1993). La solution la plus courante consiste à faire payer plus cher les soins dispensés dans les services de consultation des hôpitaux. La solution la plus rare est de dispenser de tout paiement, pour soins administrés par le service des consultations externes d'un hôpital, les patients qui lui ont été adressés selon la procédure appropriée par des centres de santé locaux; seul le Niger semble assurer la gratuité des soins à ces malades. Inversement, certains pays font payer les soins dispensés dans les cliniques et postes de santé, mais pas dans les hôpitaux. Au Sénégal, par exemple, il n'existe pas de programme de recouvrement des coûts dans les grands hôpitaux nationaux. On ne fait payer les soins que dans les postes de santé et dans certains hôpitaux régionaux. Dans l'un et l'autre pays, le système

Encadré 2. Structure des systèmes de santé en Afrique

Dans la plupart des pays d'Afrique, les soins de santé de type moderne sont dispensés par des établissements de santé exploités ou dirigés par les Etats, par des organismes bénévoles de nature privée, comme les missions religieuses, ou par le secteur privé à but lucratif. Certains services sont aussi dispensés par les guérisseurs. Les établissements d'Etat sont généralement les plus nombreux, suivis par les pourvoyeurs bénévoles. Le secteur privé à but lucratif est généralement plutôt restreint, axé sur la prestation de soins dans des dispensaires et concentré en milieu urbain. Les organismes bénévoles jouent d'habitude un rôle important dans la prestation de services de santé aux pauvres et aux zones mal desservies et peuvent exploiter jusqu'à la moitié des hôpitaux de district.

Lorsque les gens ont besoin de se faire soigner, trois grands niveaux de soins de santé modernes s'offrent à eux.

- Les soins de niveau primaire sont dispensés au « premier point de contact » entre les clients et un établissement du système de santé. Dans la plupart des pays africains, les soins donnés à ce niveau le sont dans un dispensaire, une clinique ou un centre de santé. En moyenne, les établissements qui opèrent à ce niveau desservent une population de 5.000 à 10.000 personnes.
- Les soins de niveau secondaire sont dispensés dans un hôpital d'aiguillage, lorsque le traitement de la maladie ou de la blessure dépasse la capacité du personnel de l'établissement du niveau inférieur. Dans ces cas, les patients sont dirigés vers des établissements de niveau plus élevé qui possèdent l'expertise et l'équipement nécessaires pour traiter des cas plus complexes. Dans la plupart des pays africains, les soins dispensés à ce niveau le sont dans les hôpitaux de district, qui sont alignés sur les districts administratifs tels que la puissance publique les a définis. Les établissements de ce niveau peuvent servir une population de 75.000 à 200.000 personnes en moyenne.
- Les soins de santé de niveau tertiaire sont dispensés dans des hôpitaux d'aiguillage d'un niveau plus élevé — hôpitaux régionaux ou dénommés « nationaux » — ainsi que ceux qui sont officiellement désignés sous le nom d'hôpitaux universitaires. Certains pays africains possèdent un grand nombre de ces hôpitaux — tous financés et gérés par l'Etat, qui consomment une grande part des crédits des ministères de la santé, mais qui sont considérés comme n'ayant qu'une influence relativement faible sur la charge nationale de morbidité.

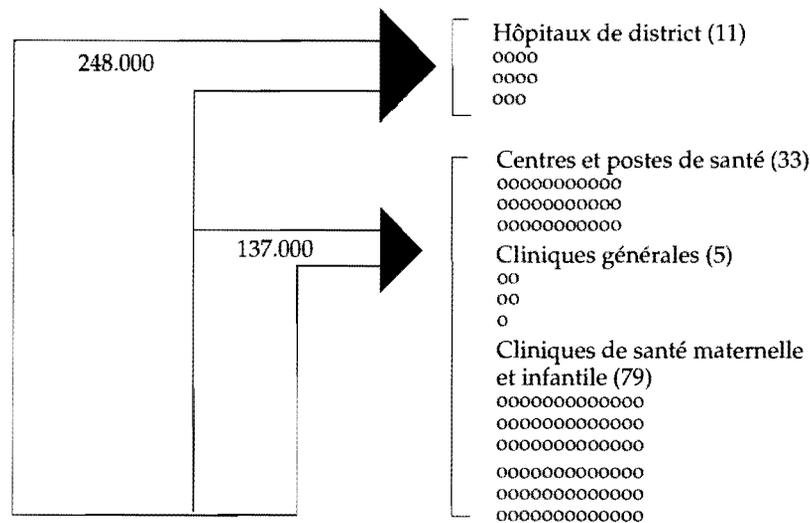
Une préoccupation déjà ancienne des gouvernements africains a été de renforcer la qualité et la quantité des soins de santé au niveau local et à celui du district. Ceci suppose des allocations budgétaires plus accrues à la santé, une réallocation de fonds du niveau tertiaire vers le niveau primaire, le recouvrement des coûts dans les établissements publics où les services de santé sont souvent dispensés gratuitement, et enfin une assurance maladie autofinancée pour couvrir les risques de maladies aux effets catastrophiques et les lourdes factures de soins médicaux que cela implique. Cependant, à part les vœux symboliques qui ont été formulés en faveur de telles réformes, les progrès ont été lents dans la plupart des pays.

n'envoie pas les signaux qu'il faut aux utilisateurs potentiels. Lorsqu'il est facile de prendre l'autobus pour aller se faire soigner gratuitement à l'Hôpital central Dantec de Dakar, on peut ne pas avoir envie de s'adresser à un centre de santé de banlieue.

Le Ghana offre un exemple frappant de la façon dont un système d'aiguillage peut échouer lorsqu'on fait payer les soins reçus dans les centres de santé de niveau communautaire sans en améliorer la qualité. En 1991, 11 hôpitaux d'Etat ont reçu près de deux fois plus de patients dans leurs services extérieurs que tout le reste du réseau national de santé publique, qui comprenait 33 centres et postes de soins généraux, cinq cliniques et 79 cliniques de santé maternelle et infantile (Figure 2). Comme l'observe Smithson (1993), il n'y a guère lieu de conserver une infrastructure et des ressources humaines au niveau du sous-district si les services ne sont utilisés qu'au minimum. En outre, il est plus coûteux, aussi bien pour les gouvernements que pour les patients, de faire appel à des spécialistes médicaux et à une technologie sophistiquée au premier point de contact du système de santé que de fournir des services de qualité dans les centres et postes de santé du voisinage.

Il est clair qu'il faut revoir les barèmes des tarifs pour rendre le système d'aiguillage plus efficace. Le Zimbabwe a prouvé qu'il était en train

Figure 2. Utilisation disproportionnée des établissements de haut niveau dans la région d'Akim, au Ghana, 1991



Note : Sur les 2.100.000 habitants de la région, 385.000 (soit 18,4 %) ont reçu des soins en services extérieurs en 1991.

Source : D'après Smithson (1993).

de progresser sur la voie des réformes nécessaires (Hecht et al., 1993). Vers la fin des années 80, les redevances de soins ambulatoires pour adultes y étaient de 1,5 dollar zimbabwéen (Z\$) dans un hôpital de district ou de premier aiguillage, de Z\$ 3 dans un hôpital de province et de Z\$ 5 dans un hôpital central. Les tarifs pour soins de maternité dans un hôpital de province étaient de Z\$ 15 contre Z\$ 20 à 30 dans un hôpital central. Le relèvement des tarifs est en cours. Les particuliers sont ainsi encouragés à entrer dans le système de santé au point le plus bas en rapport avec les services demandés, et le tarif des soins de santé (dont les ministères de la santé sont les dispensateurs) est fixé de manière à encourager la modération dans l'utilisation de ressources financières forcément limitées, tout en faisant en sorte de ne pas les mettre hors de portée des ménages.

Le Malawi est un autre pays dans lequel, en 1992, le gouvernement a commencé à introduire par étapes une stratégie de partage des coûts. Un des buts de cette initiative est de dissuader les gens d'utiliser les hôpitaux comme point d'entrée dans le système de santé. En vue de renforcer le système d'aiguillage et de réallouer les crédits aux dépens des services de santé de niveau tertiaire en faveur du niveau primaire, le partage des dépenses va être étendu des hôpitaux centraux aux hôpitaux généraux et régionaux, puis aux centres de santé. Pour aider à établir des tarifs, des études ont été entreprises pour déterminer la différence des coûts unitaires des services entre hôpitaux centraux et hôpitaux de district et entre centres de santé urbains et centres de santé ruraux (Tableau 5).

Au Zaïre, dans le district de Kasongo, la tarification des services médicaux a eu pour effets simultanés de réduire l'utilisation de l'hôpital de district comme premier point de service et d'augmenter la fréquentation des centres de santé de district. Le nombre de patients à utiliser les cliniques de consultations externes de l'hôpital comme premier point de service est tombé de 11.800 en 1973 à 1.050 en 1989. Il y a eu une augmentation correspondante du nombre de personnes à se faire soigner dans les centres de santé et les cliniques de consultations externes : le chiffre est monté en flèche de 13.522 en 1973 à 54.400 en 1987 (Criel et Van Balen, 1993). Dans ce cas, le barème des tarifs n'a pas seulement été un moyen efficace de décourager l'utilisation directe de l'hôpital; cela a eu aussi pour effet de rendre le système de santé du district plus attrayant et de lui permettre de promouvoir avec succès l'utilisation des services de santé primaires là où vivent les gens.

En résumé, la tarification est un facteur d'efficacité en ce qu'elle constitue un meilleur signal quant aux points appropriés d'entrée dans le système de santé. Le rapport coût-efficacité s'en trouve amélioré, non seulement parce qu'il est moins fait appel à une technologie et un personnel coûteux qui devraient être réservés aux cas plus complexes, mais aussi parce qu'on encourage les centres de santé locaux à offrir

Tableau 5. Coût unitaire de la journée pour de nouveaux patients recevant des soins dans des services de consultations externes ou hospitalisés dans certains hôpitaux et centres de santé du Malawi, 1990/91

<i>Région et établissement</i>	<i>Coût unitaire par nouveau patient (MK)</i>	<i>Nombre moyen de nouveaux patients extérieurs par jour^a</i>	<i>Coût unitaire par patient hospitalisé (MK)</i>
<i>Région du Sud</i>			
Hôpital central	9,40	1.441	15,80
Hôpital de district	1,62	1.114	9,72
Centre de santé urbain	1,03	429	—
Centre de santé rural	0,78	549	—
<i>Région du Centre</i>			
Hôpital central	7,55	1.716	19,23
Hôpital de district	1,71	1.186	10,80
Centre de santé rural	0,71	126	—

— Pas de données.

Note : Les coûts unitaires cités ici couvrent aussi toutes les dépenses associées au fonctionnement d'un établissement. Ceci diffère des estimations du « coût unitaire direct des soins donnés », lequel couvre les dépenses directement liées aux soins dispensés au patient, et n'inclut pas les frais d'administration ou le coût des services ordinaires.

a. Ceci comprend le traitement des moins de cinq ans et des adultes, mais pas les examens prénatals. Les cliniques fonctionnent 280 jours par an.

Source : Ferster et al. (1991).

moins de services coûteux afin de mieux combattre les maladies que l'on peut prévenir (Banque mondiale, 1994). Dans la prestation de soins de santé de qualité, c'est bien le choix des services à offrir au premier point de contact qui détermine le plus ou moins d'efficacité, d'équité et de viabilité du système (Banque mondiale, 1993c; 1994).

Certes, il faut bien comprendre qu'adopter un système de tarification des services médicaux pour faire utiliser davantage les établissements communautaires exige une amélioration simultanée de la qualité des soins dispensés dans ces établissements. Comme on l'a déjà noté, les gens doivent pouvoir apprécier la valeur des services qu'ils reçoivent puisque ces services ne sont plus gratuits. La question de la qualité sera examinée dans la section sur l'arbitrage entre prix et qualité.

Promouvoir l'équité

La tarification des soins dispensés dans les établissements de santé publics sont un facteur d'équité parce que la demande de soins de santé augmente d'une façon disproportionnée avec le revenu. Les gens de condition aisée sont plus en mesure et acceptent plus volontiers de

payer pour des services coûteux, si bien que faire payer les gens relativement riches pour des services qu'ils demandent et qu'ils peuvent s'offrir — particulièrement dans les hôpitaux — et en utiliser le produit pour subventionner ceux qui sont le moins à même de payer pour se faire soigner est un moyen d'améliorer les prestations de services de santé aux pauvres.

Une enquête sur l'utilisation des services de santé dans l'Etat d'Ogun, au Nigéria, a révélé qu'environ la moitié des ménages situés dans le quintile supérieur de revenu bénéficiait de services gratuits ou fortement subventionnés dans les cliniques ou hôpitaux publics. Ce quintile supérieur était aussi cinq fois plus porté à se faire soigner dans des hôpitaux privés que les gens du quintile le plus pauvre, montrant ainsi une plus grande disposition à payer pour se faire soigner.

Une enquête sur les ménages réalisée en 1993 en Tanzanie prouve de manière frappante qu'une part disproportionnée des subventions de l'Etat à la santé va aux ménages relativement riches. Le Tableau 6 indique clairement, comme on pouvait s'y attendre, que les riches sont les plus gros utilisateurs des services de consultations et d'hospitalisation des hôpitaux, dispensaires et centres de santé privés et payants, avec un nombre de visites qui représente près de la moitié du total. Les riches sont aussi plus nombreux que les pauvres à se faire soigner dans les établissements payants dirigés par des missions, entrant pour 35 % des malades hospitalisés et 25 à 29 % des malades non hospitalisés dans les hôpitaux, centres de santé et dispensaires de ces missions. Mais, ce qui est plus surprenant, c'est la prédominance des riches parmi les malades hospitalisés ou non hospitalisés dans les hôpitaux d'Etat où ils représentent de 35 à 37 % de l'ensemble des patients. Ces hôpitaux fournissent une part substantielle de l'ensemble des soins avec hospitalisation dans le pays. Si les subventions publiques de santé allaient à ceux qui en ont besoin, un plus grand nombre de Tanzaniens des quintiles inférieurs pourraient se faire soigner gratuitement dans les établissements publics⁹.

Les ménages relativement aisés ont aussi tendance à bénéficier davantage que les autres des services coûteux et subventionnés dispensés dans les hôpitaux de niveau tertiaire. Ceci provient du fait que les ménages relativement aisés se rencontrent surtout en milieu urbain, près des hôpitaux centraux et des hôpitaux universitaires. Ici encore, la Tanzanie nous en fournit la preuve. Quarante-sept pour cent des hospitalisations en Tanzanie concernent des personnes qui vivent en milieu urbain et 62 % d'entre elles appartiennent aux deux quintiles supérieurs de revenus.

Une structuration des tarifs de nature à imposer des taux de recouvrement plus élevés dans les établissements tertiaires permettrait aux ministères de la santé de recouvrer le coût de la santé auprès de ceux qui sont le plus capables de payer et qui sont le plus disposés à le faire.

Tableau 6. Incidence de fréquentation des établissements de santé payants et subventionnés par l'Etat par des clients relativement aisés en Tanzanie

(pourcentage)

<i>Partie A (quintile de dépenses)</i>	<i>Hôpitaux privés</i>		<i>Cliniques et dispensaires privés</i>	
	<i>Patients hospitalisés</i>	<i>Patients non hospitalisés</i>	<i>Patients hospitalisés</i>	<i>Patients non hospitalisés</i>
Les plus pauvres	} 53,1	5,9	} 34,1	6,9
2e quintile		6,7		8,9
3e quintile		14,2		12,8
4e quintile		17,9		23,1
Les plus riches	46,9	55,2	35,8	48,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Partie B (quintile de dépenses)</i>	<i>Hôpitaux bénévoles (missions)</i>		<i>Cliniques et dispensaires bénévoles</i>	
	<i>Patients hospitalisés</i>	<i>Patients non hospitalisés</i>	<i>Patients hospitalisés</i>	<i>Patients non hospitalisés</i>
Les plus pauvres	16,2	15,4	9,7	8,6
2e quintile	12,8	11,5	10,5	19,1
3e quintile	28,1	18,5	19,1	17,9
4e quintile	21,0	30,0	20,2	25,1
Les plus riches	35,2	24,6	27,6	29,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Partie C (quintile de dépenses)</i>	<i>Hôpitaux du gouvernement</i>		<i>Centres de santé et dispensaires du gouvernement</i>	
	<i>Patients hospitalisés</i>	<i>Patients non hospitalisés</i>	<i>Patients hospitalisés</i>	<i>Patients non hospitalisés</i>
Les plus pauvres	16,2	8,7	16,6	17,7
2e quintile	12,8	14,9	45,5	19,3
3e quintile	14,8	15,8	10,5	19,0
4e quintile	21,0	23,6	11,7	22,2
Les plus riches	35,2	37,1	15,7	21,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Données préliminaires de la Banque mondiale, 1993a.

Cette argumentation se trouve à la base des stratégies de partage des coûts dans plusieurs pays qui instituent une tarification des services dans les hôpitaux centraux avant de le faire dans les établissements de district ou les centres communautaires. En outre, la demande de soins curatifs n'a presque aucune élasticité, si bien qu'une augmentation des

tarifs n'entraînera pas une chute proportionnelle de la demande, mais se traduira par un accroissement des recettes.

La tarification des services est également génératrice d'équité lorsqu'une partie de son produit est retenue en son point de collecte, principalement dans les établissements locaux. Ceux-ci pâtissent généralement de manière disproportionnée des déficits budgétaires, ce qui se traduit par une pénurie de médicaments, par des interruptions de paiement des salaires, ainsi que par des retards d'entretien et d'achat de matériel. Parce que les établissements de district et les centres de soins communautaires sont les plus proches des ménages pauvres des zones rurales ou éloignées, tout effort visant à élever le revenu local aura vraisemblablement pour effet d'améliorer la qualité des soins. Cette façon de penser trouve confirmation dans des enquêtes réalisées au Cameroun, en République centrafricaine et au Swaziland sur la rétention, par les établissements de soins, du produit des tarifs perçus par eux (McInnis, 1993). Les établissements qui conservaient le produit des tarifs perçus par eux obtenaient en général des résultats bien meilleurs que ceux qui envoyaient tout le produit de leurs recettes au Trésor. Un plus grand nombre de personnes utilisaient les services des établissements qui pouvaient conserver une partie des fonds encaissés et les pauvres en bénéficiaient proportionnellement plus que les riches.

Plusieurs gouvernements appliquent maintenant une politique de recouvrement des coûts qui permet aux établissements locaux de conserver les sommes perçues. Au Kenya, par exemple, cet argent est maintenant considéré comme un complément des crédits accordés par le Ministère de la santé. Les établissements gardent 75 % du montant des paiements encaissés et les autres 25 % sont affectés aux services de santé primaires du district. Ce supplément devrait aider à améliorer et à étendre les services préventifs et primaires dispensés au niveau du district, par des activités comme l'hygiène du milieu, le planning familial et les campagnes de vaccination. Le niveau global des financements de l'Etat ne sera pas réduit et le partage des coûts devrait générer des fonds additionnels pour services curatifs et préventifs. En outre, la gestion des fonds perçus au niveau du district et de l'établissement est en train d'être renforcée¹⁰.

Un élément spécifique qui permettra de rendre les services de santé plus équitables est le fait qu'en faisant payer plus cher les soins dispensés au niveau tertiaire qu'au niveau des établissements communautaires, les ministères de la santé peuvent récupérer une partie des énormes crédits budgétaires qu'ils engagent pour les hôpitaux et dégager de quoi financer des biens et services de santé publique et les soins de santé primaires¹¹. Augmenter les dépenses en biens et services de santé publique, tels que vaccinations, lutte contre le paludisme, eau potable et enseignement de l'hygiène — est facteur d'équité, parce que même les plus pauvres ne se verront pas exclus du bénéfice de ces services.

Renforcer la décentralisation et la viabilité

Les approches décrites plus haut contribuent à décentraliser les services de santé publics et à les rendre plus viables de trois manières importantes¹². Tout d'abord, en rationalisant le système d'aiguillage des malades au moyen des signaux émis par les prix, la tarification des services aidera à diriger les malades vers les établissements proches de leur résidence — hôpitaux de premier aiguillage, centres de santé et postes de santé — et à réduire ainsi la charge des hôpitaux régionaux et des hôpitaux centraux des villes. Ensuite, par la récupération de fonds actuellement engloutis dans des établissements de niveau tertiaire, la perception d'un tarif rend possible une politique de réorientation des fonds en faveur des soins de santé primaires dispensés au niveau du district et des communautés. Enfin, en autorisant les services dispensateurs de soins à conserver le bénéfice de la tarification, l'Etat peut se décharger en partie du contrôle des questions budgétaires et des dépenses sur les districts. Ce dernier point est particulièrement pertinent pour l'Afrique, parce qu'une décentralisation véritable signifie que les districts et les collectivités devraient avoir le contrôle de l'argent et des apports au système de santé, accomplir les tâches de suivi et d'évaluation, et pouvoir répondre aux besoins locaux.

Ce sont là d'importants avantages pour la réussite des systèmes de soins axés sur les districts, qui sont fortement recommandés pour le Botswana, le Ghana, le Lesotho, la Tanzanie, le Zaïre et le Zimbabwe, qui sont à l'étude au Bénin, en Guinée, au Mali et au Nigéria, et qui ont été proposés à titre expérimental au Burundi et au Sénégal (Banque mondiale, 1994). Dans de nombreux cas, le secteur de la santé fait oeuvre de pionnier dans la délégation de l'autorité gouvernementale aux districts et aux localités. Un défi majeur, à cet égard, sera de donner les pouvoirs nécessaires à des « comités de gestion de district » formés des directeurs des administrations locales de la santé, de l'éducation et des travaux publics, de façon à renforcer leur pouvoir de contrôle sur les questions budgétaires. Dans les districts eux-mêmes, on encourage des équipes de gestion de la santé à collaborer avec les comités de gestion pour promouvoir la participation locale aux stratégies de partage des coûts et une utilisation plus efficace des recettes dans les centres de santé (Banque mondiale, 1994).

Mobiliser des ressources locales, spécialement dans les centres de santé communautaires, peut aussi contribuer à renforcer la fiabilité de l'approvisionnement en médicaments, en particulier dans les pays qui en manquent. Une forme populaire de financement communautaire consiste à créer une sorte de fonds de roulement pour médicaments. Il s'agit essentiellement de constituer un stock initial de médicaments donnés par la collectivité, l'Etat ou un organisme bailleur de fonds; ces médicaments sont vendus aux membres de la communauté; leur tarification permet alors à l'organisme distributeur d'en recouvrer le coût

intégral; enfin, le produit de ces ventes est affecté à d'autres besoins de la communauté, tels que le remplacement des stocks et la couverture des dépenses de fonctionnement et de distribution.

En Afrique, des fonds de roulement pour médicaments sont en place au Bénin, au Cameroun, au Libéria, au Mali, au Niger, au Nigéria, en République centrafricaine, au Sénégal, en Sierra Leone, au Soudan, en Tanzanie, au Tchad et au Zaïre. Dans 17 pays, près de la moitié des fonds ont pu couvrir le coût des médicaments avec le produit des ventes et des tarifs d'utilisation. On a observé que de 49 à 83 % de ces fonds fonctionnent de manière viable — si on en juge par les marges positives dégagées par les ventes de médicaments. Les statistiques d'utilisation font état d'une augmentation de la fréquentation des établissements de santé dans sept pays suite à l'introduction du recouvrement des coûts, contre une diminution dans quatre pays qui n'ont pas essayé de les recouvrer (Banque mondiale, 1992b).

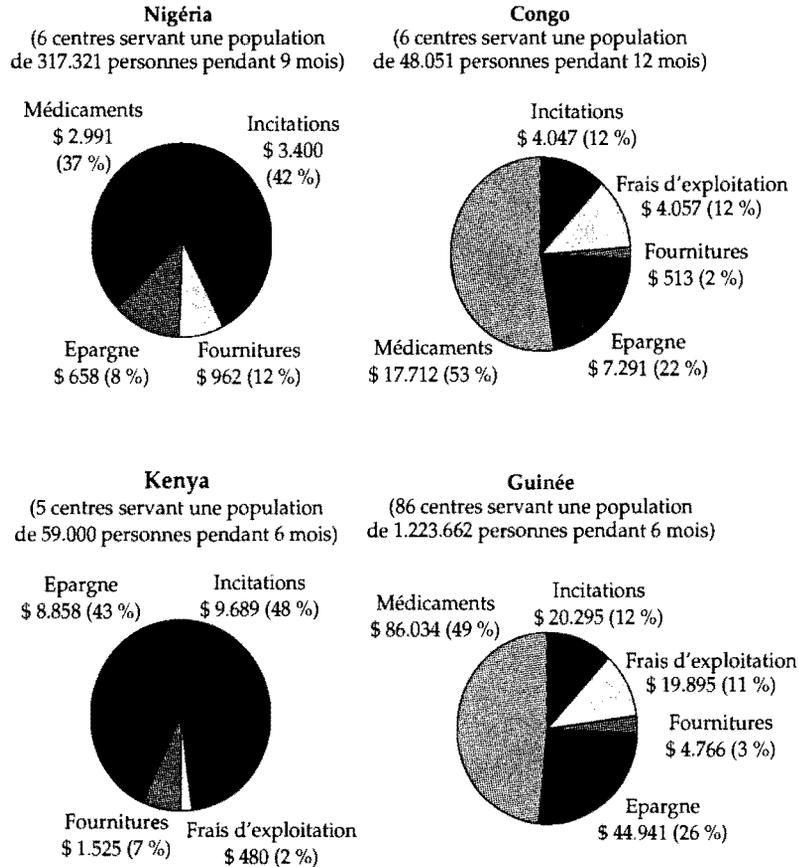
Comme on l'a vu plus haut, la mobilisation des ressources pour promouvoir la décentralisation du pouvoir de décision en matière de santé et pour améliorer la viabilité des systèmes de prestations de soins de santé a été largement pratiquée et documentée dans les pays qui participent à l'Initiative de Bamako. Cette initiative concentre les financements communautaires sur les composantes à basse technologie du système de santé, c'est-à-dire sur des domaines où les gens comprennent les choix de santé et peuvent y avoir part et où les résultats sont clairement visibles (Pangu et Van Lerberghe, 1990; Criel et Van Balen, 1993). Certaines communautés acceptent aussi de participer au partage des coûts dans le but de promouvoir une plus grande transparence et un contrôle renforcé de la collectivité sur l'utilisation des recettes (McPake et al., 1993).

Compte tenu du fait qu'en offrant de meilleurs services on peut attirer davantage de gens, les comités de gestion communautaires de plusieurs pays — Congo, Guinée, Kenya et Nigéria, par exemple — sont même allés jusqu'à proposer des incitations au personnel de la santé et à s'attaquer à la question du volume de travail supplémentaire qui résulte d'une participation communautaire accrue aux prestations de services de santé. Ce fait ressort des profils de dépenses des activités courantes des centres de santé communautaires dans ces pays (Figure 3).

Un stimulant pour le développement du secteur privé

Lorsque les gens peuvent se faire soigner gratuitement ou pour des prix uniformément bas, ceci constitue une barrière de plus pour le développement du secteur privé. Le Tableau 7 donne des exemples de disparités entre les tarifs pratiqués par les services publics et les services privés. Les prix plus bas pratiqués par les établissements publics ne

Figure 3. Utilisation des fonds de centres de santé communautaires dans quatre pays africains



Note : L'information fournie pour chaque pays porte sur une période de 6 à 12 mois (comme indiqué) vers 1990.

Source : UNICEF (1992).

sont pas imputables seulement à la nécessité de subventionner les soins dispensés aux pauvres. Comme le montre l'exemple de l'Etat d'Ogun, les gens relativement riches se font soigner tout comme les pauvres dans les établissements publics.

Il n'est donc pas surprenant que la gratuité des services dispensés dans les établissements de santé d'Etat fasse obstacle au bon fonctionnement de l'ensemble du secteur de la santé. Il est pratiquement impossible de trouver en milieu rural des pourvoyeurs de soins privés à but lucratif, que l'on trouvera par contre concentrés dans les zones ur-

Tableau 7. Tarifs moyens appliqués pour divers services dispensés dans des établissements publics et privés au Nigéria

(en naira)

Service	Petit hôpital		Clinique ordinaire	
	Public	Privé	Publique	Privée
Bras cassé	12,50	20,00	11,25	54,50
Paludisme	7,08	23,00	2,57	15,00
Pansements	1,75	3,88	3,10	5,70
Pension complète	2,50	20,00	1,17	5,00
Appendicite	23,33	187,50	32,50	0,00
Accouchement	7,50	26,25	8,33	23,37
Radio des poumons	20,00	18,75	0,00	16,25
Hémogramme	3,50	5,25	1,00	10,00
Paracétamol	1,00	9,00	0,58	0,07
Vaccination	0,00	2,50	0,00	4,00

Source : Banque mondiale (1991).

baines plus riches (qui reçoivent aussi le plus gros des subventions publiques), de sorte que la démarcation entre pratique médicale publique et pratique médicale privée s'y estompe. Bien que leurs services soient payants, les pourvoyeurs bénévoles du secteur privé, comme les missions religieuses, continuent à attirer les gens en milieu rural parce que la qualité des services dispensés dans beaucoup d'établissements ruraux d'Etat est déplorable.

Sans tradition de recouvrement des coûts dans les établissements publics, les familles ne seront sans doute pas disposées à payer pour une assurance maladie privée ou publique. Lorsque la tarification des services devient pratique courante dans le secteur public, les ménages sont plus portés à s'intéresser à des moyens alternatifs de payer pour les soins qu'ils reçoivent, et on a là l'origine des programmes d'assurance maladie publics ou privés qui font payer périodiquement un montant fixé d'avance. Les fonds peuvent alors être mis en commun de façon que les pourvoyeurs de soins puissent être remboursés pour leurs services, en particulier pour les soins onéreux dispensés à l'hôpital. Ainsi, la tarification des services dans les établissements publics peut aider à stimuler le développement de l'assurance et d'un secteur privé robuste et indépendant du système public.

Capacité et consentement à payer

Si la tarification des services doit avoir les effets positifs décrits jusqu'ici, il faut que les gens acceptent et soient en mesure de payer pour les services. Sinon, ce qui aura été gagné grâce au partage des

coûts sera perdu par la baisse des taux d'utilisation de ces services parmi les gens qui les utilisent probablement déjà trop peu. Dans la mesure où il s'agit d'une catégorie de personnes qui compte un nombre disproportionné de pauvres, le caractère égalitaire des prestations de santé en souffrira aussi.

Il est néanmoins abondamment prouvé que l'Afrique compte, parmi les riches comme parmi les pauvres, des gens qui peuvent payer, qui sont disposés à payer et qui paient effectivement pour des soins médicaux. D'après les résultats d'enquêtes sur les dépenses des ménages présentées au Tableau 8, les gens paient de leur poche des sommes considérables pour les soins de santé, qu'il s'agisse de paiements directs à des médecins privés, à des pharmaciens ou à des guérisseurs.

En Côte d'Ivoire, où le PNB par habitant était d'environ 900 dollars en 1985, la moyenne des dépenses de santé des ménages était de 19 dollars par personne, pour une contribution de l'Etat de 8,20 dollars environ. Au Ghana, où le PNB par habitant était bien plus bas, puisqu'il n'était que de 240 dollars en 1987-88, les dépenses de santé par personne étaient également relativement élevées, de l'ordre de 7,30 dollars en 1986, pour une contribution de l'Etat de 4,20 dollars environ. Au Nigéria, qui avait un PNB par habitant de 400 dollars en 1985-86, la moyenne des dépenses de santé des ménages était de 15 dollars environ par personne, pour une dépense de l'Etat qui n'était que de 1 à 2 dollars. Ces différences substantielles entre les dépenses des Etats et celles des ménages viennent encore conforter l'idée selon laquelle les

Tableau 8. Dépenses de santé des ménages par personne dans quelques pays d'Afrique

(dollars)

Quintile du ménage	Côte	Ghana	Guinée-	Nigéria	Sénégal
	d'Ivoire 1985	1987/88	Bissau 1991	1985/86	1991/92
Inférieur	3,99	2,55	2,44	2,58	4,90
2e	6,59	4,25	3,88	5,88	10,27
3e	14,33	6,19	4,38	10,07	13,44
4e	17,04	8,54	4,63	14,08	25,34
5e	46,38	14,83	8,34	35,16	61,82
Moyenne	18,88	7,27	4,74	15,05	23,14
Revenu par personne	911,31	239,00	196,00	400,00	393,00
Dépense moyenne en pourcentage du revenu par personne	2,1	3,0	2,4	3,8	5,9

Note : Les dépenses des ménages concernent les services de santé et les médicaments aussi bien traditionnels que modernes.

Source : Banque mondiale (1994).

ménages peuvent être disposés à supporter une part des coûts à souscrire à des plans de soins de santé de base.

D'autres faits d'observation confirment l'hypothèse selon laquelle les gens sont prêts à payer.

- La tarification des services de santé publics est déjà chose faite dans certaines régions à faible revenu d'Afrique. Ceux qui utilisent les établissements de santé de plus de 200 districts qui participent à l'Initiative de Bamako paient au moins un tarif minimum pour des services de base, quel que soit le niveau de leur revenu. D'après une évaluation faite dans cinq pays participants, de 10 à 30 % seulement des ménages ont du mal à payer le tarif minimum (Forsberg 1993).
- Les gens acceptent de payer et ont de quoi payer les guérisseurs. Il ressort d'enquêtes sur les ménages réalisées en Ethiopie qu'au milieu des années 80, les dépenses en médecine traditionnelle se chiffraient à 20 % du total des dépenses de santé des ménages, contre 33 % pour la médecine privée et 47 % pour les médecines « modernes » (Dunlop et Donaldson, 1987). Au Mali, le ménage moyen dépensait l'équivalent de 13 % de l'ensemble de ses dépenses de santé en médecines traditionnelles (Brunet-Jailly, 1989). Dans les zones rurales du Kenya, le prix moyen d'une visite au guérisseur était de 46 shillings du Kenya (KSh), soit bien plus que le tarif moyen de KSh 14,2 applicable au traitement reçu dans un établissement de santé du secteur privé (Mwabu et al., à paraître). En Tanzanie, les populations rurales payaient en moyenne 2.009 shillings tarzaniens (T Sh) au guérisseur, contre T Sh 2.860 pour une admission dans un établissement dirigé par une ONG. Dans les zones urbaines, les tarifs étaient, respectivement, de T Sh 5.110 et 4.147 (Abel-Smith et Rawal, 1992). Les paiements en nature, en animaux d'élevage, par exemple, sont pratique courante également parmi les patients des guérisseurs traditionnels africains.
- En République centrafricaine, une enquête faite au niveau national a montré que de 64 à 81 % des personnes interrogées acceptaient de payer pour le coût estimatif de sept améliorations de la qualité des services de santé publics. Les habitants des zones rurales acceptaient en moyenne de payer beaucoup plus que ceux des zones urbaines, probablement parce que l'écart entre les services, tels qu'ils sont, et ce que veulent ou ce dont ont besoin les habitants est plus grand en milieu rural. En outre, les sommes médianes que les personnes interrogées se disaient disposées à payer pour améliorer la qualité dépassaient généralement le coût estimatif des améliorations. En fait, les différences étaient telles que les auteurs concluaient que les recettes tirées d'un programme de

tarification des services pouvaient servir à subventionner ceux qui étaient le moins en mesure de payer. A en juger d'après ce que l'on sait sur les schémas de consommation, de 25 à 30 % environ de la population pourraient avoir besoin d'une certaine forme de subvention (Weaver et al., 1993) ¹³.

- En Tanzanie, des sondages d'opinion réalisés avant l'introduction de la tarification des services ont révélé que 87 % des personnes interrogées étaient d'accord pour dire que les gens acceptent de payer s'ils sont sûrs de recevoir un service de qualité. Quelque 76 % étaient aussi d'accord pour dire que, si le service dispensé est bon, les gens donneront le peu qu'ils ont pour se faire soigner (Mujinja et Mabala, 1992). Dans une enquête sur les ménages réalisée en Zambie, environ 4 % seulement des familles disaient ne pas se faire soigner parce qu'elles ne pouvaient pas payer. En Sierra Leone, la plupart des familles pouvaient payer les tarifs imposés, mais les plus pauvres avaient plus de mal à réunir l'argent nécessaire pendant la saison des pluies (Forsberg, 1993).
- Même lorsque les services dispensés dans les établissements publics sont ostensiblement gratuits, il n'est pas rare que les gens paient des « dessous-de-table ». Cette pratique a été relevée au Ghana, en Ouganda et en Tanzanie (Abel-Smith et Rawal, 1992; McPake et al., 1992). Dans ce type de cas, l'institution de tarifs ne fait qu'officialiser, par souci de transparence et de responsabilisation, une pratique qui existe déjà.

En résumé, les ménages paient d'habitude de leur poche des sommes substantielles pour se faire soigner. Lorsque la capacité de paiement est manifestement liée au niveau du revenu et à l'aisance économique, la disposition à payer peut dépendre tout autant, sinon plus, de ce que l'on pense obtenir pour son argent ¹⁴. Dès lors, les perspectives de partage des coûts pour obtenir des services de santé de qualité apparaissent positives. De plus, imposer à tout le monde de payer au moins quelque chose, quel que soit le revenu, a de surcroît l'avantage de rendre les pourvoyeurs plus comptables de la qualité des services qu'ils dispensent ¹⁵. Les exemptions et les subventions pour les pauvres sont traitées au Chapitre 2.

L'arbitrage entre prix et qualité

Les préoccupations que suscite la mise en place d'un système de tarification des services médicaux en Afrique s'articulent autour de cette idée que, tout le reste demeurant constant, l'augmentation des prix entraînera une diminution de la demande de services de santé et, de ce fait, l'utilisation des techniques modernes. Si la quantité de services de

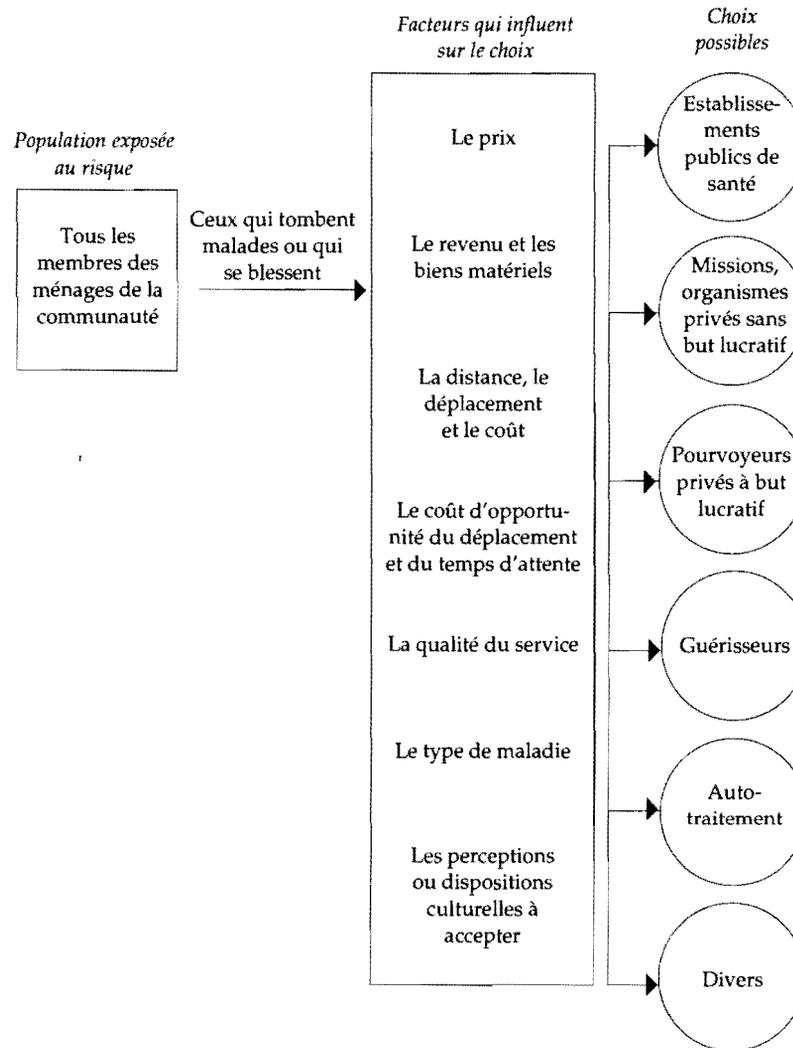
santé demandée diminue plus rapidement que les prix n'augmentent (par rapport aux anciens prix), alors le montant global des recettes en souffrira. Et si des prix élevés ont pour effet de dissuader les gens d'utiliser les technologies modernes quand ils en ont réellement besoin, alors les particuliers et la société seront privés d'un important investissement en capital humain.

Une autre question préoccupante, et qui est liée à la précédente, est que les changements de prix constituant une charge plus lourde pour les ménages à bas revenu, les pauvres seront probablement conduits à réduire leur utilisation des équipements de santé modernes davantage que les catégories aisées. Les femmes et les jeunes enfants élevés dans des familles dont le chef est une femme sont, pense-t-on, particulièrement exposés à ce risque. Aussi, des politiques de prix qui auraient pour résultat de conduire les familles pauvres, et en particulier les femmes et les enfants, à cesser d'utiliser les équipements de santé modernes suscitent-elles de très vifs débats.

Les arbitrages qui rendent la tarification attrayante revêtent, de ce fait, une importance considérable aux yeux des gouvernants. Par exemple, il est possible que le prix des services soit moins important pour les clients que le coût du déplacement. Dans certaines régions, le coût peut être si élevé que les gens accepteraient de payer pour pouvoir utiliser des services plus proches de chez eux. Une étude faite avec des groupes cibles dans l'Etat d'Imo, au Nigéria, a fait ressortir le coût et le temps considérables que signifie le déplacement, en plus du trajet, comme l'attente — tout d'abord pour s'inscrire, puis pour voir un médecin, ensuite pour passer prendre les résultats des examens de laboratoire ou prendre des médicaments à la pharmacie (Attah, 1986). Un autre arbitrage possible noté ci-dessus concerne l'amélioration de la qualité des services afin que les gens paient plus volontiers. En termes strictement économiques, il n'est pas surprenant que la demande de services de mauvaise qualité tombe brutalement lorsqu'on relève les tarifs. Et si le service était gratuit auparavant, l'effet en sera d'autant plus marqué¹⁶.

Le problème qui se pose aux économistes de la santé est de faire plus de lumière sur ces questions et d'étayer les conclusions par des estimations empiriques plus rigoureuses. La Figure 4 décrit les facteurs que les analystes politiques essaient d'habitude de « modéliser » pour déterminer les arbitrages possibles entre prix et qualité. Au Ghana, par exemple, une enquête sur les ménages a révélé que, sur un échantillon de 15.000 personnes, le tiers environ avait été malade ou blessé au cours des quatre semaines précédentes. Quarante pour cent étaient allés se faire soigner dans des hôpitaux d'Etat et des centres de santé, dans des cliniques privées à but lucratif et dans des hôpitaux et centres de santé privés bénévoles. Les 60 % restants s'étaient soignés eux-

Figure 4. Le processus du choix du type de soins curatifs ou préventifs



mêmes, à coup de produits pharmaceutiques, en allant voir des guérisseurs ou encore en utilisant leur propre savoir. Quels facteurs interviennent dans les choix et quels sont ceux qui se prêtent le mieux à une intervention des gouvernants?

Heureusement, plusieurs études ont paru au cours de ces dernières années qui jettent davantage de lumière sur les variables causales en jeu ainsi que sur les méthodologies de recherche nécessaires pour les

Tableau 9. Evaluation de la relation entre utilisation et augmentation des prix

Type	Pays	Facteurs évalués	Type d'évaluation	Etude
I	Ghana	Changements de prix	Avant ou après l'analyse des changements d'utilisation sur la base des statistiques des services de santé	Matji et al. (à paraître)
	Lesotho			Waddington et Enyimayew (1989)
	Swaziland			Yoder (1989)
II	Côte d'Ivoire	Distance par rapport à l'établissement, caractéristiques personnelles	Analyse statistique à variables multiples avec variables de référence et « simulations de politiques »	Gertler et van der Gaag (1990)
III	Zaïre	Prix, distance par rapport à l'établissement, caractéristiques personnelles	Analyse statistique à variables multiples avec variables de référence et « simulations de politiques »	Bitran (1992)
IV	Ghana	Prix, distance par rapport à l'établissement, caractéristiques personnelles, caractéristiques de l'établissement	Analyse statistique à variables multiples avec variables de référence et « simulations de politiques »	Lavy et Germain (à paraître)
	Kenya			Mwabu et al. (à paraître)
	Nigéria			Banque mondiale (1991)
V	Cameroun	Prix, distance par rapport à l'établissement, caractéristiques personnelles, caractéristiques de l'établissement, améliorations directes de la qualité	Pré-test et post-test de communautés soumises à des améliorations de qualité par rapport à un groupe témoin, analyse statistique à variables multiples	Litvack et Bodart (1993)

identifier. Elles ont été classées en cinq types dans le Tableau 9. On analyse ci-dessous les avantages et les désavantages des différentes approches méthodologiques utilisées et les observations les plus importantes qui s'y rapportent.

TYPE I. Les études de cette catégorie utilisent les données chronologiques sur les taux d'utilisation des établissements sanitaires avant et après la tarification des services. Un des avantages de cette approche est que les statistiques d'utilisation sont généralement abondantes, ce qui permet aux gouvernements d'évaluer rapidement les politiques de fixation des tarifs. L'inconvénient majeur des études de ce type est qu'elles fournissent très peu d'informations sur les caractéristiques socio-économiques des utilisateurs, sur la qualité des services ou sur la manière dont évolue l'utilisation des services dans l'ensemble de la population. Malheureusement, sans tenir compte d'autres variables d'importance capitale, l'effet des prix en soi risque d'être très exagéré.

Au Ghana, entre 1983 et 1985, un relèvement prononcé des tarifs s'est traduit par une chute brutale d'utilisation dans tous les établissements de santé publics. Puis les taux d'utilisation sont revenus graduellement, en l'espace de deux ans, à leur niveau d'avant 1985 en zone urbaine, mais non en zone rurale, où ils sont restés à leur bas niveau antérieur pendant trois ans (Waddington et Enyimayew, 1989). Au Zaïre, une augmentation rapide du prix des soins de santé a entraîné une chute tout aussi brutale de la demande de soins curatifs, de soins prénatals et d'examen périodiques des enfants de moins de cinq ans. Le taux global d'utilisation est tombé de 37 à 31 % dans une population déterminée, et le taux de couverture des visites prénatales de 95 à 84 % (De Bethune et al., 1989). Une chute semblable des taux d'utilisation a également été observée au Mozambique (Banque mondiale, 1994). Dans chacun de ces cas, cependant, peu d'améliorations avaient été apportées à la qualité des services offerts, et l'essentiel des recettes a été versé au Trésor.

En 1988, le Gouvernement du Lesotho a relevé les tarifs des consultations externes dans tous les établissements publics dans l'intention explicite de mettre fin à une demande excessive de soins hospitaliers et d'inciter les patients à se faire soigner davantage par des pourvoyeurs privés. Une analyse de données chronologiques concernant deux districts fait apparaître une chute des taux d'utilisation de ces établissements après le relèvement des tarifs et un bond correspondant de ces taux dans les autres établissements (Matji et al., à paraître). Cependant, les auteurs de l'étude ont soin de ne pas mettre la chute d'utilisation entièrement sur le compte de l'augmentation des tarifs. Ils notent que plusieurs autres facteurs, dont il n'a pas été tenu compte, auraient pu avoir le même effet qualitatif séparément ou conjointement. Parmi ces

autres facteurs, il y avait la diminution du revenu des ménages en période de sécheresse, une augmentation de 50 % des tarifs des autobus, des catastrophes naturelles qui gênaient les déplacements à l'époque de l'augmentation des tarifs, et une dégradation de la qualité des soins dans les établissements d'Etat.

D'autres études à base de statistiques d'utilisation montrent que, sans une analyse de l'évolution des schémas d'utilisation, la tendance est, et demeurera, de surestimer les chutes d'utilisation ou de recettes. Au Swaziland, par exemple, une augmentation des tarifs de 300 à 400 % dans les établissements administrés par l'Etat s'est traduite par une diminution de 32 % des taux d'utilisation. A y regarder de plus près, cependant, les données indiquent une diminution globale substantiellement moindre, parce que de 30 à 40 % de ceux qui avaient utilisé des cliniques et hôpitaux publics se faisaient maintenant soigner dans des établissements privés (Yoder, 1989).

TYPES II ET III. Les études réalisées dans ces catégories utilisent des analyses statistiques à variables multiples de données transversales sur les ménages pour séparer les effets des prix et de la distance sur l'utilisation et aussi pour tenir compte de certaines caractéristiques personnelles des utilisateurs. Les études quantifient les effets des prix en termes d'élasticité pour pouvoir les comparer avec d'autres études ayant un plan de recherche semblable. Elles tiennent également compte de plusieurs influences autres que les prix, donnant ainsi une estimation plus rigoureuse de l'effet des prix. Par exemple, avec des variables de référence appropriées, il devient possible de quantifier l'élasticité-prix de la demande pour des gens appartenant au même sexe, ou ayant le même âge, le même revenu ou qui habitent dans le même milieu (rural ou urbain) ¹⁷.

L'inconvénient de ces études est que les résultats sont parfois utilisés par les auteurs et par les analystes de politiques pour lancer des affirmations qui ne sont pas appuyées par les données. Ce problème provient souvent du fait que les variables de substitution sont utilisées de façon incorrecte pour vérifier des hypothèses clés. Un autre problème vient du fait que les conclusions des pouvoirs politiques ont tendance à être basées sur des simulations informatisées des réactions probables des gens — telles qu'on peut les déduire des résultats du modèle statistique à variables multiples — plutôt que sur leur réaction effective en réponse à un changement de politique.

Une étude de la demande de soins médicaux faite en Côte d'Ivoire vient illustrer ces faits (Gertler et van der Gaag, 1990). Sur la base d'une analyse à variables multiples de la demande de soins hospitaliers et cliniques des ménages réalisée en 1985, les auteurs ont conclu que les pauvres sont deux à trois fois plus touchés par le prix des soins médicaux que les autres. On en a déduit que l'application de tarifs,

même modestes, pouvait avoir un effet régressif. Cependant, il est important de ne pas perdre de vue la façon dont les chercheurs sont arrivés à leur conclusion. A l'époque de l'étude, en Côte d'Ivoire, on ne faisait pas payer pour se faire soigner dans les hôpitaux et les cliniques d'Etat. Gertler et van der Gaag ont été obligés d'introduire une variable de substitution pour calculer le coût des soins en multipliant la durée du déplacement aller-retour par un taux de salaire. Ce que l'étude montre en réalité, par conséquent, c'est que la distance et la durée du déplacement constituent un obstacle à l'utilisation des services de santé et que la construction de centres de soins plus près du domicile des pauvres contribuerait à lever cet obstacle. L'étude n'identifie pas réellement l'impact qu'aurait probablement la tarification des services de santé publics. L'étude n'était pas non plus en mesure de prendre en compte la qualité des soins dispensés dans des établissements de santé situés à proximité.

Une étude faite par Bitran (1992) au Zaïre fournit une estimation plus rigoureuse des effets réels des tarifs sur l'utilisation des services et tient compte de la durée du trajet, du temps d'attente et du revenu des gens. Cette étude faisait suite à une enquête de financement qui avait montré que, dans dix zones, les établissements parapublics de santé étaient en mesure de recouvrer 80 % de leurs coûts. Ce taux élevé de recouvrement des coûts de services de santé est remarquable pour un pays comme le Zaïre qui, en 1987, figurait parmi les pays les plus pauvres du monde.

Dans cette étude, l'application de tarifs modestes avait un effet négatif statistiquement significatif sur les taux d'utilisation, conformément à l'hypothèse. L'effet était plus prononcé pour les centres de santé relativement chers et se faisait moins sentir pour les pharmacies qui vendaient des produits relativement peu coûteux. Comme on s'y attendait, la distance avait aussi un effet négatif statistiquement significatif sur la capacité des utilisateurs à choisir leur établissement de santé, mais la distance semblait jouer un rôle considérablement moindre que le prix effectif payé pour le service.

Les études réalisées en Côte d'Ivoire et au Zaïre présentent des différences frappantes. Bitran entreprend d'évaluer les effets des prix sur les taux d'utilisation spécifiques à différentes catégories de revenu. Il montre que les conclusions négatives qui ont été tirées concernant les effets délétères de la tarification des soins de santé sur les pauvres ne sont pas fondées. Il montre ensuite que la durée du trajet n'entre guère en ligne de compte parce que la faiblesse des salaires payés en Afrique signifie que les gens acceptent souvent de perdre le salaire d'une journée de travail et parce qu'ils préfèrent nettement des soins de qualité. Il relève, enfin, que les quinquagénaires et les sexagénaires utilisent les établissements de santé davantage que les jeunes. Il suppose que cela tient peut-être au fait qu'avec l'âge les gens ont tendance à se faire soi-

gner davantage parce qu'ils savent leur corps affaibli dans sa capacité de lutte contre la maladie et parce qu'ils sont plus enclins que lorsqu'ils étaient plus jeunes à sacrifier travail et argent pour se soigner. Cependant, d'après Gertler et van der Gaag, ce seraient les jeunes qui chercheraient davantage à se faire soigner. Ils supposent que les familles préfèrent peut-être investir des ressources forcément limitées dans la santé des jeunes, qui sont appelés à devenir, avec le temps, économiquement plus productifs.

Est-ce que des résultats aussi disparates signifient que les peuples et les cultures de Côte d'Ivoire et du Zaïre sont entièrement différents¹⁸? Probablement non. La raison pour laquelle les résultats sont si différents tient probablement davantage à la qualité des services de santé dans chacun de ces pays. Bien qu'aucune de ces études ne tienne compte des variations de la qualité des services, on sait qu'au Zaïre les districts offrent, depuis des années, des plans de santé d'un bon rapport coût-efficacité conçus de manière à répondre à des besoins spécifiques.

Une faible sensibilité aux changements de prix des soins médicaux a été également observée en Ethiopie (de $-0,05$ à $-0,50$) et au Soudan ($-0,37$) (Jimenez, 1989) et des résultats semblables ont été relevés au Mali (Birdsall et Orival, 1983) et au Rwanda (Shepard et al., 1987). Ce sont là des faits d'observation dont il a été fait état pour justifier une politique de tarification des soins de santé primaires.

TYPE IV. Les études relatives à ce type vont plus loin que celles des types II et III en ce qu'elles incluent les caractéristiques de l'établissement comme déterminant d'utilisation. Cette méthode permet d'évaluer plus aisément la qualité des services offerts. De précédentes études sur la demande de soins de santé utilisaient la possibilité de trouver un médecin comme mesure indirecte de la qualité, bien que l'on n'ait pas constaté d'influence de cette variable sur l'utilisation des services (Heller, 1982; Akin et al., 1985). D'ailleurs, dans l'une de ces études, lorsqu'il a été demandé aux familles, médecins, guérisseurs et pharmaciens d'indiquer ce dont on avait le plus besoin pour améliorer les services de santé, seuls les médecins ont inclus « davantage de médecins » parmi leurs choix (Abu-Zeid et Dann, 1985).

Le fait d'être informé sur une plus large gamme de variables qui ont des incidences sur la qualité permet aux chercheurs de pénétrer au cœur de l'arbitrage entre prix et qualité. Ces variables comprennent le nombre et les catégories de personnel disponible, la variété et la régularité de l'approvisionnement en médicaments et l'état physique des établissements de santé.

Un des inconvénients de ces diverses études est le coût élevé de la collecte et du traitement des données d'enquête. De plus, ces études transversales ne conduisent pas nécessairement à des conclusions fermes parce qu'en fin de compte elles simulent les réactions des utilisa-

teurs à des changements intervenus dans des mesures indirectes de la qualité. Ces changements simulés aboutissent rarement au genre d'observations spécifiques que les analystes des politiques veulent évaluer. En outre, aucune étude de ce type ne mesure ou ne simule la réaction des gens à un ensemble minimum de services d'un bon rapport coût-efficacité offerts dans un centre de santé qui fonctionne bien.

Dans leur étude sur le Kenya rural, Mwabu et al. (à paraître) portent une attention particulière à l'approvisionnement des établissements de santé en médicaments. Ils constatent que tarification des services et distance par rapport aux établissements de santé ont un effet négatif sur l'utilisation de ces établissements, comme les auteurs l'avaient supposé dans leurs hypothèses. Cependant, ni l'une ni l'autre de ces variables n'est statistiquement significative¹⁹. Les auteurs relèvent aussi que les gens qui ont un revenu relativement élevé utilisent davantage tous les établissements, en particulier ceux des missions et du secteur privé. Ce fait donne à entendre que le revenu peut compenser les effets de l'augmentation du tarif des services sur leur utilisation.

Dans l'étude sur le Kenya, la possibilité de se procurer des médicaments a, elle aussi, une corrélation positive avec les taux d'utilisation, l'aspirine étant la plus significative. Cependant, une constatation contraire à l'intuition — le manque de médicaments antipaludiques a une corrélation positive avec les taux d'utilisation — conduit les auteurs à nous avertir qu'il y aurait là un « problème d'endogénéité ». On veut dire par là que le manque de médicaments antipaludiques ne serait peut-être pas dû à un problème d'approvisionnement, mais pourrait être la conséquence d'une demande excessive. Ce résultat a une signification méthodologique parce qu'aucune étude n'a, jusqu'ici, pris en compte l'endogénéité. Au contraire, elles ont interprété la pénurie de médicaments et ses incidences sur la demande uniquement comme un problème d'approvisionnement. Une autre constatation d'importance est que le sexe ne détermine pas systématiquement le genre de traitement que les gens choisissent. Cette constatation vaut pour la plupart des analyses à variables multiples examinées ici, d'où il ressort que la question mérite un examen plus approfondi et un traitement plus systématique.

Pour illustrer l'impact que les tarifs ont, en tant que tels, sur les taux d'utilisation, les auteurs ont estimé le nombre de personnes qui cesseraient probablement de fréquenter les établissements d'Etat si ceux-ci faisaient payer pour les soins reçus ou si les tarifs venaient à augmenter. Par exemple, sur 1.000 personnes qui avaient besoin de se faire soigner avant les changements de tarifs, 536 se seraient adressées à des établissements d'Etat, 40 auraient opté pour les services de santé des missions, 135 se seraient fait soigner par la médecine privée et 290 n'auraient pas recherché un traitement moderne. Après l'augmentation des tarifs, 97 personnes environ renonceraient probablement à se faire soigner par les services de santé de l'Etat. Huit d'entre elles

iraient se faire soigner dans des établissements dirigés par des missionnaires, 28 s'adresseraient à des cliniques privées et 61 se soigneraient elles-mêmes. Dans ce cas, on pouvait donc s'attendre à voir 61 personnes (et non plus 97) abandonner le système de santé en cas de tarification des services.

Les auteurs concluent que la tarification des soins dispensés par les cliniques publiques remplit deux fonctions importantes dans un système de santé qui comprend des pourvoyeurs publics aussi bien que privés. La première est de détourner la demande de soins médicaux des établissements d'Etat vers les autres. La seconde est de réduire l'utilisation injustifiée des services médicaux par ceux qui ont pu « profiter » dans le passé des services dispensés gratuitement ou à bas prix par des établissements d'Etat. C'est cet « effet de réduction de la demande » et non « l'effet de détournement de la demande » qui est la source d'une grande partie des préoccupations suscitées par l'institution d'un tarif dans les pays à bas revenu. Cependant, comme les simulations mentionnées ci-dessus le montrent, on surestime l'effet négatif des tarifs sur la demande si l'on ne tient pas compte des effets de détournement. De même, on exagère les conséquences positives de la tarification en termes de recettes si l'on ne tient pas compte des effets de réduction — par exemple, la possibilité que des personnes gravement malades abandonnent le système moderne de santé.

L'étude de Lavy et Germain sur le Ghana (à paraître) reprend plusieurs des thèmes examinés plus haut, mais avec l'avantage supplémentaire d'une enquête socio-économique nationalement représentative de la population et une enquête plus détaillée sur les caractéristiques des établissements de soins. L'étude vise à faire davantage la lumière sur la baisse spectaculaire de l'utilisation des services de santé au Ghana entre 1973 et 1987, époque qui a vu le nombre de patients tomber de plus de moitié — de bien plus de 10 millions à 5 millions. Ce travail prend appui sur plusieurs études précédentes qui ont montré que les dépenses gouvernementales de santé étaient réduites, ce qui se traduisait par une grave détérioration de la qualité des services offerts.

D'après les simulations des auteurs, les changements qui ont le plus d'influence sur l'utilisation des établissements publics sont, toutes choses demeurant égales par ailleurs, les améliorations apportées à l'approvisionnement en médicaments et à la gamme de services offerts. Ces améliorations n'ont pas seulement pour effet de faire augmenter la fréquentation des établissements publics, mais, en conjonction avec des améliorations semblables dans les établissements privés, elles réduisent d'environ 15 % le nombre de personnes qui choisissent de se soigner elles-mêmes. Les mesures visant à réduire la distance par rapport aux établissements publics sont, elles aussi, importantes et pourraient comprendre, par exemple, la construction

d'équipements supplémentaires ou l'amélioration des transports publics. L'augmentation des tarifs dans les établissements publics seulement, ou dans les établissements publics et les établissements privés, aura sans doute relativement peu d'effet sur le nombre de personnes qui choisiraient de se soigner elles-mêmes.

La plus importante des conclusions de l'étude de Lavy et Germain est que l'effet direct de la tarification sur l'utilisation est moins sensible au Ghana que la distance et le coût du déplacement. De plus, l'effet positif marqué qu'une amélioration de la qualité a sur l'utilisation des services par rapport au faible effet négatif de la tarification donne à entendre qu'il est tout à fait possible par un relèvement des tarifs de financer une amélioration de la qualité des soins de santé dispensés par le secteur public, sans pour autant en compromettre l'utilisation.

Enfin, une étude de la demande de soins de santé dans l'Etat d'Ogun, au Nigéria, confirme plusieurs des observations notées plus haut (Banque mondiale, 1991). Une analyse à variables multiples a été faite pour évaluer le type de soins de santé (public, privé ou autothérapie) choisi par environ 1.800 adultes dans des zones rurales et urbaines. Les résultats corroborent fortement l'opinion selon laquelle le prix influe sur le choix des services de santé, mais son impact est relativement faible; la qualité a une influence significative sur le choix des services; les augmentations de prix peuvent être compensées par des améliorations de la qualité. Les habitants de l'Etat d'Ogun préfèrent les établissements de santé qui dépensent plus en soins par personne, qui ont un stock suffisant de médicaments et qui sont dans un état physique relativement bon. Les auteurs concluent que, si les établissements publics présentaient la même sécurité d'approvisionnement en médicaments que le secteur privé et amélioraient leur état physique, les dépenses par patient demeurant constantes dans les secteurs public et privé, les tarifs des soins dispensés dans les services de consultation externe pourraient être portés au niveau de ceux du secteur privé.

TYPE V. Les études de ce type ont une valeur particulière du fait qu'elles reflètent le réel et qu'elles appliquent l'impératif scientifique d'avoir à travailler sur un groupe témoin. Ainsi, quand on change de politique, on peut comparer les changements qui en résultent dans le comportement du groupe expérimental avec celui d'un groupe témoin qui n'a pas été touché par ce changement. Fait non moins important, cette méthode se rapproche le plus de ce que serait un test réel de « paquet » de services de santé intégrés, dont les décideurs pensent qu'ils sont importants pour prévenir et guérir les maladies. Comparé à une analyse à variables multiples des caractéristiques, très largement définies, d'un établissement, une évaluation des réactions des utilisateurs à un ensemble de services de haute qualité renseigne davan-

pêche manifestement toute politique d'exemption de jouer un rôle significatif dans la promotion de l'équité.

Des anomalies existent aussi dans d'autres pays. En 1986, au Ghana, la plupart des exemptions statutaires de paiement étaient accordées aux employés du Ministère de la santé et à leurs familles. Le revenu qui aurait été encaissé sans ces exemptions aurait été d'environ 21 % du total pour cette année-là (Waddington et Enyimayew, 1990). En République centrafricaine, pour les fonctionnaires, 80 % du coût des soins de santé sont supposés être couverts par leur ministère, et 20 % par eux. Cependant, ni le ministère ni les patients ne paient régulièrement leur part des dépenses de santé et les parents des fonctionnaires s'arrangent pour recevoir des soins gratuits ou fortement subventionnés malgré des règlements qui les obligent à payer (République centrafricaine, 1992).

Le tableau relatif aux politiques d'exemption reste donc incomplet. Malheureusement, il n'existe vraisemblablement aucune formule satisfaisante pour déterminer qui doit vraiment bénéficier d'une exemption de paiement. Ce sont les pays et les communautés qui sont le mieux placés pour concevoir leurs propres systèmes. Les exemples suivants suggèrent quelques solutions prometteuses.

- Dans le cadre de son programme d'institution d'une tarification « par étapes » des services médicaux, le Gouvernement du Malawi prévoit des exemptions pour les personnes à faible revenu, tout d'abord dans les hôpitaux centraux, puis dans les hôpitaux de district, et enfin dans les centres de santé. Les « pauvres d'entre les pauvres » doivent être exemptés de paiement et le gouvernement examine la structure du régime foncier pour déterminer qui y a droit. Les pauvres d'entre les pauvres, définis comme étant les familles qui exploitent moins d'un demi-hectare, comptent environ 500.000 ménages, soit environ 19 % de tous les foyers du Malawi (Ferster et al., 1991). Dans les régions où ces familles prédominent, des barèmes de tarifs abordables ont dû être établis en collaboration avec les communautés.
- En Tanzanie, les hôpitaux et les dispensaires bénévoles font savoir que près de la moitié de leurs patients ont du mal à acquitter la totalité du paiement. La plupart des établissements acceptent d'autres formes de paiement, comme des paiements différés, des paiements en nature avec un produit de récolte, ou un emploi temporaire (non rémunéré). Quatre-vingt-dix pour cent des hôpitaux et 20 % des dispensaires exemptent les invalides; 36 et 30 %, respectivement, les moins de cinq ans; et 23 et 5 %, respectivement, les gens atteints de maladies chroniques (Mujinja et Mabala, 1992).
- Cibler par type de service plutôt que par grande catégorie est jugé possible aussi. Cette approche subventionnerait fortement ou

même totalement les services dont les familles à bas revenu ont besoin de façon disproportionnée, comme les soins prénatals et les soins d'obstétrique, les soins aux enfants malades, le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) et la tuberculose²³. La publication *Pour une meilleure santé en Afrique* a identifié plusieurs éléments d'un ensemble minimum de services dont on pense qu'ils seraient extrêmement bénéfiques pour la collectivité et pourraient donc être dispensés gratuitement ou tout au moins pour un tarif fortement réduit pour les pauvres (Banque mondiale, 1994).

Comme de nombreux services de santé profitent à la fois aux particuliers et à la collectivité, le grand problème est de déterminer quels services doivent être subventionnés par l'Etat ou dispensés gratuitement et quel sera l'organisme chargé d'appliquer et d'administrer la politique d'exemption. Les vaccinations contre la poliomyélite et le tétanos en sont un bon exemple. Il est clair qu'elles profitent aux personnes individuellement, en ce sens qu'elles renforcent leur système immunitaire. Les gens devraient — et ils veulent bien souvent — payer pour ces services. Mais il est non moins vrai que les collectivités ne seront probablement pas protégées contre les souffrances associées aux maladies contagieuses si on ne donne pas à tous la possibilité de se faire vacciner. Aussi, les gouvernements organisent-ils souvent de vastes campagnes de vaccination et ils acceptent de faire vacciner les gens à des tarifs hautement subventionnés, surtout les personnes qui, sans cela, n'en auraient pas les moyens.

Recouvrement et administration des tarifs

Malheureusement, en Afrique, des recettes sont souvent perdues parce que les paiements ne sont pas bien recouverts et administrés. Les travaux de recherche sur ce qui serait la meilleure façon de remédier à cet état de choses ne viennent que de commencer, mais six moyens d'améliorer les systèmes de tarification ont déjà été identifiés.

- *Les gens qui savent d'avance ce qu'ils devront payer pour se faire soigner sont généralement beaucoup plus réceptifs à l'idée. Afficher, et de façon visible, les barèmes de prix applicables aux soins dispensés par les services de consultations externes des cliniques et des hôpitaux aidera à clarifier cette information.*

En Afrique, beaucoup de ceux qui se font soigner dans les établissements de santé seront probablement analphabètes, peu familiers du système des tarifs et des méthodes de facturation, et déconcertés d'avoir à payer pour des services dont ils ne peuvent pas mesurer la valeur. Une façon de résoudre ce problème est de lancer une campagne d'information, avant d'instituer des tarifs ou de les relever, pour expli-

quer pourquoi les changements sont nécessaires et comment le système fonctionnera. En Sierra Leone, par exemple, une étude a montré qu'une telle information pourrait rendre les tarifs plus compréhensibles, réduire les cas de surfacturation et élever le niveau de confiance de la population dans les avantages du partage des coûts (Fabricant et Kamara, 1990).

- *Le personnel des établissements de santé est généralement beaucoup plus motivé quand il s'agit d'administrer et de recouvrer des tarifs s'il pense y trouver des avantages professionnels et personnels.*

Ici encore, lorsque le produit des recettes est retenu par l'établissement, celui-ci peut s'en servir pour améliorer la qualité des soins (et spécialement l'approvisionnement en médicaments), entretenir les équipements, et couvrir les dépenses salariales courantes. Des dispositions qui permettent d'utiliser les revenus de cette manière aident à inciter le personnel de santé à fournir de meilleurs services (Banque mondiale, 1994). Les incitations peuvent aussi prendre la forme de prix décernés à l'établissement de santé qui aura recouvré la plus grande part des dépenses. Au Lesotho, par exemple, le personnel du district qui recouvre la plus grande proportion des dépenses par la perception de tarifs se partage un prix de 20.000 maloti.

- *L'efficacité du recouvrement et de l'administration des tarifs revêt une énorme importance dans les hôpitaux publics, non seulement à cause du coût élevé des soins qui y sont dispensés, mais aussi parce que ces hôpitaux reçoivent d'importantes subventions de l'Etat et qu'il faut réduire celles-ci.*

Les dépenses d'hospitalisation sont généralement élevées, et les hôpitaux perdent des sommes considérables s'ils ne font pas payer le prix des soins au départ des patients. Au Zimbabwe, vers la fin des années 80, les hôpitaux et les centres de santé avaient des taux de recouvrement relativement bas pour un ensemble de raisons : faiblesse des tarifs, mauvaise facturation et laisser-aller dans les procédures de paiement. Sur le plan national, 62 % seulement en moyenne du montant des factures d'hôpital étaient payées, certains hôpitaux ne recouvrant que 13 % de leurs dépenses alors que d'autres en recouvraient jusqu'à 100 % (Hecht et al., 1993).

Heureusement, les hôpitaux ont l'avantage d'avoir des « gardes-barrières » sous la forme d'administrateurs chargés des admissions, des procédures d'admission relativement bonnes, des comptables et des systèmes de comptabilité et un accès au système bancaire — autant d'avantages qui devraient leur permettre assez aisément d'encaisser et d'administrer les tarifs. Sur la base d'une enquête sur les systèmes utilisés par les hôpitaux d'Afrique de l'Ouest, pour obtenir le règlement des frais, Vogel (1988) recommande plusieurs pratiques : guichets d'admission bien définis pour l'hôpital; système de délivrance de reçus,

avec doubles comme preuve du paiement; système rigoureusement appliqué pour déterminer ceux qui sont exemptés de paiement; sensibilisation de l'ensemble du personnel à l'importance de l'encaissement des tarifs; contrôles ponctuels périodiques pour vérifier que le personnel applique les recommandations ci-dessus; audits périodiques des transactions financières et des flux de trésorerie.

- *La contribution des politiques de tarification à but de recouvrement des coûts perdra de son efficacité à moins d'ajuster les tarifs sur l'inflation et d'investir les fonds encaissés de manière appropriée.*

Un des moyens les plus importants de maintenir le potentiel de recettes que représente la tarification des services est d'ajuster régulièrement les tarifs sur l'inflation (Barnum et Kutzin, 1993). Cependant, dans certains pays — comme le Botswana, le Lesotho et le Zimbabwe — il fallait un acte du Parlement pour modifier les tarifs et c'est ainsi que ceux-ci sont restés inchangés pendant des années. Comme les auteurs le soulignent, maintenir le niveau réel des tarifs n'a pas d'effet négatif sur l'équité, de sorte qu'il y a de bonnes raisons de recommander d'inclure des ajustements périodiques dans tout système de tarification des services. Une telle politique a plus de chances de réussir si les modifications de tarifs procèdent d'une décision administrative plutôt que de considérations politiques (USAID, 1993).

En Guinée-Bissau, faute d'ajuster les tarifs sur l'inflation, les recettes sont venues à ne plus représenter qu'une part presque insignifiante du total des dépenses courantes (Eklund et Stavem, à paraître). Au cours des années 80, le prix d'une consultation dans un hôpital national ou régional était en moyenne de 100 pesos; dans un hôpital de district de 50 pesos et, dans un centre de santé, de 30 à 50 pesos. Ces tarifs, fixés en 1978, n'ont jamais été ajustés malgré un taux d'inflation voisin de 100 % par an en 1986–88. A titre indicatif, un kilo de riz coûtait 1.000 pesos en 1989 et un poulet entre 4.000 et 6.000 pesos.

Des pays aussi divers que le Ghana, le Zaïre et la Zambie ont, eux aussi, négligé d'ajuster les tarifs des services de santé en fonction de l'inflation. Dans leur étude sur le Zaïre, Shepard et al. (à paraître) préviennent que des taux d'inflation de près de 100 % par an risquent d'éroder sérieusement les recettes générales par des programmes d'assurance organisés au niveau des districts si cet argent n'est pas sagement investi. Ils recommandent de ne pas conserver les recettes sous forme d'espèces, mais plutôt de les investir dans des institutions locales sûres ou dans la constitution de stocks de médicaments essentiels, du fait que les médicaments sont généralement importés et que leur valeur nominale peut augmenter si la monnaie se déprécie.

- *La manière dont les tarifs sont structurés peut influencer sur la perception qu'ont les utilisateurs de ce qu'ils reçoivent en contrepartie de leur argent, sur la fréquence de leurs visites et, par voie de conséquence, sur le volume des fonds encaissés par les établissements de soins.*

L'application d'un tarif préétabli ou standard pour tous les services dispensés au cours d'une visite est pratique courante dans les centres de santé de nombreux pays africains comme la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, la Gambie, le Ghana, la Guinée-Bissau, le Mali, l'Ouganda, la République centrafricaine, le Rwanda, le Sénégal, le Swaziland et le Zimbabwe (Nolan et Turbat, 1993). Les tarifs préétablis ont l'avantage d'être simples (Encadré 3). Cependant, si la qualité du traitement ou du service n'est pas élevée, cette pratique risque d'être impopulaire. En Ouganda, par exemple, les gens ont mal accueilli l'institution d'un tarif uniforme dans des établissements qui manquaient de personnel et dans lesquels il y avait souvent pénurie de médicaments (McPake et al., 1992).

Une manière d'éviter ce problème est de pratiquer une méthode de paiement à l'acte, qui sépare le prix des médicaments et des traitements spéciaux du prix préétabli pour la consultation. Au Kenya, la réaction négative suscitée par l'institution d'un tarif préétabli pour chaque consultation a abouti à sa suppression en septembre 1990. Par la suite, le prix de la consultation à titre externe a été remplacé par une tarification des services effectivement dispensés. Percevoir les tarifs de cette manière est plus compliqué du point de vue administratif, mais, en fin de compte, cela donne de meilleurs résultats. Combinée avec d'autres améliorations (mais sans nouvelle augmentation des tarifs), cette approche a contribué à tripler le montant des recettes mensuelles dans les hôpitaux provinciaux du Kenya entre les mois d'avril et de juin 1991 et, par la suite, à doubler les recettes des hôpitaux de district entre le mois d'octobre 1991 et le quatrième trimestre de 1992 (Collins et Hussein, 1993).

La perception d'un tarif pour un épisode de maladie est une autre pratique courante dans des pays comme le Bénin, le Congo, la Guinée, le Lesotho, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria et le Zaïre (Nolan et Turbat, 1993). Un des avantages de cette formule est, semble-t-il, d'inciter les patients à achever leur traitement (voir Encadré 3). Un second avantage est que le tarif correspond à un « paquet » de services qui sont nécessaires pour que le traitement soit efficace, et ce tarif couvre les dépenses de personnel, d'équipement, de médicaments et les frais généraux, et pas seulement, par exemple, les médicaments que les clients peuvent vouloir payer séparément. On ne peut pas se permettre d'assurer des soins de santé de haute qualité si les recettes ne proviennent, par exemple, que de la vente des médicaments et si l'on néglige de prendre en compte les frais de fonctionnement et les incitations au personnel. Enfin, l'institution d'un tarif pour tout épisode de maladie, au lieu de faire payer pour chaque service, permet aussi de gérer plus

facilement les subventions publiques pour les traitements coûteux (Banque mondiale, 1992).

Cependant, on en sait trop peu sur les mécanismes de fixation des prix, ce qui donne à penser que l'étude des avantages et des désavantages des divers systèmes de fixation des prix représente une priorité pour les travaux futurs de recherche sur la façon dont les soins de santé sont dispensés en Afrique (Creese, 1991). Il n'est pas interdit de penser que les pourvoyeurs de soins payables à l'acte peuvent être tentés de recommander plus de services que cela n'est en fait nécessaire afin de gagner plus d'argent, ce qui se traduirait par un gonflement des tarifs et, éventuellement, par une montée en flèche des coûts dans les établissements qui sont incapables de se faire payer les sommes dues. Cependant, le pourvoyeur de soins de santé qui fait payer pour un épisode de maladie risque de fournir moins de services qu'il ne serait justifié parce que le coût (sans même parler du travail) est entièrement à sa charge.

- *Autoriser différents modes de paiement peut renforcer, chez l'utilisateur, la volonté et la capacité de paiement, et améliorer les perspectives de recouvrement des dettes.*

Les ménages à bas revenu d'Afrique peuvent avoir plus de mal à payer pour recevoir des soins de santé à certaines époques de l'année. C'est le cas, en particulier, des ménages d'agriculteurs, qui ont plus de chances de disposer de l'argent nécessaire après la récolte que pendant la saison des semailles. Ils ont aussi plus de chances d'être en mesure de payer en nature comme avec un sac de grain ou une volaille, ce qui a été pendant longtemps le moyen habituel de payer les guérisseurs.

Certes, les paiements en nature sont moins commodes et prennent plus de temps que les paiements en espèces. Cependant, autoriser une forme quelconque de paiement alternatif pour les familles à bas revenu permet à celles-ci de venir se faire soigner davantage dans des établissements modernes (McPake et al., 1993). En Tanzanie, par exemple, les hôpitaux et cliniques sous administration privée autorisent ceux qui n'ont que peu ou pas de revenus à payer pour les services reçus par le produit de leur récolte ou par un travail temporaire (Mujinja et Mabila, 1992). En Guinée-Bissau, des plans d'assurance prépayés à base communautaire donnent la possibilité aux villages de faire des paiements en nature avec des produits agricoles. En 1988, quatre villages ont fourni en contribution la valeur d'une récolte produite en travaillant ensemble sur une parcelle commune (Eklund et Stavem, à paraître).

Encadré 3. Options de paiement en République centrafricaine

Selon le Ministère de la santé publique et des affaires sociales de la République centrafricaine, en 1991, les établissements de santé privés et publics proposaient diverses options de paiement — paiement à l'acte (62 %), tarif forfaitaire pour chaque épisode de maladie (22 %), tarif à acquitter pour chaque visite (13 %) et paiement anticipé pour une année de services (3 %).

Paiement à l'acte

Cette option exige des patients de payer pour un service au moment où ils reçoivent ce service. Le prix des divers services — consultations, examens diagnostiques en consultation externe et hospitalisation — s'additionnent, et le patient doit payer le montant total afin d'être soigné. Cette option a l'avantage de promouvoir une meilleure allocation des ressources dans les établissements de santé, mais elle a aussi de graves inconvénients. Il y a, tout d'abord, que les patients peuvent ne pas être en mesure de payer les tarifs imposés et risquent donc de ne pas être bien soignés, voire de ne pas être soignés du tout. Ce problème est particulièrement grave dans les hôpitaux privés qui ont rarement des méthodes efficaces pour recouvrer les factures impayées. Ces établissements résolvent ce problème en soignant le patient pendant quelques jours seulement, puis en lui demandant de payer la note. Ensuite, cette option exige plus de travail de gestion et de comptabilité; elle exige en particulier d'avoir un personnel spécialement formé au recouvrement des coûts. Cependant, malgré ses défauts, cette option semble avoir la préférence des établissements de santé, mais il faudrait demander aux utilisateurs eux-mêmes ce qu'ils pensent de cette pratique.

Tarif forfaitaire pour chaque épisode de maladie

Cette option exige que le patient paie, dès la première visite, le prix total de toutes les consultations et de tous les soins pour un épisode de maladie. Toutes les visites suivantes sont gratuites. Il existe essentiellement deux méthodes pour déterminer les prix dans cette option. L'une consiste à calculer le coût moyen de tous les épisodes de maladie et à faire payer ce prix forfaitaire en une fois à chaque patient. Le problème, avec cette méthode, est que les patients pour lesquels les coûts du traitement sont inférieurs au prix fixé pourraient ne pas accepter de payer le prix déterminé et ne recevraient alors aucun traitement. De plus, cette option

ne couvrira pas tous les coûts du traitement, en particulier pour les patients qui sont très malades, si bien que les tarifs finiront par devoir être relevés. Dans ce cas, certains patients cesseront de se faire soigner, donnant progressivement naissance à un processus de sélectivité inverse.

Les tarifs peuvent aussi être liés au coût attendu du traitement de chaque épisode de maladie. Dans ce cas, les prix seront proportionnels à la gravité de la maladie. Cette méthode a pour avantage, non seulement de couvrir une plus grande partie des coûts du traitement, mais aussi d'inciter le patient à aller jusqu'au bout du traitement recommandé.

Tarif forfaitaire par visite

Cette option consiste à faire payer pour chaque visite. Le montant peut ou non inclure le coût des médicaments. Le prix de chaque visite est déterminé en divisant le coût moyen d'un épisode de maladie par le nombre vraisemblable de visites.

Ce système a, lui aussi, des avantages et des inconvénients. En faisant payer pour chaque visite, on réduit ainsi le risque de visites excessives, ce qui permet à l'établissement de répartir ses ressources de façon plus efficace. Cependant, cela exige un système comptable bien administré et de solides techniques de gestion. On risque, en faisant payer pour chaque visite, d'obliger certaines personnes qui ont besoin de se faire soigner à mettre fin à leurs visites, faute de pouvoir en payer le tarif.

Prépaiement pour une année de service

Bien qu'elle ne soit pas très commune, cette option de paiement existe dans certains établissements de santé privés (comme au Centre médical de Boguila) et est surtout réservée à certaines catégories de patients. Dans le cadre de cette option, les élèves de l'École secondaire évangélique de Yaloké et les étudiants de la Faculté théologique de Bata sont acceptés comme patients sur la base d'un paiement forfaitaire fait au début de chaque année. Ce paiement leur permet d'accéder à tous les services gratuitement pendant l'année. Bien qu'elle soit très prisée, cette option ne permet pas d'allouer les ressources de manière efficace et n'a pas encore été testée à une grande échelle. Même la direction du Centre médical de Boguila reconnaît que le programme de prépaiement est l'une des raisons principales du déficit chronique de l'établissement.

Source : République centrafricaine (1992).

Conclusions et recommandations

Le débat, aujourd'hui, concerne moins la question de savoir s'il y a lieu de rendre les soins médicaux payants que celle de savoir comment faire en sorte que le produit de leur tarification contribue davantage à rendre les services de santé plus efficaces, plus équitables et plus viables. Au coeur de la question, il y a la nécessité de trouver des voies acceptables pour capter des ressources que les familles africaines peuvent et acceptent généralement de payer, tout en faisant en sorte que ces familles sentent que cet argent est bien dépensé. Il est aussi important que les améliorations de qualité associées au recouvrement des coûts contribuent aussi à renforcer le moral du personnel des services de santé, faisant ainsi de lui des agents plus efficaces du système des prestations de services de santé.

Evaluer le montant que l'on peut procurer par la tarification n'est qu'un des nombreux aspects importants de la question plus générale du partage des coûts et de ses objectifs. Par le signal des prix, les tarifs peuvent aider à rationaliser le système d'aiguillage des malades. Des structures tarifaires appropriées, qui font payer plus pour les soins hospitaliers et qui sont complétées par une assurance maladie, peuvent contribuer à réduire les dépenses gouvernementales en soins onéreux administrés au niveau tertiaire et à subventionner les soins primaires et de prévention. Autoriser les établissements à retenir une partie des montants perçus par eux et veiller à ce que les utilisateurs puissent voir des améliorations grâce à la tarification, cela peut contribuer à la viabilité des services de santé en général et à l'approvisionnement en médicaments essentiels dans les établissements de niveau inférieur en particulier. Le relèvement systématique de tarifs très bas peut, à la longue, favoriser la création d'un environnement plus compétitif, augmentant ainsi les chances de survie des pourvoyeurs du secteur privé. A mesure que les tarifs seront devenus pratique courante, les gens seront plus réceptifs à l'idée de l'assurance maladie et au rôle crucial qu'elle est presque certainement appelée à jouer dans le financement de soins hospitaliers coûteux.

La politique de tarification en est encore à ses débuts en Afrique, et il faudra du temps avant que se matérialise sa contribution potentielle au partage des coûts. Il est important de souligner qu'il faudra prendre plusieurs mesures simultanément si l'on veut que la politique de tarification réponde au maximum aux désirs et aux besoins des familles qui cherchent à se faire soigner, ainsi qu'aux objectifs des systèmes nationaux de services de santé.

Formuler une politique explicite de tarification

Les gouvernements devront être très explicites quant aux objectifs de mobilisation et de réallocation de recettes qu'ils pensent atteindre par

la tarification des services médicaux. Ce processus peut être facilité en évaluant ce que coûterait l'offre d'un ensemble minimum de services essentiels — y compris l'aiguillage des malades et la supervision — et en déterminant ce que seraient les niveaux appropriés de tarifs pour ces services. Il faut que les gouvernements sachent bien ce qu'il est possible d'attendre de la contribution de la tarification des services à la couverture de l'ensemble des besoins financiers du système de santé, comment les fonds publics dégagés par le recouvrement des coûts pourront être affectés aux services de santé primaires et publics, et quelles autres mesures sont nécessaires pour garantir que des subventions gouvernementales seront disponibles pour couvrir les déficits budgétaires dans la prestation de ces services.

Revoir la question du ciblage des subventions

Il faut également que les gouvernements fassent connaître clairement leur politique en matière d'exemption de paiement des tarifs et qu'ils mettent en place les mécanismes le plus susceptibles de mieux atteindre les buts fixés. Une approche par intervention, par exemple, pourra exempter de paiement des services de santé dont bénéficie le public en général, comme des vaccinations peu coûteuses ou gratuites ou encore le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST). Une approche plus strictement ciblée pourrait être centrée sur des catégories à bas revenus qui, sans cela, seraient exclues du bénéfice de l'ensemble minimum de services de santé offert. Lorsque les exemptions sont accordées sur place, il faut que le personnel et les patients soient bien informés sur la politique d'exemption suivie et il faut qu'il y ait consensus au sein de la communauté sur ceux qui peuvent être considérés comme « pauvres ».

Souligner l'importance d'une bonne gestion des équipements

Des établissements de santé bien gérés sont un élément de base de la réussite des politiques de tarification des services médicaux. Si celles-ci ne s'accompagnent pas d'améliorations dans l'entretien des établissements et la fourniture des services, les taux d'utilisation ont toutes chances de diminuer. Les gouvernements peuvent aider à améliorer la gestion des soins de santé en favorisant la création de commissions de gestion sous contrôle local, en leur accordant l'autonomie pour la planification et les décisions budgétaires, et en les autorisant à s'approvisionner en fournitures à des prix compétitifs. Comme autres actions prioritaires pour la gestion des équipements, il y a à inciter davantage le personnel à encaisser le prix des soins, à appliquer des procédures de suivi pour le recouvrement des factures impayées, et à établir des méthodes pour découvrir les failles du système des exemptions. Si les mécanismes ne sont pas en place pour administrer et encaisser les

tarifs de manière efficace, les recettes n'atteindront jamais leur niveau potentiel.

Autoriser les établissements à retenir une partie des sommes encaissées

En autorisant les établissements à retenir une certaine part des sommes qu'ils perçoivent, on contribue à accroître le pouvoir des directeurs et du personnel des hôpitaux et des centres de santé. Avec cet argent, ils pourront apporter à leurs équipements des améliorations qui seront immédiatement ressenties par les utilisateurs, comme en améliorant l'hygiène ou en augmentant le stock de médicaments essentiels. Les directeurs peuvent aussi utiliser une partie de cet argent pour payer des primes de motivation à leurs employés. Cependant, lorsqu'un établissement décide de pratiquer une politique de rétention du produit de la tarification, il faut que les gouvernements prennent les mesures nécessaires pour combattre les fuites aux points de collecte des tarifs par l'établissement de barèmes tarifaires plus transparents, et la mise en place de systèmes de supervision et de contrôle solides et gérés localement.

Donner aux communautés voix dans les conseils d'administration des établissements de santé de leur région

Impliquer les communautés dans la gestion des établissements de santé est un moyen avéré de promouvoir le sens des responsabilités et la transparence dans la gestion des fonds et d'obtenir le consensus et l'appui nécessaires au partage des coûts. La relation entre paiements directs et qualité des services reçus est d'un intérêt vital pour les populations.

Mettre l'accent sur l'adoption de meilleures pratiques d'approvisionnement, spécialement pour les médicaments

Un important critère de réussite d'une stratégie de partage des coûts est de savoir si un accroissement de recettes conduit à un approvisionnement plus régulier en médicaments essentiels. Avec une gestion améliorée des équipements et un contrôle local des recettes, les hôpitaux et centres de santé doivent pouvoir adopter des procédures de passation des marchés plus sophistiquées et plus souples. Par exemple, les administrateurs des établissements de santé de Kita, au Mali, ont estimé qu'ils pouvaient réduire de moitié leurs dépenses courantes en médicaments si le pays lançait des avis d'appels d'offres internationaux (Vogel, 1988). Des procédures d'approvisionnement et d'allocation pesantes peuvent être avantageusement remplacées par un système de sous-traitance des achats de médicaments essentiels.

Promouvoir le développement des pourvoyeurs du secteur privé

On peut s'attendre à voir l'institution d'un système de tarifs dans le secteur public stimuler le développement du secteur privé dès lors que les patients auraient la possibilité de s'adresser aux pourvoyeurs de soins du secteur privé, bénévoles ou à but lucratif. Le développement du secteur privé sera aussi favorisé par les plans d'assurance maladie et par le fait que les administrateurs des établissements de santé publics seront appelés à s'adresser de plus en plus à des fournisseurs privés (pour les médicaments, par exemple). La stimulation du développement du secteur privé pourrait prendre la forme de subsides pour couvrir les coûts de démarrage, de subventions pour financer un transfert d'équipement vers des zones plus marginales, ou encore de subsides accordés aux patients que ceux-ci pourraient utiliser pour se faire soigner par n'importe quel pourvoyeur de soins plutôt que les verser à un établissement donné. On pourrait aussi subordonner l'octroi de subventions aux pourvoyeurs du secteur privé à la nécessité de respecter les normes de santé publique appropriées, concernant, par exemple, l'utilisation de listes de médicaments essentiels et autres procédures de contrôle de la qualité.

Mettre en place une base d'information pour une analyse ultérieure des politiques

Le personnel de santé devra être formé au financement et à l'économie de la santé parce que l'impact de la tarification devra faire l'objet d'un suivi. Parmi les domaines à évaluer, on citera le niveau des recettes et les taux d'utilisation des équipements, ainsi que l'efficacité, l'équité et la viabilité des systèmes nationaux de santé.

Les spécialistes de l'analyse des politiques devront aussi prêter attention aux lacunes importantes qu'il y a dans la connaissance générale des problèmes de partage des coûts, et, en particulier :

- Voir comment s'y prennent les gouvernements pour réaffecter aux soins de santé primaires et à la prévention des fonds publics pris aux services de niveau tertiaire.
- Identifier, pour déterminer les facultés de paiement des gens, des exemples de méthodes qui ont fait leurs preuves et qui sont politiquement acceptables.
- Évaluer les risques que comporte l'application d'une politique de rétention du produit de la tarification d'aggraver les disparités entre communautés qui diffèrent considérablement par leurs ressources et leur richesse (et examiner aussi les mesures compensatoires que les gouvernements pourraient devoir prendre pour réduire ces disparités).

- Comprendre les différences socio-économiques entre ceux qui vont se faire soigner, lorsqu'ils sont gravement malades ou blessés, par des pourvoyeurs de soins dotés d'équipements modernes et les 40 à 50 % de ceux qui ne le font pas.
- Analyser les implications des maladies liées au sida sur le financement de la santé et le rôle du partage des coûts.

2. L'assurance maladie autofinancée

L'assurance maladie vise à protéger le bien-être de ceux qui tombent gravement malades. En mettant en commun les contributions financières de nombreuses personnes, les plans d'assurance peuvent couvrir les frais d'hospitalisation de ceux qui deviennent victimes de catastrophes, telles que maladies ou blessures quasi fatales. Sans être couverts par une telle assurance, beaucoup ne pourraient pas obtenir les soins nécessaires ou devraient s'endetter pour payer les notes d'hôpital.

Les mécanismes de l'assurance peuvent aussi générer des recettes considérables pour les services de santé. L'assurance maladie est à peu près le seul outil pratique dont disposent les gouvernements pour échapper à la pratique coûteuse des subventions générales pour soins hospitaliers, libérant ainsi des fonds pour financer des programmes de santé publique ainsi que la mise en place de services de soins préventifs et primaires dont bénéficient les pauvres.

Le présent chapitre donne un aperçu des principes et des pratiques de l'assurance maladie autofinancée, à partir de l'expérience encore limitée, mais croissante, des pays africains. L'évolution des mécanismes de partage des coûts et des principes de base de l'assurance y est brièvement décrite. Ensuite, un examen des systèmes appliqués actuellement dans les pays d'Afrique ouvre la voie à l'instauration d'un débat sur la contribution potentielle de l'assurance maladie à l'efficacité et à l'équité des prestations de services de santé et au développement des soins administrés par le secteur privé. On met alors en relief les obstacles que rencontre l'instauration de programmes d'assurance maladie en Afrique, l'accent étant mis sur les facteurs administratifs et marchands à évaluer avant de pouvoir créer un programme d'assurance viable. On examine, en conclusion, les perspectives d'expansion future des systèmes d'assurance en Afrique.

Le partage des coûts : comment la question a évolué

Dans une société traditionnelle de subsistance, les structures sociales les plus larges capables d'absorber les risques de santé sont la famille élargie, le clan et l'organisation tribale. Ces structures fournissent un système d'entraide mutuelle en cas de désastre. Les ménages qui sont le plus exposés aux maladies ou accidents catastrophiques sont généralement les petites familles à forte proportion de jeunes enfants ou de

personnes âgées, ou non rattachées à des organisations villageoises ou tribales.

Dans les économies de subsistance, les dépenses directes de soins médicaux se règlent par simples transactions dans le cadre d'arrangements traditionnels de partage des risques fortement institutionnalisés. Par exemple, les guérisseurs et les accoucheuses traditionnels n'utilisent pas de méthodes à fort coefficient de capital et leurs services ne sont rémunérés que pour la part qu'ils y ont, pour les médicaments qu'ils fournissent ou pour les cérémonies qu'ils exécutent. De plus, la rémunération comporte souvent un partage du risque entre le pourvoyeur et le patient. Les paiements sont d'habitude fixés d'avance et le prix couvre un épisode entier de maladie. Le paiement se fait d'ordinaire en nature; souvent, aucun paiement n'intervient avant la guérison; les dates de paiement suivent le cycle des récoltes; enfin, les tarifs appliqués le sont souvent selon une échelle mobile (Akin et al., 1985). Mais ces arrangements ne partagent le risque qu'entre le patient et le guérisseur. Ils ne répartissent pas le risque sur toute une population, comme le font les systèmes d'assurance maladie dans les pays industriels.

A mesure qu'une économie se modernise, de nouvelles technologies font leur apparition qui permettent de guérir des maladies ou des blessures qui, sans cela, auraient pu entraîner la mort. Les traitements qui font appel à ces nouvelles technologies impliquent d'habitude un séjour prolongé en hôpital, des opérations et des médicaments coûteux et une longue période de convalescence. La nature de ces traitements a conduit à mettre au point de nouveaux moyens pour faire face aux dépenses que cela entraîne. En particulier, la monétisation des transactions et l'expansion des marchés ont amélioré les perspectives de création de mécanismes de partage du risque plus larges en étendant le partage du risque au-delà de la famille immédiate et de la communauté. Les arrangements institutionnels dont s'accompagne la modernisation des économies — gouvernements centralisés, syndicats, grandes entreprises et coopératives agricoles — offrent les moyens d'une dispersion à grande échelle du risque.

Cependant, la création effective d'arrangements de partage du risque peut aisément ne venir qu'après que le besoin s'en fait sentir. Les arrangements de soins de santé de type traditionnel risquent de s'écrouler rapidement à mesure que des technologies de santé révolutionnaires deviennent accessibles dans un laps de temps très court et que de nouveaux arrangements économiques et juridiques — tels que les lois qui régissent la propriété et les contrats — viennent changer soudainement les règles de la vie économique de tous les jours. Pourtant, les institutions nécessaires pour partager les risques, médicaux et autres, sont financièrement complexes et d'un développement difficile à grande échelle. C'est pourquoi les gens peuvent soudain se trouver

exposés au risque d'une maladie ou d'une blessure aux conséquences catastrophiques et dans l'impossibilité d'en supporter les frais.

Bien que les dénominations telles que « traditionnel » et « moderne » ne sont que des approximations, elles sont utiles pour faire une différence entre l'Afrique rurale et l'Afrique urbaine. Une assurance maladie de type formel est moins réalisable en milieu rural, où les arrangements de partage du risque sont généralement de type traditionnel, et peut bien ne pas accroître de manière significative le bien-être des gens. Ainsi, pour financer les soins de santé en milieu rural traditionnel, le mieux serait peut-être de faire payer pour des services relativement peu chers et d'instituer un système d'assurance seulement pour les coûteuses interventions avec hospitalisation auxquelles on peut alors pourvoir par d'autres moyens, comme par le mécanisme dit du « stop-loss »²⁴. En milieu urbain, les méthodes traditionnelles de partage du risque sont moins courantes, de sorte que les possibilités de création d'organismes de partage du risque par le jeu du marché y sont plus grandes.

Les éléments de base de l'assurance

Un simple exemple permet de montrer comment l'assurance fonctionne pour protéger les gens contre les pertes énormes dues à une maladie ou à une blessure catastrophiques. Supposons que, dans une ville de 10.000 habitants, un Africain adulte de 15 à 60 ans a une chance sur 10.000 de contracter, dans une année donnée, une maladie ou une blessure graves dont la note d'hôpital serait de 3.000 dollars. Répartie sur l'ensemble des 10.000 habitants, cette note coûterait à chaque personne 0,30 dollar par an. Beaucoup de gens en Afrique accepteraient de payer plus de 0,30 dollar par an pour une assurance qui les protégerait contre une telle catastrophe, transformant ainsi la faible probabilité de perdre 3.000 dollars en une dépense certaine, mais faible de 0,30 dollar par an.

Si une compagnie d'assurances pouvait réunir 10.000 personnes ayant cette probabilité de perte et se faire verser 0,30 dollar par an par chacune d'entre elles, elle pourrait couvrir une facture d'hôpital de 3.000 dollars. S'il n'y avait pas de frais administratifs, le budget de la compagnie serait équilibré. Mais si chaque personne payait 0,50 dollar par an, la compagnie pourrait faire un bénéfice à condition que ses frais de fonctionnement demeurent inférieurs au paiement additionnel de 0,20 dollar par membre. En jargon d'assurance, ce supplément de 0,20 dollar est appelé « coût de chargement » de l'assurance.

Par contre, économiser en vue d'une éventuelle maladie ou blessure catastrophique ne représente pas un substitut économiquement efficace de l'assurance. Une personne confrontée à la faible probabilité de perdre 3.000 dollars en un an devrait économiser 60 dollars par an pen-

Encadré 4. Réduire au minimum les problèmes qui peuvent nuire au succès des plans d'assurance

En acceptant de couvrir tout le monde, les plans d'assurance maladie s'exposent à certains risques, ceux, notamment, d'antisélection, de risque moral et d'escalade des coûts. Cependant, ces risques peuvent être réduits au minimum par une planification et une gestion prudentes.

Le risque d'antisélection

Lorsqu'un plan d'assurance assure un grand nombre de personnes à risque élevé de maladie ou de blessure graves ainsi que de malades chroniques, le plan connaît un problème d'antisélection. Le moyen le moins coûteux d'y remédier est d'assurer des catégories de personnes sur la base de caractéristiques autres que l'état de santé — comme l'appartenance à un syndicat ou à d'autres associations de travailleurs —, le risque couvert étant ainsi soumis au jeu du hasard. Les gouvernements ont le pouvoir d'imposer ce genre de pratique sur le marché de l'assurance et ils le font souvent pour l'assurance des véhicules ou de la propriété foncière.

A long terme, la façon la plus coûteuse de remédier à ce problème est de ne rien faire. Dans ce cas, les compagnies d'assurances sont obligées d'écarter les personnes à haut risque, de plafonner la couverture du risque ou de faire payer des primes d'un taux prohibitif, laissant à l'Etat le soin d'absorber le coût des soins à de nombreux patients atteints de maladies chroniques et qui sont sans assurance. Les plans d'assurance peuvent aussi classer des groupes entiers par catégories de risque, tout comme elles le font pour les particuliers. Par exemple, les mineurs des mines de charbon peuvent avoir à payer une prime plus élevée que les universitaires parce que leur occupation est plus dangereuse. Les compagnies d'assurances se protègent aussi contre le phénomène antisélection en préparant des plans avec diverses combinaisons de primes, de franchises et de tickets modérateurs en vue d'encourager les individus à haut risque à se faire connaître et à choisir un plan à prime élevée et ticket modérateur faible.

Avec le temps, et si la chose est légale, une compagnie d'assurances peut classer ses clients (ou groupes et « communautés » de clients) selon son expérience, en basant le tarif de ces clients sur le nombre de demandes d'indemnisation antérieures. Les plans qui classent les risques augmentent l'efficacité économique de l'assurance, mais sont souvent considérés comme n'étant pas égaux.

Le risque moral

Il y a risque moral lorsque les adhérents d'un plan d'assurance maladie utilisent les services plus souvent qu'ils ne l'auraient fait s'ils n'avaient

pas été affiliés à un tel plan. Ainsi, une probabilité de 1/10.000 de perte pour tous les membres d'un groupe peut en fait tomber à 1/9.000 en moyenne lorsque les gens ont adhéré au plan d'assurance parce qu'ils n'ont plus à payer le prix intégral des notes médicales. Si les changements de probabilité deviennent suffisamment significatifs, une compagnie d'assurances peut cesser d'être économiquement viable.

Les compagnies d'assurances peuvent réduire le potentiel de risque moral en obligeant leurs clients à payer une partie du coût des soins avant la prise en charge par l'assurance, en déterminant attentivement les conditions d'utilisation des services médicaux, en maintenant les primes d'assurances à un niveau délibérément élevé pour compenser d'éventuels changements de comportement et en limitant leurs prestations. Souvent, un système de tickets modérateurs ou de franchise est utilisé. Par exemple, le plan d'assurance peut exiger que le client paie 25 % de toutes les notes d'hôpital (ticket modérateur) ou un certain montant déterminé à l'avance avant la prise en charge par l'assurance (franchise).

Le risque d'escalade des prix

Les médecins tout comme les consommateurs peuvent provoquer une escalade des prix. Les médecins peuvent le faire en prescrivant un traitement plus élaboré que cela n'est nécessaire, sans guère de résistance de la part des clients, dont la facture est payée par le plan d'assurance. De plus, dans les pays en développement, les compagnies d'assurances se trouvent confrontées à des problèmes uniques qui contribuent à l'escalade des prix. Les compagnies d'assurances ajoutent ce qu'elles appellent une « charge » aux coûts de base des soins médicaux. Cette charge comprend les frais administratifs, les commissions de vente et les profits. A mesure que ces charges augmentent, elles réduisent la valeur de l'assurance pour le client, et le paiement des primes aura moins de chances de demeurer une alternative viable à l'acceptation des risques de catastrophes.

Parmi les causes d'augmentation des coûts d'administration et de vente, il y a l'inaptitude à identifier et à assurer les groupes (par opposition aux individus) de manière à réduire l'effet d'antisélection, le coût élevé de la passation des primes en l'absence d'un flux régulier de recettes ou de tout système bancaire, le coût élevé du crédit (qui d'habitude est rationné), le coût élevé de la vérification des demandes de remboursement au sein d'une population dispersée, et l'absence de marché de réassurance. Toutes ces caractéristiques vont à l'encontre de l'assurance dans les pays en développement, et notamment en milieu rural.

Tableau 11. Profil de la couverture médicale en Afrique

<i>Pays</i>	<i>Assureur</i>	<i>Catégories assurées</i>	<i>Pourcentage de population assurée</i>
Burkina Faso	Caisse d'assurance sociale	Employés du secteur formel	0,9
Burundi	Mutuelle des fonctionnaires	Fonctionnaires et employés des sociétés parapubliques	10-15
Cameroun	Caisse nationale d'assurance sociale	Employés	—
Côte d'Ivoire	Caisse d'assurance sociale, mutuelle, assureurs privés	Employés	—
Ethiopie	Assureurs privés	Pas d'information	0,01
Kenya	Caisse nationale d'assurance maladie	Employés et leurs familles	Jusqu'à 25 %
Lesotho	Inconnu	Employés	—
Mali	Caisse d'assurance sociale, mutuelles	Employés	Environ 3 %
Namibie	Caisses publiques, caisses privées	Employés et leurs familles	Jusqu'à 20 % des travailleurs du secteur formel
Nigéria	Assureurs privés	Pas d'information	0,4
Sénégal	Employeurs du secteur public, assureurs privés	Employés	13
Tanzanie	Assureurs privés	Pas d'information	1
Zaire	Les employeurs contractent une assurance maladie ou dispensent les soins	Employés	—
Zambie	La société nationale des mines prévoit la fourniture de soins	Employés et leurs familles	6
Zimbabwe	Assureurs privés	Pas d'information	5

Note : — = non connu.

Source : Nolan et Turbat (1993) et Banque mondiale.

rée va de moins de 10 % dans la plupart des pays à environ 15 % au Burundi et au Sénégal et 25 % au Kenya²⁶. Il y a des assureurs privés dans la moitié environ des pays étudiés; le reste a des assureurs publics et des systèmes mis en place par l'employeur. Le potentiel d'expansion

de la couverture de l'assurance maladie apparaît particulièrement dans le cas du Kenya, étant donné l'estimation préalable de Vogel selon laquelle 12 % seulement de la population était couverte en 1984.

Enfin, un examen des systèmes de sécurité sociale dans l'ensemble du monde fait apparaître que, parmi 47 pays d'Afrique en 1991, sept (15 %) possédaient des systèmes de sécurité sociale proprement dits qui assuraient eux-mêmes directement des prestations médicales ou qui remboursaient les dépenses médicales; 15 (32 %) obligeaient les employeurs à payer pour certains services médicaux; et 17 (36 %) n'avaient pas de système de type formel (aucune information n'était disponible sur huit des pays). Des précisions sont données, pays par pays, dans la dernière colonne du tableau de l'Appendice. Jointes à l'information recueillie par Vogel ainsi que par Nolan et Turbat, ces données font apparaître des disparités considérables d'estimations de l'état de l'assurance maladie dans les pays d'Afrique.

Le nombre apparemment restreint de systèmes d'assurance de type formel qui répondent à la définition de Vogel ne doit pas faire perdre de vue qu'il existe d'autres activités importantes d'assurance dans la région. Vogel lui-même a observé qu'il existe des petites mutualités locales au Rwanda, que les employeurs fournissent volontairement des soins médicaux directement à leurs employés en Zambie, et qu'au Nigéria et dans quelques autres pays certains employeurs assurent des soins médicaux à leurs employés en passant contrat avec des pourvoyeurs de soins du secteur privé. En fait, cette dernière forme est pratique courante dans les grandes sociétés et les entreprises parapubliques dans tous les pays où l'assurance n'est pas institutionnalisée.

En fait, beaucoup de pays d'Afrique imposent aux employeurs de prévoir des prestations de santé pour leurs employés. Les entreprises privées ou parapubliques du secteur moderne prévoient des allocations de soins médicaux, remboursent leurs employés de leurs dépenses médicales, exploitent des cliniques et des hôpitaux pour leurs employés, ou passent des contrats de prestation de services avec des hôpitaux et cliniques privés et de mission. Au Zaïre, par exemple, les systèmes d'assurance organisés par les employeurs représentaient environ 30 % des recettes dans le district sanitaire de Kasongo, qui draine une population de 30.000 résidents urbains et de 165.000 ruraux. Environ 60 % des recettes de l'hôpital de district provenaient de l'assurance, contre 13 % environ des recettes des centres de santé (Tableau 12).

Le cas de la Tanzanie illustre la manière dont les chiffres effectifs sur l'existence de systèmes d'assurance maladie peuvent varier en fonction des concepts et des évaluations utilisées. Les résultats d'enquête présentés au Tableau 11 donnent à penser que 1 % seulement de la population de la Tanzanie était couverte par une assurance médicale en 1993, alors que, d'après l'étude de Vogel, la Tanzanie n'avait aucun système d'assurance maladie. Mais une enquête réalisée en 1992 sur

Tableau 12. Contribution des systèmes d'assurance maladie organisés par l'employeur aux recettes du district de Kasongo, au Zaïre

(pourcentage)

<i>Etablissement de santé</i>	1986	1987	1989
Premier point de contact (centres de santé, par exemple)	12,2	14,0	12,9
Niveau d'aiguillage (hôpital de district, par exemple)	55,5	67,0	57,9
Total	28,7	34,7	30,2

Source : Criel et Van Balen (1993).

200 employeurs de Dar es-Salaam et trois villes régionales a relevé qu'il existe en Tanzanie trois types distincts de systèmes d'assurance dont un seul répond à la définition de Vogel (Abel-Smith et Rawal, 1992).

Tout d'abord, la Société nationale d'assurance gère les polices d'assurance de 43 employeurs tanzaniens pour un total de 2.000 employés, dont la moitié travaille pour la société elle-même. C'est là un chiffre manifestement faible pour un pays de 25 millions d'habitants, mais cela représente un début. Ensuite, le Service tanzanien de la prévention des accidents du travail assurait environ 250.000 employés en 1992, dans le cadre de contrats passés avec les employeurs en vertu d'un système que l'on peut classer comme une sorte de plan prépayé²⁷. Enfin, tous les employeurs interrogés (200), sauf sept, avaient une forme quelconque de système formel pour leurs employés, à savoir une auto-assurance. La moitié environ avaient passé contrat avec des établissements privés ou des missions ou exploitaient eux-mêmes leurs cliniques ou hôpitaux, 20 % environ remboursaient les dépenses médicales de leurs employés et les 30 % qui restent pratiquaient des variantes de ces deux approches. Environ 90 % de ces systèmes étaient accessibles à tous les employés; 86 % des systèmes d'assurance pratiqués par les sociétés parapubliques et 68 % des assurances privées couvraient au moins quelques personnes à charge.

Si l'on comprend les fonctionnaires, alors 13 % environ de la population tanzanienne (y compris les personnes à charge) étaient associés avec quelqu'un du secteur formel qui avait accès à une couverture médicale par l'intermédiaire de l'employeur en 1992. La Tanzanie, qui vient au deuxième rang des pays pauvres, tente depuis 20 ans de mettre en place un système de protection médicale financé par l'Etat et ouvert à tous, ce qui en fait le pays du monde où l'on a le moins de chances de trouver une forme quelconque d'assurance médicale.

Partage du risque et problèmes d'efficacité

Les systèmes d'assurance organisés par les employeurs— s'ils sont conçus dans le cadre d'une stratégie de financement de la santé — sont riches de promesses, parce qu'ils peuvent ainsi libérer des fonds publics qui serviraient, sinon, à financer des soins curatifs coûteux. Sans doute, ces systèmes se perfectionnent et se développent-ils à mesure que le revenu par habitant augmente. Cela dit, ce type d'assurance, comme ceux qui se pratiquent en Tanzanie, n'est pas économiquement efficace parce que la dispersion du risque est généralement trop faible. Un bon système d'assurance exige une grande dispersion du risque. Mais en Tanzanie, par exemple, 63 % des sociétés comptaient moins de 200 employés. Seulement 8 % des sociétés interrogées étaient satisfaites de la situation actuelle, et 73 % étaient en faveur d'une assurance maladie obligatoire. Ces chiffres n'ont guère de quoi surprendre. Une entreprise qui compte 10 employés n'est, en matière de partage du risque, que dans une situation à peine meilleure qu'une famille, et le règlement des notes de frais médicaux ainsi que la détermination de l'usage qui doit être fait des services de santé comportent des coûts administratifs qui sont élevés. Même une société qui emploie 200 personnes, qui est donc 20 fois plus grande, ne l'est pas assez pour gérer de tels risques.

Les gouvernements peuvent contribuer à introduire davantage d'efficacité dans un tel système en imposant aux employeurs d'assurer leurs employés et par d'autres mécanismes de mise en commun du risque. Comme le font remarquer Abel-Smith et Rawal (1992), il y aurait plusieurs avantages à réunir employés et fonctionnaires dans un système d'assurance imposé à l'employeur en Tanzanie.

- L'assuré peut, avec l'aide de l'employeur, supporter le coût intégral des services qu'il utilise, et pas seulement une petite partie du coût que la perception d'un tarif peut, dans la pratique, permettre de recouvrer.
- Le système peut être conçu de manière à obtenir des services à la fois préventifs et curatifs des mêmes centres de santé.
- En utilisant quelques gros assureurs, les sociétés peuvent réduire leurs coûts administratifs, améliorer leur pouvoir de négociation auprès des pourvoyeurs de soins et s'épargner d'inutiles et coûteuses campagnes promotionnelles.
- Les crédits affectés à l'assurance maladie donneront aux assureurs une source de revenu relativement stable qui ne pourra pas être utilisée par le gouvernement à d'autres fins.
- L'assurance maladie peut promouvoir le développement des établissements de soins du secteur et, par là, améliorer également la qualité des établissements de soins du secteur public. Plus les gens

choisiront de se faire assurer pour se faire soigner dans le privé, moins longues seront les queues dans les établissements publics. De plus, les gens seront moins nombreux à se partager les quantités limitées de médicaments et autres fournitures que les établissements de santé publique n'obtiennent qu'avec difficulté.

Ainsi, même dans un pays aussi pauvre que la Tanzanie — avec sa longue tradition de services de santé financés par l'Etat —, on peut trouver des employeurs passablement résolus à mettre en place un système d'auto-assurance. Il n'est guère douteux que de substantielles améliorations puissent être apportées à ce système en aidant les employeurs et autres candidats à l'assurance à mettre en commun leurs risques.

Mise en commun des risques et problèmes d'équité

Un aspect positif de l'assurance publique comme de l'assurance privée que l'on a tendance à perdre de vue est leur impact sur l'équité. En effet, les prestations ainsi assurées le sont en fonction du besoin plutôt que de la catégorie de revenu. Les paiements vont aux plus malades et, parce que les gens relativement pauvres et peu instruits sont généralement plus souvent malades, ils sont également susceptibles de profiter davantage des remboursements effectués par l'assurance. Le côté dépenses de l'équation a donc généralement un caractère progressif²⁸.

Il reste, cependant, un problème d'inéquité lorsque des gens demeurent en dehors des pools de risque et qu'ils doivent, de ce fait, payer de leur poche ou renoncer purement et simplement à se faire soigner. Dans une large mesure, c'est là un problème de conception qui peut être résolu et qui n'est pas caractéristique de tous les systèmes d'assurance. La manière la plus directe de résoudre ce problème est de s'appliquer constamment à élargir le pool des risques éligibles. C'est ce qu'ont fait, sur une longue période, beaucoup de pays d'Amérique latine, faisant entrer les pauvres dans des pools de risque et augmentant ainsi le nombre de personnes qui ont accès aux soins de santé (McGreevey, 1990).

L'Afrique du Sud a entrepris de relever le même défi. Jusqu'à une époque récente, le système d'assurance maladie de l'Afrique du Sud pourvoyait largement aux besoins de travailleurs essentiellement non manuels bien payés. Environ 70 % des travailleurs non manuels étaient couverts par ce système, contre 33 % des travailleurs d'origine asiatique, 29 % des travailleurs « de couleur » et 7 % seulement des travailleurs noirs (Tableau 13). En outre, le système lui-même était rigide. Par exemple, les femmes mariées ne pouvaient en devenir membres que par l'intermédiaire de leur mari. Le système d'aide médicale financé par l'Etat payait de 70 à 100 % du coût des divers services et 50 % de

Tableau 13. Affiliations au système d'assurance maladie de l'Afrique du Sud, 1993

<i>Groupe de population</i>	<i>Bénéficiaires</i>	<i>Population estimative (milliers)</i>	<i>Pourcentage de population assuré</i>
Noirs	1.523.702	21.871	6,9
De couleur	948.164	3.302	28,7
Asiatiques	329.488	991	33,2
Blancs	3.490.001	5.080	68,7

Source : Sidders (1994).

tous les frais de médicaments. De ce fait, et en raison d'un environnement juridique restrictif, le système devait faire payer des primes élevées que les personnes à faible revenu ne pouvaient se permettre.

En vertu de la nouvelle loi sur les assurances médicales, qui est entrée en vigueur en janvier 1994, un système plus souple va être mis en place qui vise à faire adhérer au plan d'assurance maladie un plus grand nombre de ceux qui en ont été jusqu'ici exclus. C'est ainsi, par exemple, que les femmes mariées pourront adhérer à un système d'assurance de leur propre chef et qu'elles pourront même déclarer leur mari comme personne à charge. Beaucoup d'autres contraintes ont été levées, de sorte que des formules plus souples pourront être mises au point à des taux plus abordables.

Les effets positifs de l'assurance maladie sur l'équité apparaissent davantage quand on les rapporte à ce qui serait la solution de rechange : ôter aux riches la possibilité de payer pour l'assurance maladie et les obliger à entrer dans le même système public de prestation de soins de santé que les pauvres. En pareil cas, la répartition des prestations favorise presque toujours les riches. Pour le Kenya rural de 1991-92, les estimations montrent que la moyenne des subventions d'hôpital était de 76 shillings du Kenya (KSh) par an, que KSh 128 allaient au décile le plus riche et 55 au décile le plus pauvre. On opposera à cela les KSh 10 de subvention moyenne accordés aux centres de santé, dont la répartition donnait KSh 9 au décile le plus pauvre et KSh 5 au plus riche. La subvention hospitalière est si énorme par rapport à celle dont bénéficient les centres de santé qu'elle fait fortement pencher la balance des subventions de santé en faveur des riches. Si l'on inclut les populations urbaines dans ces estimations, la physionomie de la répartition des subventions prend un caractère encore plus régressif (Dayton et Demery, 1994).

Dans un recensement des patients réalisé en Tanzanie, Abel-Smith et Rawal (1992) ont relevé que les Tanzaniens de condition relativement aisée et leurs familles ne représentaient que 13 % de la population en

1991, mais qu'ils entraînent pour 21 % dans le nombre des admissions dans les hôpitaux publics²⁹. Ils représentaient également 44 % des malades soignés à titre externe dans les hôpitaux d'aiguillage, 36 % dans les hôpitaux régionaux et 27 % dans les hôpitaux de district. Les auteurs calculent que des programmes d'assurance obligatoires pour ces quelque 200.000 employés auraient pu financer 27 % du budget ordinaire du Ministère de la santé au cours de l'exercice 90/91.

Au Zimbabwe, l'assurance privée couvrait moins de 5 % de la population en 1987, mais elle n'en représentait pas moins près de 17 % du total des dépenses de soins de santé — essentiellement des soins curatifs dispensés aux Zimbabwéens de condition relativement aisée. Ces dépenses équivalaient au tiers environ des dépenses de santé de l'Etat et environ une fois et demie le montant d'aide étrangère reçue pour la santé par le Zimbabwe. Et cela libérait des fonds du Ministère de la santé pour financer des services de santé publique.

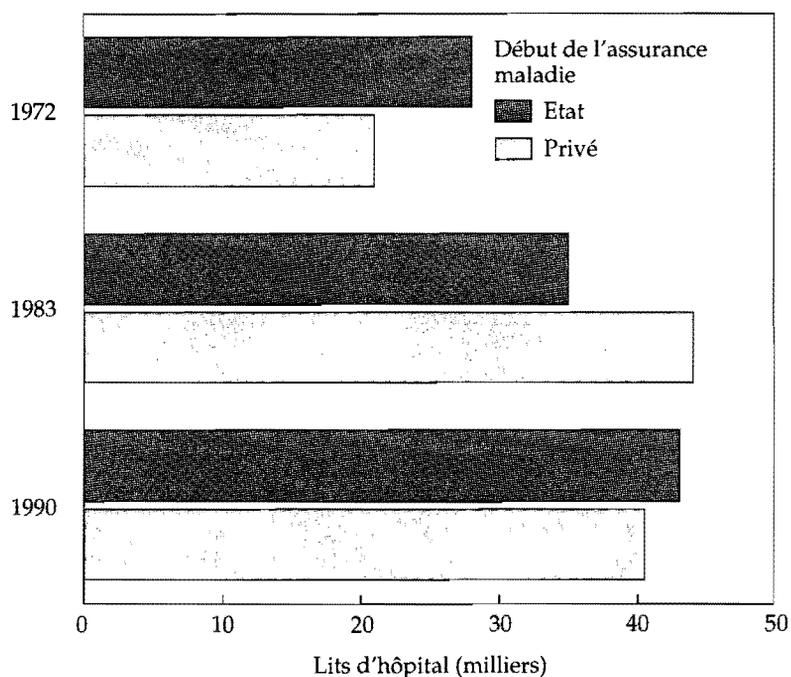
Il ressort de ces faits qu'un système d'assurance judicieusement conçu, même s'il est ciblé sur les 10 à 20 % les plus riches de la population, générera presque certainement des gains d'équité, ne serait-ce qu'en faisant entrer les riches dans un système dont le financement serait supporté par eux plutôt que par les populations rurales pauvres. Un tel système pourra certes, dans un premier temps, s'adresser à une population à revenu élevé, mais une politique à long terme bien comprise en étendra progressivement la couverture à des segments de la population de condition moins aisée.

Promouvoir le développement du secteur privé

L'apparition d'une présence hospitalière non gouvernementale, non subventionnée et financièrement solide est peu probable s'il n'existe pas de systèmes d'assurance pour minimiser les risques que courent les hôpitaux de devoir absorber le coût parfois astronomique de services dispensés à des patients qui n'ont pas les moyens de payer. Il est possible de maintenir à flot sans assurance, par le jeu combiné de la tarification des services et des donations, des hôpitaux qui ne relèvent pas de la tutelle des gouvernements, mais le spectre d'un effondrement imminent se dressera toujours devant eux. Les systèmes d'assurance contribuent à résoudre ce problème en constituant un capital garanti de fonds permettant de régler ce type de notes, augmentant ainsi les chances des hôpitaux non gouvernementaux de demeurer viables.

Un exemple pris en Asie permettra de voir comment le développement de l'assurance maladie favorise le développement du secteur privé. Les Philippines financent les soins de santé au moyen de dépenses publiques et privées ainsi que d'un système d'assurance obligatoire qui couvre environ un tiers de la population, remboursant le coût de services dispensés dans des hôpitaux privés aussi bien que publics

Figure 6. Expansion de la capacité d'accueil des hôpitaux publics et privés aux Philippines, 1972-90



Source : Philippines (données annuelles).

(Griffin, 1992). Ce système a commencé à fonctionner en 1972 et, en l'espace de dix ans, le nombre de lits d'hôpitaux privés a doublé, et cela en dépit de l'expansion continue du secteur public (Figure 6). Si la capacité d'accueil des hôpitaux privés a augmenté dans l'ensemble du pays, cette augmentation a été particulièrement sensible dans les régions où le secteur privé s'était le moins développé avant l'introduction du système d'assurances (Griffin et Paqueo, 1993)³⁰. Et pourtant, ce petit système d'assurances n'a jamais représenté plus de 10 % de toutes les dépenses de santé.

On trouve une situation analogue en Afrique de l'Est. Le Kenya a créé, à la fin des années 60, le Fonds national d'assurance hospitalière. Le résultat a été qu'en 1989 près de la moitié des établissements de niveau tertiaire du Kenya (centres médicaux et hôpitaux) étaient soit privés, soit exploités par une mission religieuse à vocation bénévole. De nouveaux établissements essentiellement à but lucratif qui offrent des services hospitaliers de type courant (maternités et hospices, par exemple) ont fait leur apparition, et le marché des cliniques privées du pays

Tableau 14. Appartenance publique et privée des établissements de santé au Kenya, 1989

Type	Public	Mission	Privé	Municipal	Total
Centre médical	4	1	2	0	7
Hôpital	98	34	50	1	183
Maternité	2	1	16	7	26
Hospice	0	1	26	0	27
Centre de santé	311	23	60	25	419
Sous-centre de santé	12	1	1	6	20
Autres types					
de cliniques	38	0	0	0	38
Dispensaire	975	160	411	27	1.573
Clinique de santé	5	2	16	43	66
Total	1.445	233	582	109	2.359
Pourcentage du total	61	9	25	5	100

Note : Données provisoires à revoir éventuellement sur la base des résultats d'une nouvelle enquête sur les établissements de santé réalisée en 1992.

Source : Données de la Banque mondiale.

se porte très bien (Tableau 14). Cette éclosion d'hôpitaux privés à but lucratif n'a pas, semble-t-il, son pareil en Afrique subsaharienne.

A l'opposé, la Tanzanie et l'Ouganda ont choisi de ne pas créer de mécanismes financiers de partage du risque, préférant continuer à financer les soins de santé au moyen d'un système d'hôpitaux publics. En Tanzanie, l'Etat subventionne 17 hôpitaux non gouvernementaux qui sont désignés comme hôpitaux de district. Une étude a relevé que 95 % environ des recettes des hôpitaux proviennent de l'Etat (les hôpitaux ne sont pas autorisés à percevoir un tarif). Le soutien d'organisations caritatives est presque inexistant³¹. Le Gouvernement tanzanien a ainsi créé un système d'hôpitaux financés par l'Etat et d'hôpitaux opérant à titre bénévole qui dispensent des services dans la plupart des régions et qui ne rencontrent aucune concurrence, ou presque. Les pourvoyeurs non gouvernementaux sont financés par voie de contrats passés avec l'Etat; tous sont censés dispenser des services sans qu'il en coûte rien, ou très peu, aux patients. Il n'est guère surprenant qu'en l'absence d'assurance et de concurrence les services d'hôpitaux privés soient encore inconnus dans le pays (Tableau 15)³².

En Ouganda, les hôpitaux privés de type secondaire ou tertiaire ne se sont guère développés. Au cours des dix dernières années, les services d'hôpitaux privés se sont limités à de petites opérations dans des établissements qui ne contiennent que quelques lits pour les patients que leur état oblige à y passer la nuit (Tableau 16).

Les faits d'observation présentés ci-dessus n'apportent pas de preuve concluante à l'hypothèse selon laquelle la prestation directe de ser-

Tableau 15. Propriété et capacité d'accueil des établissements de santé en Tanzanie, 1991

<i>Etablissement</i>	<i>Etat (y compris les para-publiques)</i>	<i>Organismes bénévoles</i>	<i>Privé à but lucratif</i>	<i>Total</i>
Hôpitaux	85	84	3	172
Lits	12.548	11.341	241	24.130
Centres de santé	266	8	1	275
Dispensaires	2.411	573	30	3.014

Source : Tanzanie, Ministère de la santé.

Tableau 16. Etablissements de santé et capacité d'accueil en Ouganda, 1991

<i>Etablissement</i>	<i>Etat</i>	<i>ONG</i>	<i>Privé</i>	<i>Total</i>
Hôpitaux tertiaires et secondaires				
Nombre	50	36	0	86
Lits	8.474	5.343	0	13.817
Hôpitaux primaires				
Cliniques de consultations externes	188	66	42	296
	612	165	284	1.061

Note : Les hôpitaux tertiaires et secondaires comprennent tous les hôpitaux à partir du niveau de district. Les hôpitaux primaires sont soit des centres de santé dotés d'équipements d'hospitalisation, soit des dispensaires qui ont quelques lits, généralement pour des accouchements. Les cliniques de consultations externes comprennent les dispensaires, les sous-dispensaires et les postes d'aide.

Source : Données de la Banque mondiale.

vices hospitaliers par l'Etat, jointe à l'absence d'assurance maladie d'un coût abordable, entrave le développement du secteur privé. Mais ils vont incontestablement dans le sens de cette hypothèse. Il semble qu'à vouloir fournir des services de santé subventionnés par l'Etat dans le cadre d'un plan national d'« assurance » mis sur pied au petit bonheur et financé par l'impôt, on crée un système qui enlève au secteur privé des patients capables de payer et qui ferme l'accès au marché de l'assurance à tous sauf aux très riches.

Plans de prépaiement pour les populations rurales

Les gens qui ne perçoivent pas un revenu à date fixe ont souvent du mal à payer, mensuellement ou trimestriellement, les primes de l'assurance maladie, ce qui accroît les frais d'administration et de facturation de l'assureur. Ce problème est commun à l'Afrique rurale et à l'Afrique urbaine. De ce fait, l'un des points saillants du débat sur les soins de

santé en Afrique consiste à trouver des alternatives à la facturation périodique des primes d'assurance. Comme on l'a noté ci-dessus, cela peut se faire en prenant des catégories capables de payer régulièrement leurs primes, comme les fonctionnaires et autres salariés, c'est-à-dire des gens qui ont un emploi dans le secteur formel.

L'assurance rurale est plus difficile, mais pas tout à fait impossible. Il est rare que les agriculteurs soient complètement désorganisés; souvent, ils sont membres d'associations d'irrigation qui déterminent les droits à l'eau, de mutuelles d'épargne et de crédit ou de groupes de vulgarisation agricole, autant de mécanismes sur la base desquels organiser une mise en commun des risques et assurer des paiements réguliers ou régler des primes d'assurance.

Le revenu tiré des cultures de rapport est une autre source potentielle de fonds pour l'assurance maladie. Si les produits sont commercialisés par l'intermédiaire d'une coopérative, celle-ci peut se faire détentrice d'une assurance de groupe et déduire les primes à acquitter du produit des ventes. C'est la méthode utilisée par un plan de santé bien connu mis au point par l'intermédiaire du National Dairy Development Board en Inde. Dans le cadre de ce plan, les membres paient un montant fixe, à une date prédéterminée, pour des services de santé dont ils pourront avoir besoin plus tard.

Les formules de prépaiement offrent une autre alternative et appellent de plus en plus l'attention comme moyen de financer et d'organiser les services de santé en milieu rural (Korte et al., 1992). Le prépaiement a pour avantage important de pouvoir limiter les effets des fluctuations du revenu saisonnier sur la capacité des gens à se procurer des soins. Encaisser les contributions lorsque les revenus en espèces sont au plus haut contribue à garantir aux habitants des campagnes un accès permanent aux soins de santé — même durant les saisons où l'argent est rare dans une grande partie de la population rurale.

La formule donne actuellement de bons résultats en Guinée-Bissau et au Zaïre. En Guinée-Bissau, les villages participent à un système de prépaiement pour médicaments et services de base par voie de paiements annuels faits presque aussitôt après la récolte, époque où les gens ont de l'argent (Eklund et Stavem, à paraître; Chabot et al., 1991). De même, dans la zone sanitaire de Bwamanda, au Zaïre, les paiements annuels à un plan de prépaiement pour services hospitaliers se font durant la saison de plus forte disponibilité de revenus en espèces (Shepard et al., à paraître). Soixante-quinze pour cent des villageois interrogés dans certaines communautés de Guinée-Bissau et plus de 60 % de la population interrogée dans la zone sanitaire de Bwamanda adhéraient à des plans de prépaiement.

Une comparaison entre le système basé sur le district de Bwamanda, au Zaïre, et le système national de carte de santé rurale au Burundi —

la Carte d'assurance maladie (CAM) — est riche d'enseignements. Le système pratiqué dans la zone sanitaire de Bwamanda a des taux d'adhésion, des niveaux de prime et une efficacité financière beaucoup plus grands (USAID, 1993). On peut attribuer à quatre facteurs ces taux d'adhésion relativement élevés. Tout d'abord, la majeure partie de la population est convaincue que ce plan lui donne accès à des services de santé de haute qualité (voir les résultats des enquêtes d'opinion dans Shepard et al., à paraître). Ensuite, les tarifs pratiqués par les hôpitaux sont relativement élevés, de sorte qu'à une maladie nécessitant hospitalisation est associé un risque financier réel — et, par ce fait, une incitation à adhérer au plan. En troisième lieu, la majeure partie de la population a de quoi acquitter les primes, dont les taux ont pourtant été relevés chaque année, afin de les maintenir alignés sur ceux d'une inflation forte. (Le montant des primes est lié à la valeur de deux kilogrammes de soja, produit de culture courante.) Enfin, les recettes constituées par le paiement des primes et du ticket modérateur sont utilisées pour financer les dépenses d'exploitation des équipements de santé dans la zone. Tous les frais d'hôpitaux des bénéficiaires étaient couverts par le revenu des primes en 1987-88, et le recouvrement des coûts dans l'hôpital de district a fait un bond, passant de 48 % en 1985 (avant l'introduction du système d'assurance) à 79 % en 1988 (Shepard et al., à paraître).

Au Burundi, cependant, la qualité des soins dispensés dans les établissements publics passe pour être médiocre, avec des pénuries de médicaments qui sont monnaie courante (Banque mondiale, 1994). Une enquête réalisée auprès de la population rurale a permis de constater que les pénuries de médicaments sont la raison principale du non-achat ou du non-renouvellement de la Carte d'assurance maladie. De plus, la viabilité du système souffre de la faiblesse des tarifs pratiqués dans les centres de santé. La contribution de la CAM est également limitée par la faiblesse de la prime à acquitter, laquelle n'a pas été ajustée depuis 1984, année où le système a été introduit. Enfin, le produit de la vente des CAM est reversé dans les caisses de l'Etat et ne peut, de ce fait, être utilisé pour financer les équipements locaux. C'est ainsi que le produit de la vente des CAM ne représentait qu'environ 3 % des dépenses ordinaires du Ministère de la santé en 1990.

Il devrait être possible, dans presque toute société, de trouver un groupe de personnes qui se prête à une assurance de groupe. Même ceux qui gagnent le moins dépensent en services de santé un pourcentage de leur revenu plus élevé qu'on n'aurait pensé, d'où il ressort que, même parmi ceux qui n'ont pas beaucoup d'argent, le revenu peut ne pas être l'obstacle majeur à une expansion de l'assurance. Il semble, au contraire, que les causes ressortissent davantage à l'information — par exemple, arriver à convaincre des gens bien portants qu'ils devraient

payer une prime d'assurance — ou aux procédures administratives que cela implique, comme l'encaissement des primes et la facturation.

Evaluer le potentiel de partage formel du risque en Afrique

Si les perspectives d'expansion de l'assurance en Afrique sont généralement bonnes, ce que l'on peut constater, au niveau des pays, montre que les conditions d'un financement de l'assurance maladie ne peuvent être réunies que lorsque les facteurs dont dépend la viabilité des marchés de l'assurance ont été sérieusement évalués. On peut classer ces facteurs, en gros, selon qu'ils se rapportent à l'offre ou à la demande.

L'offre

- *Le dosage des établissements et praticiens publics et privés.* Si le système est essentiellement public et que les services sont gratuits, alors c'est que l'Etat s'efforce de fournir, par la prestation directe de services, une assurance maladie à but « social ». Introduire, dans ces conditions, un programme d'assurance maladie autofinancée, cela revient à rendre payants des services qui ne l'étaient pas auparavant. La remise en état d'un système où les établissements du secteur public prédominent exige d'introduire un système de tarification des services médicaux, de mettre en place un cadre réglementaire assorti aux lois du marché de nature à encourager l'apparition d'établissements de type privé, ainsi que de planifier, dès que cela devient possible, l'introduction d'un système moderne d'assurance.
- *Capitalisation du système d'assurance.* Tout système aura à faire des dépenses avant de pouvoir encaisser suffisamment de recettes. Il faut donc trouver de quoi financer les coûts initiaux d'exploitation d'un programme d'assurance. La capitalisation du système peut se faire par la vente de prises de participation. Des organisations comme la Banque mondiale peuvent aider les pays à concevoir et capitaliser les institutions financières nécessaires.
- *Services à offrir.* Comme on l'a indiqué plus haut, la forme la moins coûteuse de protection contre le risque consiste à protéger contre l'éventualité de dépenses de caractère catastrophique. Il pourra y avoir lieu de commencer par là et d'y ajouter ultérieurement, avec l'augmentation de la demande et du revenu, une couverture plus coûteuse. Il est important aussi de faire en sorte que le prix du minimum d'assurance nécessaire demeure abordable.
- *Contributions des bénéficiaires.* Franchises et tickets modérateurs sont des options à envisager même s'ils peuvent paraître difficiles

à administrer. Sans cela, les gens risquent d'abuser du système et de mettre celui-ci dans une situation financière difficile.

- *Constitution de pools de risques.* On peut offrir une assurance par l'intermédiaire de groupes constitués à d'autres fins, comme les associations professionnelles ou les syndicats. En l'absence de tels groupes, il peut se poser un problème d'antisélection. Même si l'antisélection est difficile à gérer directement, on peut la contenir en plafonnant les prestations, réduisant ainsi l'impact, sur les budgets de programmes d'assurance, de niveaux de couverture élevés et insoutenables.
- *Coûts administratifs.* L'information sur les coûts administratifs de l'assurance maladie en Afrique est extrêmement rare, mais on en trouve quelques exemples. Au milieu des années 80, le coût de l'administration d'un programme au Mali — le Programme de prévoyance sociale — représentait jusqu'à 50 % des recettes du programme. Mais, au Zimbabwe, le coût administratif des sociétés d'aide médicale n'atteint probablement pas 10 % des recettes (Vogel, 1993). Le coût administratif est à évaluer en fonction de ce que coûteraient des solutions de rechange au système d'assurance, comme une meilleure gestion des hôpitaux publics, dont les coûts, eux aussi, ont tendance à être élevés. Souvent, l'administration d'un système d'assurance privée ne coûte pas plus cher que celle d'autres systèmes, en particulier celle des programmes et établissements publics, qui sont généralement d'une grande inefficacité. Et investir en infrastructure financière, spécialement dans le précieux capital technologique et humain, aide à développer des compétences qui amélioreront la prestation des soins de santé et favoriseront la création d'institutions financières fluides.

La demande

Du côté de la demande, la projection exacte des coûts administratifs nécessitera d'évaluer exactement la disposition des gens à payer pour s'assurer et la capacité des organisations intéressées à organiser des pools de risque solvables. La demande d'assurance est fonction non seulement des prix, mais aussi des niveaux de revenu des participants en puissance, du type de services et prestations offerts et, surtout, des niveaux actuels de dépenses de santé. Plusieurs facteurs sont à considérer.

- *La prime d'assurance et les dépenses de santé.* Les primes d'assurance doivent être moins élevées que ce que coûterait l'utilisation d'autres services de soins. Une famille qui prévoit d'utiliser les services d'un hôpital une fois tous les cinq ans et qui peut avoir

accès, pour moins de 25 dollars, à un hôpital d'Etat où les soins sont gratuits pourra ne pas être disposée à payer ne serait-ce que 5 dollars par an pour une police d'assurance. En instituant un système de tarification des soins hospitaliers, on modifierait complètement, bien sûr, les données de l'équation.

- *Le revenu des ménages.* Parce que la demande d'assurance volontaire est fortement et positivement corrélée au revenu, les ménages à faible revenu ne seront guère portés à en payer le prix. On peut y remédier en partie en transformant les subventions publiques aux hôpitaux et autres établissements de soins curatifs en subventions ciblées destinées à permettre aux ménages à faible revenu de se procurer une assurance. Cette idée se fonde sur la théorie que même les ménages très pauvres se procureront une assurance maladie si le prix est juste. Il reste à voir jusqu'à quel point on peut étendre les systèmes d'assurance — et à quel prix pour les Etats. Si un plan de partage du risque peut offrir le même ou un meilleur choix de services médicaux que ce que l'on peut déjà obtenir pour approximativement la même quantité d'argent, les catégories à faible revenu seront plus portées à y adhérer.
- *Les dépenses de santé.* Faute d'information, l'un des nombreux problèmes pratiques que soulève la conception d'une assurance maladie est de trouver des sources exactes de données actuarielles sur la morbidité et la mortalité par groupe d'âge afin de mieux déterminer le coût probable des soins (Borch, 1990). Dans de tels cas, l'information relative aux dépenses courantes fournit des données précieuses pour la conception d'un plan d'assurance. Ces données peuvent montrer combien les gens dépensent en soins médicaux et en médicaments, quels services et quels prestataires de soins ils utilisent le plus fréquemment, et quelle part de leurs dépenses est destinée à couvrir les frais d'un épisode catastrophique chaque année. La configuration des dépenses et des risques peut aider à déterminer les types de services pour lesquels les ménages sont disposés à payer, comment les dépenses varient par catégorie de revenu et, par conséquent, comment concevoir et présenter au mieux un système d'assurance au groupe à assurer.
- *La taille des pools de risques.* La « loi des grands nombres » utilisée par les statisticiens peut servir à montrer que la maladie est un événement aléatoire prévisible dans les groupes d'une certaine taille. Avec un groupe suffisamment large, un assureur peut calculer une prime correspondant à l'expérience moyenne de la maladie dans le groupe et à un écart type par rapport à la moyenne. Le produit total des primes devrait être suffisant pour couvrir les coûts de la maladie à l'intérieur du groupe pour toute période donnée (Vogel, 1993). Beaucoup de travaux empiriques d'intérêt pratique sont à faire en Afrique pour estimer la taille, les moyens

et les coûts que représente la constitution de pools de risques aux fins d'assurance maladie.

Les considérations d'offre et de demande sont fluides au stade de la conception. La qualité des soins et la gamme des services offerts par un plan d'assurance peuvent être adaptées à la situation financière du groupe assuré. Il faut néanmoins fournir un niveau minimum de services avant que les gens acceptent de payer quoi que ce soit. Déterminer ce qu'est la demande de soins de santé et la mesure dans laquelle il y est actuellement pourvu est un pas important dans la création de systèmes d'assurance maladie privée en Afrique.

Potentiel d'extension de la couverture médicale

On s'efforce ici d'élargir le précédent cadre offre/demande en proposant une base empirique pour classer les pays d'Afrique en fonction des possibilités qu'ils offrent de développer l'assurance de type moderne. Le Tableau 17 présente sommairement ce cadre en termes d'offre et de demande, indiquant dans leurs grandes lignes les conditions à remplir pour chacune, les facteurs qui permettront de réunir ces conditions, et les variables macroéconomiques appropriées qui peuvent être utilisées pour déterminer si ces facteurs sont en place.

Le cadre présenté au Tableau 17 a été utilisé pour classer les pays africains selon le « score » obtenu par chacun sur le plan des variables macroéconomiques. Pour chacune des caractéristiques indiquées dans le tableau, un pays recevait la note +1 si sa valeur était supérieure à un écart type par rapport à la moyenne des pays africains. Inversement, le pays recevait la note -1 s'il se trouvait derrière la moyenne de plus de un écart type, et 0 (la moyenne) autrement. Chacune des caractéristiques est affectée du même poids, de sorte que le score positif ou négatif maximum que peut réaliser un pays est de +8 ou de -8.

Les résultats de cet exercice exploratoire sont repris au Tableau 18, sur la base des données rapportées dans le tableau de l'Appendice ³³. Pour les 47 pays, les valeurs vont de -3 à +3. Le Zimbabwe obtient un score supérieur à tous les autres pays, principalement parce que son revenu par habitant, ses dépenses de médecine privée et l'aide étrangère qu'il reçoit pour les soins de santé sont tous supérieurs à la moyenne. Avec l'Afrique du Sud, le Zimbabwe a probablement le marché de l'assurance privée le plus développé du continent.

Le message qui s'en dégage pour des pays comme le Zimbabwe est que le potentiel d'assurance et les avantages qu'il y aurait à investir des fonds d'origine locale ou donnés au pays pour étendre la couverture de l'assurance et renforcer ses institutions financières sont grands. On peut en dire autant des pays dont le score est de +2. La législation du travail dans trois de ces cinq pays impose à l'employeur la couver-

Tableau 17. Tableau récapitulatif des problèmes relatifs à l'offre et à la demande d'assurance maladie

	<i>Conditions</i>	<i>Facteurs favorables</i>	<i>Variable macro-économique appropriée</i>
Offre d'assurance	Réduire les coûts administratifs	Population plus dense, infrastructure mieux développée	Densité de population, population urbaine
	Pouvoir réduire l'antisélection et le risque moral	Existence de groupes suffisamment nombreux pour payer la couverture	Population totale multipliée par le pourcentage de main-d'oeuvre employée dans l'industrie (ou le secteur formel)
	Plus grande présence des bailleurs de fonds dans le secteur de la santé	Motivation des bailleurs de fonds à investir dans la création de nouveaux systèmes financiers pour le développement du secteur privé	Flux d'aide au secteur de la santé
Demande d'assurance	Revenu	Elasticité-revenu positive de la demande d'assurance	Revenu par habitant
	Plus grand potentiel du secteur privé	Plus forte probabilité de pertes pour les consommateurs; moindres perspectives de soins gratuits	Dépenses médicales des particuliers, offre de médecins, lits d'hôpitaux privés pour 1.000 habitants

ture de certains services médicaux; mais il n'existe pas, pour les soins médicaux, de mécanisme de partage du risque qui soit financé par l'Etat. Pour l'aide étrangère à la santé, à l'exception de Maurice, chaque pays fait mieux que la moyenne ou en a le potentiel. Une extension de l'assurance peut être, dans ces pays, un investissement clé pour améliorer la prévoyance sociale. Les 17 pays dont le score est de +1 — dans neuf desquels l'employeur est tenu d'assurer une couverture médicale

à ses employés — possèdent déjà une base qui peut être étendue pour obtenir un système de partage du risque plus large. Dans ces pays, l'amélioration de la prévoyance sociale passe par la création de systèmes d'assurance maladie viables pour toutes les catégories de revenu.

Dans les pays dont le score va 0 à -3, les perspectives qui s'offrent de créer des systèmes d'assurance de type moderne sont moins bonnes, à quelques exceptions près. Par exemple, le Kenya obtient un score de 0 et, pourtant, le pays semble avoir une couverture médicale plus large qu'aucun autre pays de la région à l'exception de l'Afrique du Sud et du Zimbabwe. Les dix pays dont le score est négatif ont généralement un revenu par habitant plus faible, sont moins urbanisés et ont des infrastructures médicales de type moderne plus faibles que les autres pays d'Afrique. Cependant, comme on l'a noté précédemment, la Tanzanie, avec un score de -1, a au moins de quoi se doter d'un système d'assurance limitée. Même dans ces pays, la fonction publique et les entreprises d'Etat représentent de 5 à 10 % de la force de travail et peuvent constituer une base sur laquelle édifier des systèmes de partage du risque. Une réforme de la fonction publique, que la Banque mondiale s'emploie activement à promouvoir dans l'ensemble de l'Afrique,

Tableau 18. Faisabilité des système d'assurance dans les pays d'Afrique

Score	Fréquence	Pays	Nombre de pays à système moderne ou à système d'assurance par employeur interposé
+3	1	Zimbabwe	0
+2	5	Afrique du Sud, Mali, Maurice, République centrafricaine, Togo	3
+1	17	Bénin, Botswana, Cameroun, Comores, Djibouti, Egypte, Gabon, Ghana, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Seychelles, Soudan, Tchad, Zaïre	12
0	14	Angola, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Namibie, São Tomé-et-Principe, Swaziland, Zambie	4
-1	7	Burundi, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Tanzanie	2
-2	2	Burkina Faso, Malawi	1
-3	1	Ethiopie	0

Note : Voir le tableau de l'Appendice pour précisions.

devrait considérer l'intérêt qu'il pourrait y avoir à monétiser les prestations de santé par l'institution d'une assurance obligatoire.

Les scores du Tableau 18 sont évidemment statiques, de sorte qu'ils ne tiennent pas compte des changements susceptibles d'améliorer la possibilité de créer dans la région des systèmes d'assurance de type moderne. On en énumère ci-dessous les plus importants.

- *La concurrence des services dispensés gratuitement.* Les gouvernements commencent à faire payer pour les services médicaux, jetant ainsi les bases d'un environnement propice à l'apparition d'établissements de soins de santé de type privé. Cette tendance s'accéléra à mesure que les pays acquerront de l'expérience dans la génération de recettes et qu'ils se montreront plus résolus à redéployer des fonds publics jusque-là affectés à des soins tertiaires coûteux. Il est important d'encourager la mise en place de services curatifs privés de meilleure qualité et plus sophistiqués, qui exigent un mécanisme de financement plus stable que l'actuelle approche désorganisée de la pratique médicale privée.
- *L'antisélection.* Les perspectives d'une réduction du phénomène d'antisélection s'améliorent. L'extension des marchés à l'intérieur des zones rurales et les mouvements de population vers les villes et vers les emplois du secteur formel font qu'il est devenu moins difficile de réunir des groupes aux fins de couverture médicale, créant ainsi de vastes agrégations de gens assurables. Entre 1970 et 1991, la population urbaine de l'Afrique est passée de 16 à 29 % de l'ensemble de la population. En outre, le développement des programmes de crédit rural, des programmes de vulgarisation agricole ainsi que des projets d'irrigation a fait apparaître des structures institutionnelles rurales qui se prêtent de plus en plus à l'organisation de groupes assurables en milieu rural. Aucune de ces évolutions n'a cependant été quantifiée, et le faire est un autre pas important dans l'évaluation du potentiel de développement des systèmes d'assurance maladie en Afrique. Des pays comme le Brésil, la Chine, l'Equateur et le Mexique ont étendu leurs systèmes d'assurance jusque dans les zones rurales avec plus ou moins de succès. En Chine, qui a un revenu par habitant de 330 dollars, la population est couverte à plus de 60 % par une forme quelconque d'assurance (Griffin, 1992).
- *Coûts administratifs.* La technologie dont les assureurs ont besoin pour mettre de l'ordre dans leurs écritures et leurs finances devient de plus en plus abordable.

Conclusions et recommandations

Les arguments généralement invoqués en faveur de la tarification des services médicaux et de la création de systèmes d'assurance autofinan-

cée dans les pays en développement sont que cela permettra de mobiliser davantage de ressources pour la prestation des soins de santé. Mais un système d'assurance maladie peut aussi favoriser l'équité, générer une plus grande efficacité économique, améliorer la qualité des services médicaux, et permettre aux consommateurs d'avoir leur mot à dire dans le choix et le paiement de leur traitement. Utiliser les prix pour améliorer l'allocation de ressources forcément insuffisantes dans le secteur de la santé peut aussi inciter à créer des institutions de partage du risque et des systèmes d'assurance, ainsi qu'à favoriser l'intervention du secteur privé dans la fourniture et le financement des services curatifs.

La lenteur avec laquelle les systèmes d'assurance de type moderne se sont développés en Afrique tient moins à une absence de demande de mécanismes de partage du risque qu'à d'autres facteurs : la présence « préemptrice » des Etats dans la fourniture de services hospitaliers gratuits; les exigences du marché et les besoins de capitalisation de l'assurance, qui font obstacle à sa génération spontanée; et l'étendue de la pauvreté dans la région. La pauvreté influe sur la vitesse avec laquelle les systèmes d'assurance peuvent se développer — sans intervention de l'Etat — et en limite la portée, mais les gouvernements ne devraient pas moins être capables d'en encourager la création.

En Afrique, il faudra probablement une intervention des Etats pour que les régimes d'assurance maladie puissent se développer plus rapidement. Les Etats devront peut-être monétiser leurs contributions à la santé (par opposition à la fourniture de services de santé), et les gouvernants devront prévenir les distorsions que l'assurance peut créer. Beaucoup des problèmes pourront être réglés au stade de la conception, mais il faudra pour cela investir davantage dans les institutions financières et juridiques, les télécommunications et les réseaux d'information. Les pays devront choisir, pour la gestion du risque, une approche qui tienne la balance raisonnablement égale entre efficacité, équité et faisabilité.

L'assurance maladie a un avenir prometteur en Afrique, mais il faudra planifier avec soin afin que les programmes demeurent viables et puissent être élargis. Plusieurs mesures peuvent être prises à cette fin.

- *Commencer par les villes.* Les zones urbaines devraient constituer la première cible d'une politique visant à créer des marchés de l'assurance placés sous l'égide de l'Etat. Les plans d'assurance privée concentreront leur action sur les zones urbaines parce que le coût initial en est plus faible dans les villes que dans les zones rurales, que les équipements médicaux y sont meilleurs et que les emplois de type formel y sont plus nombreux. Si l'on veut étendre un programme aux catégories à faible revenu, le meilleur endroit pour commencer est la ville, où les revenus seront probablement un peu plus élevés et plus réguliers qu'en milieu rural.

- *Exploiter le secteur formel.* Dans beaucoup de pays d'Afrique, le secteur formel contient un contingent disproportionné de fonctionnaires. Comme Vogel (1990) le fait remarquer, les Etats offrent fréquemment à leurs employés des prestations de santé — indemnités de frais médicaux, remboursements, exemptions de paiement pour soins médicaux dispensés dans des établissements d'Etat ou assurance maladie proprement dite. Les gouvernements obligent généralement les grandes entreprises à assurer à leurs employés des prestations de santé. Beaucoup peut être fait pour rationaliser ce système et encourager l'intervention du secteur privé en transformant les prestations en nature ou les avantages qui s'attachent aux soins reçus dans des établissements publics en instruments financiers comme l'assurance. L'Etat peut avoir un impact significatif sur la mise en place d'un système d'assurance même au-delà des zones urbaines parce que ses employés sont répandus sur l'ensemble du territoire.
- *Instituer d'abord un système de tarification.* La plupart des pays seront dans l'impossibilité de mettre en place d'authentiques systèmes d'assurance sans commencer par imposer la tarification des services dispensés dans les établissements d'Etat, et en particulier les hôpitaux. Un système d'assurance comme celui du Kenya peut offrir de rembourser les établissements publics mais, si ceux-ci ne font pas payer leurs services ou n'ont pas ce qu'il faut pour facturer les patients assurés, l'existence d'un système d'assurance ne leur sera d'aucun profit.
- *Privilégier les soins « catastrophiques ».* S'il est vrai que les services « catastrophiques » sont les plus assurables, un système d'assurance axé sur des maladies et blessures catastrophiques crée également, pour les médecins, une incitation à hospitaliser les patients. Il faut donc aussi commencer à planifier très tôt afin de créer des incitations à la mise en place de systèmes de régulation des soins prévoyant un ensemble plus complet de services prépayés. Tout plan d'hospitalisation devrait probablement comprendre, pour des raisons médicales aussi bien que pour améliorer la structure des incitations proposées aux médecins, un ensemble minimum de services aux malades non hospitalisés.
- *Prêter attention aux « non-assurables ».* Dans certains pays, les « non-assurables » peuvent comprendre pratiquement toute la population rurale. L'Etat pourra leur fournir une certaine forme d'assurance par la prestation de services subventionnés, directement ou par voie de contrat passé avec le secteur privé. Comme on l'a indiqué plus haut, ce type de service devrait être assorti d'une franchise et d'un ticket modérateur. Il sera possible de créer une assurance hospitalisation par la mise en place d'un méca-

nisme « d'arrêt à la perte ». On pourra recourir à des méthodes analogues pour protéger d'autres non-assurables, notamment les personnes âgées et les pauvres, et on pourra autoriser les travailleurs à conserver, une fois à la retraite, le bénéfice d'une assurance subventionnée.

- *Etudier la possibilité de solutions de rechange, comme les systèmes de prépaiement.* L'assurance n'est pas une forme d'épargne forcée. Il s'agit d'une mise en commun du risque. Certaines des expériences décrites plus haut, en particulier celles entreprises dans les zones rurales de Guinée-Bissau et du Zaïre, correspondent, à plus proprement parler, à une forme de paiement de l'impôt, d'épargne forcée ou de versement de cotisations à un service fourni par le secteur public (ce qui donne droit à des subventions publiques). Bien qu'il s'agisse là de méthodes différentes de perception de tarifs, elles méritent certainement d'être encouragées en tant qu'élément d'un financement viable des services de santé en milieu rural et elles pourraient être améliorées dans un sens qui leur donne davantage les caractéristiques de l'assurance.
- *Maintenir la faculté de choix du consommateur.* Les programmes de prestations d'assurance sont généralement conçus comme si ces programmes convenaient également à tous. Mieux vaudrait concevoir un minimum de prestations obligatoires et laisser aux consommateurs le choix de payer davantage pour obtenir des prestations supplémentaires.
- *Mettre sur pied une base d'information aux fins d'analyse décisionnelle.* Une analyse faite à l'échelle de la région pourra fournir, sur l'offre et la demande, l'information nécessaire pour concevoir un bon système d'assurance.

A plus long terme, les analystes-décideurs voudront en savoir davantage concernant certains aspects de l'assurance maladie sur lesquels il existe peu d'informations en Afrique et dans d'autres parties du monde. Le plus important, peut-être, est le problème de l'escalade des coûts, phénomène qui se produit lorsque les prestataires de soins payables à l'acte saisissent l'occasion qui s'offre à eux de gagner davantage en offrant des services supplémentaires, en exigeant des visites additionnelles ou même en relevant leurs tarifs. Ceci tient au fait que les prestataires de soins peuvent influencer sur la quantité de services que demandent les consommateurs, parce que la plupart des consommateurs font confiance à leur médecin pour décider du traitement médical à leur faire subir et pour leur expliquer les options de traitement qui s'offrent à eux. Un suivi, une évaluation et des incitations appropriés peuvent contribuer à dissuader les prestataires de soins de gonfler inutilement le volume et le coût des services (Kutzin et Barnum, 1992).

Le rôle du ticket modérateur et de la franchise est important, lui aussi, pour réduire le risque moral et l'antisélection. Les arguments que l'on peut invoquer en leur faveur appellent une évaluation spécifique en Afrique et ailleurs pour juger de l'intérêt qu'ils peuvent présenter dans tel ou tel contexte. Il faut, enfin, évaluer l'effet de l'assurance volontaire sur le marché des soins de santé, en particulier si cela fait monter le coût de tous les soins et aggrave les problèmes d'accès et de coût pour les non-assurés. Aucune de ces questions ne doit détourner l'attention de la priorité à accorder à la promotion et à la mise sur pied de programmes d'assurances autofinancés; elles devraient être abordées, plutôt, lorsqu'il s'agira d'évaluer et d'affiner ces programmes.

Tableau de l'Appendice. Scores de faisabilité de l'assurance dans les pays d'Afrique

<i>Pays</i>	<i>DEN</i>	<i>URB</i>	<i>INDP</i>	<i>AID</i>	<i>PPP</i>	<i>PRVX</i>	<i>PMD</i>	<i>BEDS</i>	<i>Total</i>	<i>MISS</i>	<i>MEDCOVER</i>
Afrique du Sud	0	1		-1		1		1	2	3	Néant
Angola	0	0	0	0			0	0	0	2	Non connu
Bénin	0	0	0	1	0	0	0		1	1	Par employeur interposé
Botswana	0	0	0		1		0		1	3	Par employeur interposé
Burkina Faso	0	-1	0	1	0	0	-1	-1	-2	0	Par employeur interposé
Burundi	0	-1	0	0	0	0	0	0	-1	0	Par employeur interposé
Cameroun	0	0	0	0	0	0		1	1	1	Par employeur interposé
Cap-Vert	0	0	0				0		0	4	Prestations de sécurité sociale en espèces
Comores	1	0	0				0		1	4	Non connu
Congo	0	0	0		1		0		1	3	Par employeur interposé
Côte d'Ivoire	0	0	0	0	0	0		0	0	1	Services médicaux dispensés directement par la caisse de sécurité sociale
Djibouti	0	1	0				0		1	4	
Ethiopie	0	-1	1	0	-1	0	-1	-1	-3	0	Néant
Gabon	0	1	0				0		1	4	Services médicaux dispensés directement par la caisse de sécurité sociale
Gambie	0	0	0				0		0	4	Néant
Ghana	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	Par employeur interposé

(à suivre)

Tableau de l'Appendice (suite)

<i>Pays</i>	<i>DEN</i>	<i>URB</i>	<i>INDP</i>	<i>AID</i>	<i>PPP</i>	<i>PRVX</i>	<i>PMD</i>	<i>BEDS</i>	<i>Total</i>	<i>MISS</i>	<i>MEDCOVER</i>
Guinée	0	0	0	0		0	0	0	0	1	Prestations de sécurité sociale en espèces
Guinée-Bissau	0	0	0		0		0		0	3	Non connu
Guinée équatoriale	0	1	0						1	5	Prestations de sécurité sociale en espèces
Kenya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Prestations de sécurité sociale en espèces
Lesotho	0	0	0		0		0		0	3	Non connu
Libéria	0	0	0				0		0	4	Néant
Madagascar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Non connu
Malawi	0	-1	0	0	-1	0	0	0	-2	0	Néant
Mali	0	0	0	1	0	1	0		2	1	Par employeur interposé
Maurice	1	0	0		1		0		2	3	Néant
Mauritanie	0	1	0		0		0		1	3	Par employeur interposé
Mozambique	0	0	0	0	-1	0	0	0	-1	0	Non connu
Namibie	0	0							0	6	Non connu
Niger	0	0	0	1	0	0	0		1	1	Par employeur interposé
Nigéria	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	Néant
Ouganda	0	-1	0	0	0	0	0	0	-1	0	Néant
République centrafricaine	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	Par employeur interposé
Rwanda	0	-1	0	1	0	0	-1	0	-1	0	Par employeur interposé
São Tomé-et-Principe	0	0	0				0		0	4	Néant

Sénégal	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Prestations de sécurité sociale en espèces
Seychelles	0	1	0				0		1	4	Néant
Sierra Leone	0	0	0	0	0	-1	0	0	-1	0	Néant
Somalie	0	0	0	0		-1	0	0	-1	1	Néant
Soudan	0	0	0	0		1	0	0	1	1	Néant
Swaziland	0	0	0						0	5	Néant
Tanzanie	0	0	0	0	-1	0	0	0	-1	0	Néant
Tchad	0	0	0	1	0	0	0		1	1	Par employeur interposé
Togo	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	Par employeur interposé
Zaïre	0	0	1	0		0	0	0	1	1	Par employeur interposé
Zambie	0	1	0	0	0	-1	0		0	1	Néant
Zimbabwe	0	0	0	1	1	1	0	0	3	0	Néant

Note :

DEN	Population par kilomètre carré, milieu 1991 (Banque mondiale, 1993c)
URB	Population urbaine (pourcentage de la population totale), 1991 (Banque mondiale, 1993c)
INDP	Population en 1991 multipliée par le pourcentage de main-d'oeuvre masculine employée dans l'industrie, 1987 (millions) (PNUD/Banque mondiale, 1992)
AID	Flux d'aide, 1990 (dollars par habitant) (Banque mondiale, 1993c)
PPP	Pouvoir estimatif d'achat du PIB par habitant (dollars) (Banque mondiale, 1993c)
PRVX	Dépenses médicales des particuliers en pourcentage du PIB, 1990 (Banque mondiale, 1993c)
PMD	Nombre de médecins pour 1.000 habitants, 1988-92 (Banque mondiale, 1993c)
BEDS	Nombre de lits d'hôpital pour 1.000 habitants (Banque mondiale, 1993c)
TOTAL	Score total
MISS	Nombre de valeurs manquantes
MEDCOVER	Type de couverture assuré par un système de sécurité sociale parrainé par l'Etat (Etats-Unis, 1992).

Notes

1. D'un bout à l'autre du présent volume, le terme « Afrique » s'emploie comme abréviation pour désigner l'Afrique subsaharienne.

2. Le partage des coûts est un principe de participation dans lequel les utilisateurs des services de santé paient un certain montant pour les services qui leur sont dispensés, contribuant ainsi à la viabilité des systèmes de santé au niveau local, du district et national.

3. Les pourvoyeurs bénévoles du secteur privé comprennent les organisations non gouvernementales qui fonctionnent à titre privé et sans but lucratif. En Afrique, un grand nombre de ces organisations sont dirigées par des missions religieuses financées par des contributions offertes par les organisations mères, des subventions gouvernementales, les tarifs et l'assurance maladie.

4. L'assurance maladie autofinancée est une méthode de financement des services de santé qui recueille les contributions financières régulières des membres et paie les pourvoyeurs pour des services médicaux déterminés. Ceci se fait soit en remboursant directement le patient-membre pour des dépenses autorisées, soit en payant le pourvoyeur directement (par l'intermédiaire d'une « tierce partie payante » ou compagnie d'assurances).

5. Le taux moyen de recouvrement des coûts dans les 18 dispensaires était de 79 % et, pour les 21 hôpitaux, de 56 %.

6. Il faut faire preuve de prudence quand il s'agit de chiffrer la proportion des coûts d'exploitation ou des dépenses récurrentes des établissements de santé que représente le produit de la tarification des services. Dans certains cas, les véritables dépenses récurrentes sont sous-représentées; par exemple, le salaire d'un chirurgien d'hôpital de mission peut être payé par une organisation caritative, ou une clinique peut être approvisionnée gratuitement en médicaments. Ce genre d'omission a généralement pour effet de surévaluer la contribution du produit de la tarification des services au total des dépenses récurrentes. Il est souvent impossible de faire les ajustements qu'appellent ces problèmes de comptabilité, surtout quand les sources secondaires de données sont utilisées par des analystes éloignés de l'exploitation journalière des établissements.

7. Résultat obtenu comme suit : (\$ 4,70 de dépenses de santé par habitant) multiplié par (50 % aux hôpitaux publics) = \$ 2,35; puis \$ 2,35 multiplié par (recouvrement de 40 % des frais d'hôpital dus au partage des coûts) = \$ 0,94; puis \$ 0,94 x 425 millions d'Africains = \$ 400 millions.

8. Si, aux services de qualité qu'ils peuvent obtenir dans des cliniques, les gens préfèrent les services plus coûteux des hôpitaux, on pourrait aller encore plus loin en fixant des tarifs qui représenteraient plus de 100 % des coûts, et cet argent pourrait servir à subventionner, à l'intention de ceux qui sont le moins à même de payer, les services dispensés par les centres de santé.

9. L'idée selon laquelle les pauvres sont perdants quand il s'agit de services de soins de santé paraît corroborée par le système fiscal en vigueur dans la plupart des pays d'Afrique. Plus de 70 % du produit national de l'impôt — principale source de financement pour les ministères de la santé — provient de la taxation des produits de consommation intérieure et d'exportation. Parce que les produits agricoles occupent une grande place dans les exportations et que les ménages dépensent une grande partie de leur revenu en nourriture, ces structures de l'impôt sont régressives (Shalizi et Squire, 1988). Si l'on disposait de données suffisantes pour confronter taux d'imposition et taux d'utilisation des établissements de santé par quintile, il serait possible de montrer exactement quelle part de revenu est prise aux pauvres pour payer les médecins et le personnel infirmier pour soins donnés aux personnes de condition relativement aisée. Le ratio est presque certainement disproportionné.

10. Une réserve potentiellement importante à apporter au problème de l'équité dans le contexte actuel est que certaines communautés, parce que relativement plus riches, peuvent mieux réussir que d'autres à mobiliser des fonds sur le plan local. Il y a donc risque d'élargissement de l'écart entre communautés relativement pauvres et communautés relativement riches. On invoque souvent cet argument, mais sans l'étayer de preuves, pour justifier la pratique qui consiste à remettre au Trésor le produit de la tarification des services dans l'idée qu'on ne peut compter que sur l'Etat pour dépenser cet argent plus équitablement — à savoir en biens et services de santé publique à externalités positives.

11. Les spécialistes de l'analyse décisionnelle voudraient manifestement voir davantage de ressources redistribuées sur cette base, mais la tendance est plutôt rare, d'où il ressort qu'une forte volonté politique et une action politique décisive peuvent être nécessaires.

12. La décentralisation s'entend souvent d'un processus de transfert de la gestion et de l'administration de systèmes de santé financés et gérés par le secteur public en faveur des collectivités territoriales, régionales, de district ou locales. En Afrique, ce transfert tend à s'aligner sur les districts administratifs, donnant ainsi naissance à une organisation des systèmes de soins de santé fondée sur le district.

13. Il faut, toutefois, se montrer prudent dans l'interprétation des résultats des évaluations conditionnelles parce que des réponses qui indiquent une disposition à payer sont liées à des situations hypothétiques que les enquêtés ne comprennent pas toujours pleinement ou qui ne représentent pas une base saine pour se prononcer (Wouters et al., 1993).

14. Les tentatives qui ont été faites pour jeter un peu de lumière sur la disposition à payer pour des services de santé en Afrique, et sur la capacité à le faire, ont avorté dans le passé, et cela pour une simple raison : les chercheurs ont omis de distinguer entre la quantité et la qualité des services pour lesquels on pensait que les gens devraient pouvoir payer. Il y a des gens qui sont manifestement capables de payer pour des services de santé, mais qui ne sont pas disposés à le faire parce que la qualité de ces services passe pour être trop faible. D'autres ne sont pas en mesure de payer dans les circonstances actuelles, mais pourraient être plus en mesure de le faire si le « montage » des services de santé était fait selon un meilleur rapport coût-efficacité, réduisant ainsi le coût du traitement d'une maladie ou d'une blessure.

L'importance de ce dernier point est soulignée dans l'étude intitulée *Pour une meilleure santé en Afrique* (Banque mondiale, 1994), qui affirme qu'il est possible de proposer, dans à peu près n'importe quel pays africain à faible revenu, pour 13 dollars environ par personne, un ensemble de services de santé d'un bon rapport coût-efficacité. Ce montant comprend environ 9 dollars par personne pour soins de santé et services cliniques publics dispensés par les centres de santé et hôpitaux de premier aiguillage des districts, et environ 4 dollars par personne pour alimentation en eau potable et équipements d'assainissement au niveau communautaire. Le chiffre de 9 dollars pour services de santé est à opposer aux 14 dollars par personne en moyenne qui se dépensent actuellement pour la santé dans les pays d'Afrique aux niveaux de revenu les plus faibles.

Il ressort de cette comparaison que la capacité de paiement est peut-être moins importante qu'un réaménagement des dépenses courantes de façon à pouvoir proposer un « montage » de services de santé d'un meilleur rapport coût-efficacité. Certes, la totalité des 14 dollars par personne actuellement dépensés ne vient pas directement des ménages. La moitié environ, en moyenne, est constituée par les dépenses directement à la charge des ménages; 5 dollars environ représentent la part de l'Etat; et 2 dollars environ proviennent des bailleurs de fonds.

15. La manière dont les tarifs sont perçus, administrés et utilisés contribue aussi à responsabiliser le personnel des services de santé à l'égard des populations qu'ils servent.

16. En dernière analyse, la réponse des pouvoirs publics à une forte élasticité-prix de la demande de services de santé dépendra de l'explication donnée au mauvais fonctionnement du marché des soins de santé dans le pays. Si l'utilisation des services tombe rapidement (de 20 %, par exemple), avec un relèvement de 5 % des tarifs, et que la qualité des services passe pour être généralement médiocre, alors on pourrait bien interpréter la réaction du consommateur comme tout à fait rationnelle. (De plus, si l'on pensait que les consommateurs faisaient un usage abusif des services pour des problèmes mineurs, alors l'objectif d'une majoration des tarifs pourrait bien être de réduire cet abus.) Dans de tels contextes, les efforts qui pourront être faits pour maintenir les niveaux d'utilisation et réduire l'élasticité-prix de la demande risquent de négliger le bon sens de l'utilisateur, de renforcer les inefficacités et de fausser le jeu du marché des soins de santé. Cependant, s'il est réaliste de supposer que tout le monde connaît la valeur de tous les services de santé et que l'institution d'un tarif aura pour effet de les décourager uniformément d'aller se faire soigner, alors on pourrait peut-être, et on devrait peut-être, plaider pour le maintien de la gratuité des services (ou encore pour en subventionner entièrement le coût pour tout le monde). Heureusement, il ne manque pas de preuves pour rejeter ce point de vue extrême. Non seulement les gens apprécient la valeur des services cliniques, mais on observe que la demande de ces services et la disposition à payer pour eux augmentent avec le revenu.

17. L'élasticité-prix de la demande mesure le changement qu'une modification des tarifs introduit dans la demande de services de santé. La demande est dite fortement élastique par rapport au prix si un changement relativement grand dans la quantité demandée ou dans l'utilisation des services de santé

suit un changement de prix relativement faible. La demande est dite inélastique par rapport au prix si les taux d'utilisation ne changent guère même lorsque les prix changent beaucoup.

18. Revenant à la question du prix lui-même, Bitran utilise son modèle pour simuler les différences de taux d'utilisation des équipements de santé à partir de différents scénarios. Dans le premier cas, tous les prix sont éliminés (scénario de gratuité); dans le second, il suppose que les prix moyens courants sont en place (scénario de tarification). Pour l'établissement de santé le plus coûteux de l'étude, à savoir le centre de santé, la simulation fait apparaître qu'un changement de scénario qui le ferait passer de la gratuité à la tarification ne réduirait que de cinq points de pourcentage les taux d'utilisation pour les personnes de sexe masculin âgées de 14 à 44 ans — taux qui tomberaient de 35 à 30 %. Toutefois, pour les personnes de sexe féminin âgées de 14 à 44 ans, les taux d'utilisation tomberaient de 64 à 40 %. Voilà qui donne à penser que l'élasticité-prix de la demande de services de santé varie considérablement selon le sexe.

19. On peut attribuer la faiblesse des niveaux de signification statistique en partie à la faible taille de l'échantillon (251 patients adultes). Ceci laisse supposer que le niveau de confiance statistique dans les effets négatifs des prix et de la distance augmenterait probablement avec un échantillon plus grand.

20. Il s'agissait d'une « expérience naturelle » en ce sens que le Gouvernement camerounais entreprenait d'introduire systématiquement la tarification des services et des améliorations de qualité dans certaines régions et non dans d'autres. L'analyse repose entièrement sur l'information tirée des zones désignées. On ne prétend pas que cette méthode représente une expérience statistiquement aléatoire.

21. Les tarifs introduits comprenaient un tarif de consultation de 200 francs CFA (0,75 dollar) et, pour les médicaments, un tarif qui variait selon l'ordonnance mais qui s'établissait en moyenne autour de 1.000 francs CFA (4 dollars). Les centres de santé recevaient un stock initial de médicaments et le produit de la vente servait à renouveler les stocks. Le taux de marge relatif au coût de remplacement des médicaments était d'environ 250 %. Le produit des recettes générées par le taux des consultations et les bénéfices réalisés sur la vente des médicaments ont également été utilisés pour financer d'autres activités de soins de santé primaires (comme les antennes communautaires), ainsi que pour assurer la viabilité du système (supervision et entretien des véhicules, par exemple). De plus, des comités de santé et de gestion communautaires ont été établis et formés pour superviser ces activités de recouvrement des coûts. L'« élément qualité » de cette politique est donc la conjonction d'une plus grande fiabilité des approvisionnements en médicaments, d'une motivation accrue du personnel des centres de santé (conséquence d'une amélioration des flux de stocks), ainsi que d'une communauté motivée. Cette notion de « qualité » est conforme, en gros, au principe de l'Initiative de Bamako et correspond à l'expérience d'autres pays qui participent à l'initiative, notamment le Bénin, la Guinée et la Sierra Leone (Knippenberg et al., 1990).

22. Si l'utilisation des services de santé change relativement peu lorsque les prix augmentent (même lorsqu'ils augmentent beaucoup), alors le comportement du consommateur indique que ces services sont très appréciés et que les gens sont généralement disposés à en payer le prix. Du point de vue de la

mobilisation des recettes, ce type de réaction donne à penser qu'on peut utiliser la tarification des services pour augmenter les recettes du fait qu'un relèvement des tarifs n'entraînera pas une baisse proportionnelle des taux d'utilisation. Cet argent pourra alors servir à financer des améliorations de qualité et une expansion des services. Du point de vue de l'équité, les subventions se justifient aussi lorsque ces services sont ciblés sur les pauvres, dont la demande de services jugés précieux risque d'être relativement plus touchée par une augmentation des tarifs. Le défi, ici, est d'utiliser le produit des tarifs acquittés par ceux qui paient pour subventionner les pauvres et de définir clairement les manques à financer que l'Etat devrait s'efforcer de combler.

23. Dans des pays comme l'Ethiopie, le Ghana, le Mali, le Niger et le Zimbabwe, le traitement de la tuberculose est assuré gratuitement dans les établissements de santé publics, alors que le traitement des MST, qui sont également des maladies communicables, est payant.

24. Les mécanismes « stop-loss », c'est-à-dire de coup d'arrêt à la perte, sont des mécanismes simples qui peuvent être incorporés aux systèmes de tarification pour résoudre les problèmes relatifs aux risques. C'est ainsi que, pour les soins d'hospitalisation, les hôpitaux publics pourraient en exiger le paiement intégral les cinq premiers jours, mais ne plus le faire à partir du sixième pour « arrêter la perte ». Cette formule comporte de nombreuses variantes.

25. L'assurance par employeur interposé procède d'une décision prise par décret par le gouvernement, décision aux termes de laquelle l'employeur est tenu de fournir à ses employés, au nombre des avantages sociaux consentis aux employés, une forme quelconque d'assurance maladie. A cette fin, les employeurs versent généralement, à une caisse d'assurance maladie exploitée par une tierce partie, une contribution égale à celle des employés.

26. Le chiffre de 25 % obtenu pour le Kenya l'a été comme suit : environ 1 million de personnes adhèrent à la Caisse nationale d'assurance maladie; environ cinq autres personnes par famille sont également couvertes par cette assurance. Par conséquent, environ 6 millions de personnes, soit 25 % des 24 millions que compte la population du Kenya, étaient couvertes par l'assurance au début des années 90.

27. Ceci représente une forte chute par rapport aux 500.000 qui étaient encore assurés en 1989. Le Service tanzanien des maladies professionnelles est explicitement conçu pour être un organisme parapublic à but non lucratif, par opposition à d'autres organismes parapublics conçus pour être à but lucratif, mais qui n'ont de lucratif que le nom.

28. L'affirmation selon laquelle la faiblesse du revenu et du niveau d'instruction est corrélée à une forte incidence de morbidité et de mortalité trouve confirmation dans de nombreux écrits. Cette corrélation peut être en partie le résultat des conditions de vie associées à la pauvreté, qui sont également associées à un mauvais état de santé, comme des logements malsains et un milieu de travail pollué (Banque mondiale, 1993c).

29. Le recensement portait sur 3.035 malades hospitalisés dans trois des quatre hôpitaux d'aiguillage d'Etat, deux des 17 hôpitaux régionaux et quatre des 39 hôpitaux de district. Les « Tanzaniens de condition relativement aisée » se définissaient comme ceux qui avaient un emploi dans le secteur formel, à l'exclusion de la fonction publique.

30. Le secteur privé a commencé à se contracter à la fin des années 80, en partie à cause de la stagnation de l'économie et en partie à cause de la malencontreuse idée qu'a eue le gouvernement de développer à tout prix la capacité d'accueil des hôpitaux publics et parce qu'il a négligé le système de l'assurance.

31. Les subventions de l'Etat — déterminées par le nombre de lits d'hôpital — aux autres (sans désignation) hôpitaux bénévoles ne représentent que de 4 à 9 % du total des recettes.

32. La médecine privée a été légalisée en 1992. Environ 500 organismes et particuliers se sont fait enregistrer par le Ministère de la santé depuis lors; il s'agit toutefois, dans la plupart des cas, de petits dispensaires de Dar es-Salaam.

33. Le tableau de l'Appendice comporte, faute de données, un grand nombre de valeurs manquantes, ce qui fait que les inductions empiriques sont approximatives et l'information présentée dans le tableau devra être mise à jour à mesure qu'il deviendra possible d'obtenir des données améliorées.

Bibliographie

On utilise le terme « polycopié » pour désigner les ouvrages reproduits sans caractère officiel qu'il peut être difficile d'obtenir auprès des bibliothèques.

- Abel-Smith, Brian, and Ajay Dua. 1987. "The Potential of Community Financing of Health Sector in Developing Countries." In *Health Care Financing: Proceedings of the Regional Seminar on Health Care Financing*. Manila: Asian Development Bank, Economic Development Institute, and East-West Center.
- . 1988. "Community Financing in Developing Countries: The Potential for the Health Sector." *Health Policy and Planning* 3(2):95–108.
- Abel-Smith, Brian, and P. L. Rawal. 1992. "Health Sector Financing Study for the Government of Tanzania." Overseas Development Administration, London. Polycopié.
- Abu-Zeid, H. A. H., and W. M. Dann. 1985. "Health Utilization in Ismaila, Egypt." *Social Science and Medicine* 21:451–61.
- Akin, John S. 1989. "Economics of Health Insurance: Theory and Developed Country Experience." World Bank, Latin America Technical Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Akin, John S., Charles C. Griffin, D. K. Guilkey, and B. M. Popkin. 1985. *The Demand for Primary Health Services in the Third World*. Totowa, NJ: Rowman and Littlefield.
- Alderman, Harold, and Paul Gertler. 1989. *The Substitutability of Public and Private Health Care for the Treatment of Children in Pakistan*. LSMS Working Paper 57. Washington, D.C.: World Bank.
- Alihonou, E., L. Miller, and T. Gandaho. 1987. "People's Republic of Benin: Pahou Primary Health Care Project Report on the Community Financing." Report for USAID's Primary Health Care Operations Research Project (PRICOR). Center for Human Resources, Chevy Chase, MD. Polycopié.
- Atkinson, A. B. 1989. *Poverty and Social Security*. London: Wheatsheaf.
- Atkinson A. B., and John Hills. 1988. "Social Security in Developed Countries: Are There Lessons for Developing Countries?" Rockefeller Foundation, New York. Polycopié.
- Attah, E. B. 1986. "Underutilization of Public Sector Health Facilities in Imo State, Nigeria." Population, Health, and Nutrition Technical Note 86-1. World Bank, Washington, D.C. Polycopié.
- Barnum, Howard, and Joseph Kutzin. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Baum, Bernard H., and Teri Strenski. 1989. "Short Communication, Thailand: Current Public Health Perspectives." *International Journal of Health Planning and Management* 4:194–98.

- . Forthcoming. "Community Health Insurance through Prepayment Schemes in Guinea-Bissau." In R. Paul Shaw and Martha Ainsworth, eds., "Financing Health Services through User Fees and Insurance: Country Case Studies from Sub-Saharan Africa." World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Fabricant, Solomon, and Clifford Kamara. 1990. "The Financing of Community Health Services in Sierra Leone." Bamako Initiative Technical Report, UNICEF, New York. Polycopié.
- Ferster, G., P. H. van Kessel, Y. Abu-Bohene, and F. R. Mwambaghi. 1991. "Strategic Framework for the Cost-Sharing System for the Malawi Government Health Services. Volume 1 and 2, Government of Malawi, Llongwe.
- Forgy, Larry. 1993. "Economic and Financial Analysis for Health Sector Assessment." USAID, Nairobi. Polycopié.
- Forsberg, B. C. 1993. "Paying for Health Care: The Household Perspective." *Sweden Journal of Health Economics* 7(June):26-28.
- Gertler, Paul, Luis Locay, and Warren C. Sanderson. 1987. "Are User Fees Regressive?" *Journal of Econometrics* 36(supp.):67-88.
- Gertler, Paul, and Jacques van der Gaag. 1990. *The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Griffin, Charles C. 1987. "Risk-sharing Arrangements for Health Services in Rural Areas of the Developing World." The University of Oregon, Department of Economics, Eugene. Polycopié.
- . 1988. "User Charges for Health Care in Principle and Practice." Seminar Paper 37. World Bank, Economic Development Institute, Washington, D.C. Polycopié.
- . 1989. *Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector*. IFC Discussion Paper 4. Washington, D.C.: World Bank.
- . 1992. *Health Care in Asia: A Comparative Study of Cost and Financing*. Washington, D.C.: World Bank.
- Griffin, Charles C., and Vincente B. Paqueo. 1993. "The Development, Growth, and Distribution of Public and Private Medical Resources in the Philippines." In Anne Mills and Kenneth Lee, eds., *Health Economics Research in Developing Countries*. Oxford and New York: Oxford University Press: 81-112.
- Group Health Association of America. 1985. "Managed Prepaid Health Care in Latin America and the Caribbean: A Critical Assessment." USAID, Washington, D.C. Polycopié.
- Hecht, Robert, C. Overbolt, and H. Hopkins. 1993. "Improving the Implementation of Cost Recovery for Health: Lessons from Zimbabwe." *Health Policy* 25:213-42.
- Heller, Peter S. 1982. "A Model of the Demand for Medical Health Services in Peninsula Malaysia." *Social Science and Medicine* 16:267-84.
- International Labour Office. 1986. *Primary Health Care and Health Strategies in Latin American Social Security*. Geneva.
- Jancloes, Michel, B. Seck, L. van de Velden, and B. Nidiaye. 1985. "Financing Urban Primary Health Services." *Tropical Doctor* 15(2):98-104.
- Jimenez, Emmanuel. 1989. "Social Sector Pricing Policy Revisited: A Survey of Some Recent Controversies in Developing Countries." In Proceedings of the First Annual World Bank Conference on Development Economics. Washington, D.C.

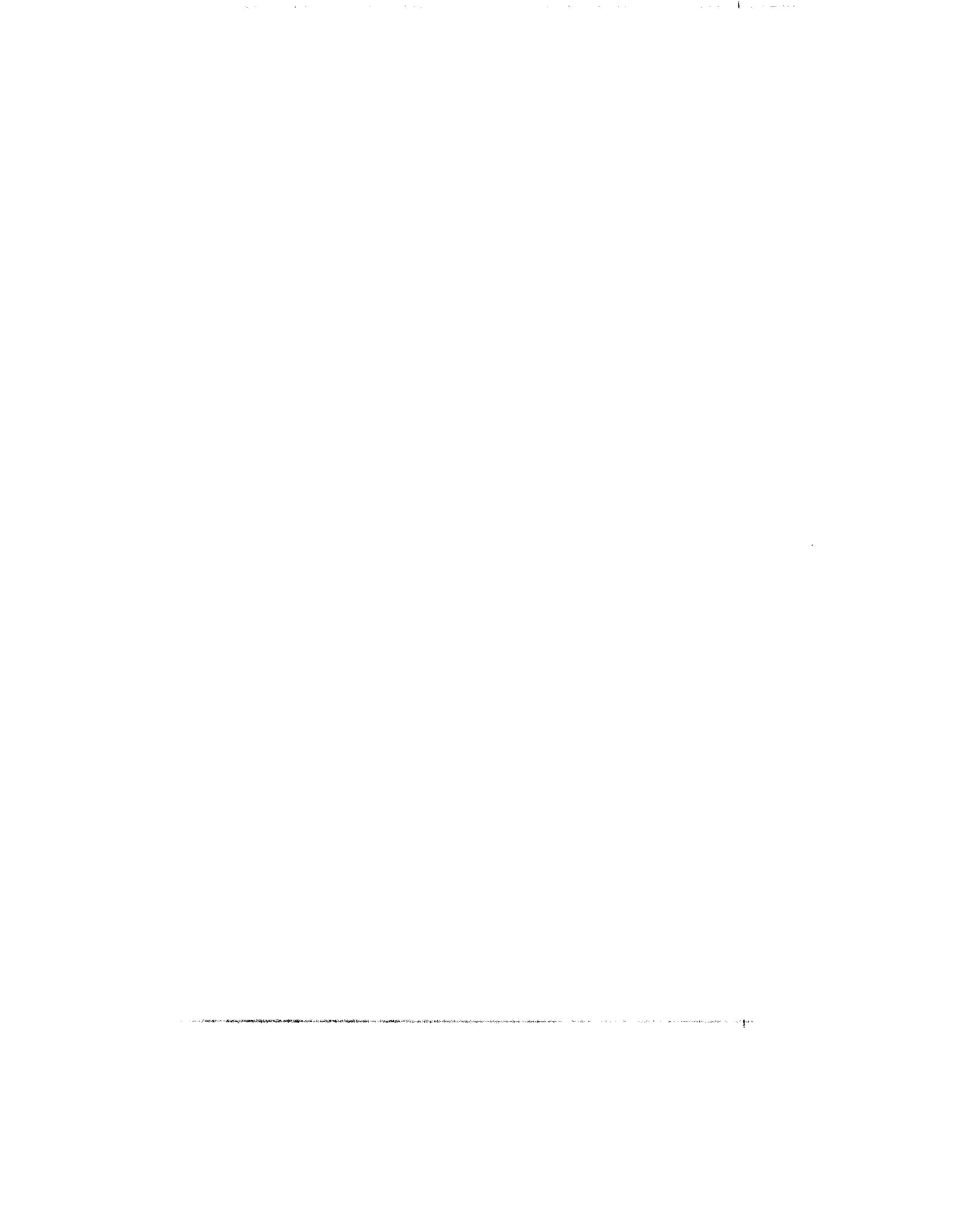
- Joseph, A. J., P. N. Kessler, and E. S. M. Quamina. 1922. "Program Assessment and Future Development of the WHO Program on Strengthening the District Health Systems Based on Primary Health Care." UNDP, New York. Polycopié.
- Kanji, Najimi. 1989. "Charging for Drugs in Africa: UNICEF's 'Bamako Initiative.'" *Health Planning and Policy* 4(2):110-20.
- Knippenberg, Rudolph, D. Levy-Bruhl, R. Osseni, K. Drame, A. Soucat, and C. Debeugny. 1990. "The Bamako Initiative: Primary Health Care Experience." *Children in the Tropics* 184/185:8-94.
- Korte, R., H. Richter, F. Merkle, and H. Görden. 1992. "Financing Health Services in Sub-Saharan Africa: Options for Decision-Makers during Adjustment." *Social Science and Medicine* 34(1):1-9.
- Kutzin, Joseph, and Howard Barnum. 1992. "How Health Insurance Affects the Delivery of Health Care in Developing Countries." WPS 852. World Bank, Population, Health, and Nutrition Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Lavy, Victor, and J. Germain. Forthcoming. "Tradeoffs in Cost, Quality and Accessibility in the Utilization of Health Facilities: Insights from Ghana." In R. Paul Shaw and Martha Ainsworth, eds., "Financing Health Services through User Fees and Insurance: Country Case Studies from Sub-Saharan Africa." World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Lavy, Victor, and John M. Quigley. 1993. *The Willingness to Pay for the Quality and Intensity of Medical Care*. LSMS Working Paper 94. Washington, D.C.: World Bank.
- Lavy, Victor, John Strauss, D. Thomas, and P. de Vreyer. 1992. "Quality of Health Care and Survival and Health Outcomes in Ghana." World Bank, Human Resources Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Levine, R. E., Charles C. Griffin, and T. Brown. 1992. "Means Testing in Cost Recovery: A Review of Experiences." Report for USAID Health Financing Sustainability Project. ABT Associates, Bethesda, MD. Polycopié.
- Litvack, Jennie, and Claude Bodart. 1993. "User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care: Results of a Field Experiment in Cameroon." *Social Science and Medicine* 37:369-83.
- Maclean, C. 1971. "Hospitals or Healers? An Attitude Survey in Ibadan." *Human Organization* 25:131-39.
- Makinen, Marty, and Stephen Block. 1986. "Pricing for Cost Recovery in Primary Health Care in Guinea." ABT Associates, Bethesda, MD.
- Makinen, Marty, and Keith McInnes. 1991. "Evidence on the Effectiveness of User Charges: Experience from Africa." Prepared for the workshop "Le Financement Communautaire des Services de Santé et les Médicaments Essentiels en Afrique: Où en Sommes Nous?" Centre International de l'Enfance, Château de Longchamp, Paris. ABT Associates, Bethesda, MD. Polycopié.
- Matji, Madibata, P. Ts'oene, A. Spencer, Paul Gertler, and D. Bryne. Forthcoming. "Do User Fees Reduce Demand for Health Care: Insights and Limitations of Service Statistics in Lesotho." In R. Paul Shaw and Martha Ainsworth, eds., "Financing Health Series through User Fees and Insurance: Country Case Studies from Sub-Saharan Africa." World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C. Polycopié.
- McGreevey, William P. 1988. "Priorities for Reform of Health Care, Nutrition, and Social Security in Brazil." Report 7086-BR. World Bank, Population, Health, and Nutrition Department, Washington, D.C. Polycopié.

- . 1990. "Social Security in Latin America: Issues and Options for the World Bank." World Bank, Latin America and the Caribbean Regional Office, Washington, D.C. Polycopié.
- McInnes, Keith. 1993. "Local Retention of User Fees in Government Health Facilities." ABT Associates for USAID Health Financing and Sustainability Project, Washington, D.C. Polycopié.
- McPake, Barbara. 1993. "User Charges for Health Services in Developing Countries: A Review of the Economic Literature." *Social Science and Medicine* 36(11):1397-405.
- McPake, Barbara, Kara Hanson, and Anne Mills. 1992. "Implementing the Bamako Initiative in Africa." PHP Publication 8. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Polycopié.
- . 1993. "Community Financing of Health Care in Africa: An Evaluation of the Bamako Initiative." *Social Science and Medicine* 36(11):1383-95.
- Miller, L. 1989. "Equity in the Context of Community Financing of Primary Health Care: Who Pays and Who Benefits?" Ph.D. dissertation. The Johns Hopkins University, Baltimore, MD. Polycopié.
- Mujinja, P. G. M., and Richard Mabala. 1992. "Charging for Services in Non-Government Health Facilities in Tanzania." Technical Report Series 7 for the Bamako Initiative. UNICEF, New York. Polycopié.
- Mwabu, Germano. 1986. "Health Care Decisions at the Household Level: Results of a Rural Health Survey in Kenya." *Social Science and Medicine* 22:315-19.
- . 1990. "Financing Health Services in Africa: An Assessment of Alternative Approaches." WPS 457. World Bank, Population, Health, and Nutrition Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Mwabu, Germano, Martha Ainsworth, and Andrew Nyamete. Forthcoming. "Effects of Prices, Service Quality and Availability on the Demand for Medical Care: Insights from Kenya." In R. Paul Shaw and Martha Ainsworth, eds., "Financing Health Services through User Fees and Insurance: Country Case Studies from Sub-Saharan Africa." World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Mwabu, Germano, and W. H. Mwangi. 1986. "Health Care Financing in Kenya: A Simulation for the Welfare Effects of User Fees." *Social Science and Medicine* 22:23-27.
- Myers, Charles N., Dow Mongkolsmai, and Banyanne Causino. 1985. "Financing Health Services and Medical Care in Thailand." Report prepared for USAID in Bangkok. Harvard Institute for International Development, Cambridge, MA. Polycopié.
- Nolan, Brian, and Vincent Turbat. 1993. "Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa." World Bank, Economic Development Institute, Washington, D.C. Polycopié.
- Normand, Charles, and Axel Weber. 1994. *Social Health Insurance*. Geneva: World Health Organization.
- Olsen, I. T., and Sigrun Mogedal. 1993. "Sustainable Basic Care and the Public/Private Mix." *Forum for Development Studies* (1):87-100.
- Pan American Health Organization. 1984. Report to the Director. Washington, D.C.

- . 1990. "The Role of Social Security in the Provision of Medical Care in the English-Speaking Caribbean." *Bulletin of the Pan American Health Organization* 246(3):341-47.
- Pangu, K. A., and W. Van Lerberghe. 1990. "Autofinancement et autogestion des Services de Santé de base." *World Health Forum* 11:451-54.
- Pauly, Mark V. 1974. "Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Roles of Moral Hazard and Adverse Selection." *Quarterly Journal of Economics* 88:44-62.
- . 1986. "Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the National Economy." *Journal of Economic Literature* 24:629-75.
- Philippines, Department of Health Licensing Bureau. Annual. *Annual List of Licensed Hospitals*. Manila.
- Prescott, Nicholas, John Akin, Howard Barnum, Kenneth Chomitz, and Mark Wheeler. 1988. "Indonesia: Issues in Health Planning and Budgeting." Report 7291-IND. World Bank, East Asia and Pacific Country Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Ross, David. 1986. "Does Training TBAS Prevent Neonatal Tetanus?" *Health Policy and Planning* 1(2):89-98.
- Shalizi, Zmarak, and Lyn Squire. 1988. *Tax Policy in Sub-Saharan Africa: A Framework for Analysis*. Policy and Research Series 2. Washington, D.C.: World Bank.
- Shaw, R. Paul, and Martha Ainsworth. Forthcoming. "Financing Health Services through User Fees and Insurance: Country Case Studies from Sub-Saharan Africa." World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Shepard, Donald S., G. Carrin, and P. Nyandagazi. 1987. "Self-Financing of Health Care at Government Health Centers in Rwanda." Harvard Institute for International Development, Cambridge, MA. Polycopié.
- Shepard, Donald S., Taryn Vian, and Eckhard F. Kleinau. 1990. "Health Insurance in Zaire." wps 489. World Bank, Africa Technical Department, Washington, D.C. Polycopié.
- . Forthcoming. "Impacts of Four Health Insurance Programs in Rural and Urban Areas of Zaire." In R. Paul Shaw and Martha Ainsworth eds., "Financing Health Services through User Fees and Insurance: Country Case Studies from Sub-Saharan Africa." World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C. Polycopié.
- Sidders, Bryan. 1994. "Medical Aid: An Industry in Crisis." *Flying Springbok* January: 101-07.
- Smithson, Paul. 1993. "Sustainability in the Health Sector: Part 2: Financial Constraints to Health Service Operation and Development in Ghana." Save the Children Fund, London. Polycopié.
- Stinson, Wayne W. 1982. *Community Financing*. Washington, D.C.: American Public Health Association.
- Stinson, Wayne W., Marty Pipp, La Rue Seims, and Pat Sayer. 1987. "Community Financing of Primary Health Care: The PRICOR Experience. A Comparative Analysis." Center for Human Resources, Chevy Chase, MD. Polycopié.
- Tanzania, Ministry of Health. 1993. "Tanzania Health Statistics Abstract 1." Health Information Systems Unit, Dar es Salaam. Polycopié.

- Thomas, Duncan, Victor Lavy, and John Strauss. 1992. *Public Policy and Anthropometric Outcomes in Côte d'Ivoire*. LSMS Working Paper 89. Washington, D.C.: World Bank.
- Tilney, John R., Ricardo Bitran, David Deal, and Bineta Ba. 1992. "The Gambia: Review of Ministry of Health Cost Recovery Program." ABT Associates, Cambridge, MA. Polycopié.
- UNDP/World Bank. 1992. *African Development Indicators*. Washington, D.C.
- Unger, J. P., Amadou Mbaye, and Moussa Diao. 1990. "From Bamako to Kolda: A Case Study of Medicines and the Financing of District Health Services." *Health Planning and Policy* 5(4):367-77.
- UNICEF. 1992. "The Bamako Initiative: Progress Report to the UNICEF Board 1992 Session." New York. Polycopié.
- United States, Department of Health and Human Services, Social Security Administration. 1992. *Social Security Programs throughout the World in 1991*. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- USAID. 1993. "Background Document for the Development of a Strategic Framework in the Area of Health Care Financing and Sustainability." Washington, D.C. Polycopié.
- Vogel, Ronald J. 1987. "Health Cost Recovery in Mali and Senegal: Preliminary Report after Mission." World Bank, Population, Health, and Nutrition Department, Washington, D.C. Polycopié.
- . 1988. *Cost Recovery in the Health Care Sector: Selected Country Studies in West Africa*. Technical Paper 82. Washington, D.C.: World Bank.
- . 1990. "Health Insurance in Sub-Saharan Africa." WPS 476. World Bank, Africa Technical Department, Washington, D.C. Polycopié.
- . 1993. "Financing Health Care in Sub-Saharan Africa: A Policy Study." Basic Health Management, Inc. for the African Development Bank, Silver Spring, MD. Polycopié.
- Waddington, C. J., and K. A. Enyimayew. 1989. "A Price to Pay, Part 1: The Impact of User Charges in Ashanti-Akim District, Ghana." *International Journal of Health Planning and Management* 4:17-47.
- . 1990. "A Price to Pay, Part 2: The Impact of User Charges in the Volta Region of Ghana." *International Journal of Health Planning and Management* 5:287-312.
- Weaver, Marcia, Kadi Handou, and Zeynabou Mohamed. 1990. "Patient Surveys at Niamey National Hospital: Results and Implications for Reform of Hospital Fees." USAID Project 683-0254. Washington, D.C. Polycopié.
- Weaver, Marcia, Robert Ndamobissi, Ruth Kornfield, Cesaire Blewane, Antoine Sathe, Michael Chapko, and L. P. Ngueretia. 1993. "Willingness to Pay for Child Survival: Results of a National Survey in Central African Republic." USAID Health Finance and Sustainability Project. Washington, D.C. Polycopié.
- Willis, C. Y. 1993. "Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries: Phase I." ABT Associates for USAID Health Financing and Sustainability Project. Bethesda, MD. Polycopié.
- Wilson, Charles. 1977. "A Model of Insurance Markets with Complete Information." *Journal of Economic Theory* 16:167-207.
- World Bank. 1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Washington D.C.

- . 1988. "Kenya: Review of Expenditure Issues and Options in Health Financing." Report 8382. Western Africa Department, Washington, D.C. Polycopié.
- . 1989. *World Development Report 1989: Financial Systems and Development*. New York: Oxford University Press.
- . 1991. "Federal Republic of Nigeria: Health Care Cost, Financing and Utilization." Report 8382-UNI. Western Africa Department, Washington, D.C. Polycopié.
- . 1992a. *China: Long-term Issues and Options in the Health Transition*. Washington, D.C.
- . 1992b. "Pharmaceutical Expenditures and Cost Recovery Schemes in Sub-Saharan Africa." Technical Paper 4. Africa Technical Department, Washington, D.C. Polycopié.
- . 1993a. "Tanzania Human Resource Development Survey." Eastern African Department. Polycopié.
- . 1993b. "Uganda Social Sector Strategy, Volume 1: The Main Report." Report 10765-UG. Eastern Africa Department, Washington, D.C. Polycopié.
- . 1993c. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- . 1994. *Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned*. Washington, D.C.
- Wouters, Annemarie. 1991. "Essential National Health Research in Developing Countries: Health Care Financing and the Quality of Care." *International Journal of Health Planning and Management* 6:253-71.
- Wouters, Annemarie, Olusoji Adeyi, and Richard Morrow. 1993. "Quality of Health Care and Its Role in Cost Recovery with a Focus on Empirical Findings about Willingness to Pay for Quality Improvements." Report for Health Financing and Sustainability Project. ABT Associates, Bethesda, MD. Polycopié.
- Yang, Bong-Min. 1990. "Health Insurance in Korea: Opportunities and Challenges." *Health Policy and Planning*. 6(2):119-29.
- Yoder, R. A. 1989. "Are People Willing and Able to Pay for Health Services?" *Social Science and Medicine* 29:35-42.
- Zschock, Dieter. 1986. "Medical Care under Social Insurance in Latin America." *Latin American Research Review* 21:99-122.





BANQUE MONDIALE

SIEGE

1818 H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433, U.S.A.

TELEPHONE: (202) 477-1234
TELECOPIE: (202) 477-6391
TELEX: MCI 64145 WORLDBANK
MCI 248423 WORLDBANK

ADRESSE
TELEGRAPHIQUE: INTBAFRAD
WASHINGTONDC

BUREAU EUROPEEN

66, avenue d'Iéna
75116 Paris, France

TELEPHONE: (1) 40.69.30.00
TELECOPIE: (1) 40.69.30.66
TELEX: 640651

BUREAU DE TOKYO

Kokusai Building
1-1 Marunouchi 3-chome
Chiyoda-ku, Tokyo 100, Japon

TELEPHONE: (3) 3214-5001
TELECOPIE: (3) 3214-3657
TELEX: 26838