

Une vue d'hélicoptère : Cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique Francophone

Résumé exécutif¹

Allison Kelley (Coordinatrice)
Isidore Sieleunou (Cameroun)
Longin Gashubije (Burundi)
H. Felicien Hounye (Bénin)
Amadou Monzon Samake (Mali)
Ma-nitu Serge Mayaka
(République Démocratique du Congo)
Mamadou Samba (Côte d'Ivoire)
Salomon Garba Tchang (Tchad)
Mahaman Moha (Niger)
Maurice Yé (Burkina Faso)
Philémon Mbessan (République Centrafricaine)
Adam Zakillatou (Togo)
Bruno Meessen (Institut de Médecine Tropicale -Anvers)



Dessin de Glez du Burkina Faso (www.glez.org)

Si la couverture universelle en santé s'inscrit comme une priorité sur de nombreux agendas politiques, sa mise en œuvre est à la fois politique et technique. De facto, cette dernière va consister en un processus progressif d'ajout et d'articulation de régimes couvrant des ayants-droits ou des problèmes de santé divers.

Contexte

Lors d'un atelier à Bujumbura en 2012, les experts des communautés de pratique (CdP) *Financement Basé sur la Performance* (FBP) et *Accès Financier aux Services de Santé* (AFSS) avaient identifié l'agencement harmonieux des mécanismes de financement comme un enjeu important pour leurs pays, tant du point de vue des ministères et administrations sanitaires, que de celui des usagers et des formations sanitaires. Leur analyse est qu'aujourd'hui, c'est un enchevêtrement de mécanismes peu coordonnés qui prévaut : une 'gratuité' pour les femmes enceintes, une assurance obligatoire pour les fonctionnaires, des mutuelles à adhésion volontaire, le financement public des infrastructures et des salaires, un financement basé sur la performance et bien d'autres régimes de financement de la santé, qui s'empilent les uns sur les autres. Le souhait des experts des CdP était de documenter ces situations pour pouvoir à terme agir dessus.

¹ Le rapport entier est disponible au :
http://www.healthfinancingafrica.org/uploads/8/0/8/8/8088846/rapport_phase_1_recherche_collaborative_muskoka.pdf

C'est ainsi que ce projet de recherche collaborative est né. Ce projet a été conçu en deux étapes : une première serait descriptive et large – elle produirait une description rapide des situations dans un grand nombre de pays ; il s'agissait également de tester la capacité des CdP à servir de plateforme pour un projet de recherche. La seconde étape serait plus analytique et porterait éventuellement sur un nombre plus restreint de pays.

Le présent document rapporte les résultats de la première étape de notre programme d'investigation. Il dresse une première cartographie des mécanismes de financement dans 12 pays de l'Afrique francophone, soit presque un quart du continent. Ce rapport d'analyse transversale capitalise sur la documentation individuelle de chaque pays par des experts nationaux des CdP.² Ce rapport résume notre apprentissage tant sur le fond (la problématique de l'écheveau des régimes de financement de la santé) que sur le processus (commenter conduire une recherche comme CdP).

Bien que descriptive, cette étude met la lumière sur une problématique commune en Afrique : celle de systèmes de financement de la santé très fragmentés (23 mécanismes de financement de la santé en moyenne) et marqués par leur manque d'articulation et leur forte dépendance sur l'extérieur, gageant leur efficacité, équité, ou pérennité. Cette étude tire la sonnette d'alarme : il est peu probable que l'on va construire la CUS sur une telle combinaison désarticulée des mécanismes de financement de la santé ; bien plus, cela pourrait constituer une vraie entrave.

Constats

Premièrement, lors de nos travaux, dans plusieurs pays, nous avons buté contre le problème de la disponibilité des informations sur les régimes de financement de la santé (RFS). Sans information sur chaque mécanisme de financement, il est bien sûr difficile de produire une bonne cartographie de l'écheveau complet. Cela entrave une bonne compréhension de cette situation complexe, et donc aussi une meilleure articulation des mécanismes de financement.

Deuxièmement, nos cartographies montrent que dans beaucoup de pays, coexistent simultanément des « trous » dans la couverture de la population (personnes non couvertes ou très peu couvertes) et des redondances (certains groupes bénéficiant d'une possible prise en charge par plusieurs RFS). Les groupes les plus ciblés sont les femmes enceintes les enfants de moins de cinq ans, et les fonctionnaires et salariés du secteur formel. La verticalité au niveau des prestations prises en charge et la sélectivité des populations ciblées se traduisent en couvertures très partielles, qui ne garantissent pas par exemple une continuité dans la prise en charge thérapeutique.

² Pour accéder à ces analyses pays, prière de contacter l'expert concerné (voir liste en annexe B du rapport).

Troisièmement, nos cartographies montrent la forte dépendance du financement de la santé vis-à-vis de l'extérieur. Cela a une influence considérable sur la structure du financement de la santé et aggrave non seulement le problème de fragmentation, mais aussi de gouvernance du financement de la santé. La montée en puissance des programmes spécialisés entraîne la verticalisation de la prise en charge et le manque de centralisation au niveau du Ministère de la Santé des informations financières gérées par les bailleurs extérieurs. Cela freine le leadership de l'Etat dans le pilotage de la CUS.

Quatrièmement, nous avons constaté un manque de cohérence en termes de prévisibilité et régularité des modalités de financement des structures de soins. Certains RFS semblent aussi contradictoires (ex: mutuelles et gratuité des soins). Ce manque de cohérence, qui est souvent le résultat d'une histoire, constitue un obstacle important à l'extension effective de la CUS.

Le résultat général de ce projet de recherche est de faire ressortir une priorité commune et urgente : les 12 pays de l'étude sont aux prises avec l'articulation d'un grand nombre de régimes de financement de la santé. Aujourd'hui, tous les pays subissent un niveau de fragmentation qui ne favorise ni l'efficience, ni l'équité, et qui n'assure qu'une couverture partielle. Cette réalité est à intégrer dans la réflexion stratégique du meilleur chemin pour progresser vers la CUS. Si certains pays sont en train de relever le défi de construire une politique nationale du financement de la santé, d'autres sont en retard à cet égard.

Si notre étude était ambitieuse dans sa couverture (12 pays), elle était modeste dans sa profondeur. De nombreuses questions subsistent. Les plus brûlantes sont : « Comment arriver à plus de synergie entre ces mécanismes de financement de la santé » ? « Existe-il une structuration qui serait optimale » ?

Notre hypothèse est qu'en fait, chaque pays va faire face à des opportunités et contraintes différentes. Dès lors, notre proposition pour la seconde phase de recherche est d'aborder ces enjeux comme une problématique de processus. Nous proposons d'apprécier dans quelle mesure les acteurs en charge de la progression vers la CUS, et les ministères de la santé en particulier, sont équipés sur le plan des processus informationnels et cognitifs pour assurer une organisation des RFS soutenant mieux la progression vers la CUS (voir plus bas).

Recommandations

Aux Ministères de la santé –

- Mettez en place un pilotage centralisé de la CUS ; ce pilotage doit passer par la mise en d'un portail ouvert pour une collecte centralisée de l'information sur le financement et la performance de tous les RFS, y compris ceux financés par l'extérieur.
- Cherchez des synergies et couplages entre les RFS et harmonisez les modalités de paiement des prestataires des soins. Prenez des décisions quand les RFS sont en conflit.

- Utilisez le processus d'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la sante pour réformer l'architecture du financement de la santé et arrangements institutionnels.

Aux partenaires techniques et financiers –

- Assurez la cohérence de vos financements avec la stratégie nationale de financement de la CUS ; cherchez des synergies avec des modalités de financement existantes ; évitez de créer des systèmes de financement parallèles ; soyez transparents sur vos financements.

A la communauté scientifique –

- Donnez une priorité à la recherche sur ces questions d'articulation des RFS et comment cet agencement doit être géré de façon dynamique.

Nous concluons qu'il ne sera pas possible d'établir une vision de progression vers la CUS sans mieux comprendre la complexité de l'écheveau des mécanismes de financement de la santé – les causes sous-jacentes (notamment les rapports de forces entre acteurs), les blocages que cela peut créer et bien entendu les trous et redondances dans les couvertures.

Chaque pays va faire face à sa situation particulière. Cela pose un défi aux partenaires appelés à aider les gouvernements désireux d'accélérer leur progression vers la CUS.

Vers une Phase 2

La déficience d'information sur les nombreux mécanismes de financement déjà existants indique une recommandation qui s'applique à tous : se donner la capacité d'analyser l'information et d'apprendre. Notre proposition est que les MSP deviennent des « organisations apprenantes » - sans cette capacité, les progrès vers la CUS resteront limités.

C'est sur base de cette analyse que nous proposons de consacrer la deuxième phase de notre programme de recherche Muskoka. De fait, comme analysé dans ce rapport, les CdP ont démontré avec ce projet leur capacité à mener une recherche collaborative de grande ampleur. Bien sûr des difficultés ont été rencontrées – elles sont identifiées et discutées dans ce rapport. Mais nous pensons qu'il est possible de construire sur la dynamique collaborative fructueuse de la première phase pour approfondir une question particulière, la seule qui nous paraît commune à tous les pays : celle de la mesure selon laquelle les MSP satisfont au profil de l'organisation apprenante pour progresser – et pour mesurer leur progrès - vers la CUS.

Avec le soutien financier de :



