

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-huitième session

Dakar, République du Sénégal, 27-31 août 2018

Point 13 de l'ordre du jour provisoire

**ASSURER UN FINANCEMENT DURABLE DE LA COUVERTURE SANITAIRE
UNIVERSELLE EN AFRIQUE FACE À L'ÉVOLUTION DES FACTEURS
ÉCONOMIQUES MONDIAUX ET LOCAUX**

Rapport du Secrétariat

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1-5
ENJEUX ET DÉFIS	6-14
MESURES PROPOSÉES	15-25

CONTEXTE

1. La couverture sanitaire universelle vise à assurer l'accès de toutes les populations sans exclusive aux services de santé essentiels dont elles ont besoin pour leur santé et leur bien-être sans pour autant encourir de difficultés financières. La couverture sanitaire universelle traduit les efforts déployés pour garantir le droit de chaque individu à la santé et au bien-être tout au long de sa vie, en prenant en considération les changements qui s'opèrent sur les plans social, économique, politique et environnemental. C'est un outil primordial pour atteindre la meilleure qualité de vie possible et pour mettre en route un développement économique durable et inclusif. Pourtant, en Afrique, moins de la moitié de la population a accès aux services de santé essentiels dont elle a besoin pour exercer son droit fondamental à la santé¹.

2. La viabilité du financement est un élément crucial pour converger vers la couverture sanitaire universelle, et contribue de ce fait à l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD). Les États Membres² ont reconnu l'importance d'un financement durable en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Le financement durable passe non seulement par la mobilisation de ressources financières suffisantes pour soutenir les services, mais également par des mesures visant à faire en sorte que ces fonds soient affectés et utilisés de façon équitable, rationnelle et prévisible dans le temps afin de protéger les ménages des difficultés financières.

3. Plusieurs États Membres de la Région ont enclenché des réformes innovantes pour progresser vers un financement durable nécessaire à la couverture sanitaire universelle. Par exemple, en 2007, le Gabon a promulgué une loi portant création d'un régime d'assurance-maladie dénommé la « Caisse nationale d'assurance-maladie et de garantie sociale (CNAMGS) ». Ce régime d'assurance est en partie financé par des contributions du secteur formel et subventionné pour les personnes démunies par le prélèvement d'une taxe de 10 % sur les ventes de téléphones mobiles et par une taxe de 1,5 % sur les transferts de fonds effectués par la diaspora gabonaise. Les dépenses totales de santé par habitant ont augmenté au fil du temps, passant de 247 dollars internationaux³ en 2007 pour s'établir à 321 dollars internationaux⁴ en 2014. Bien plus, la part des paiements directs par les usagers dans les dépenses totales de santé a baissé, passant de 44 % en 2007 à 22 % en 2014. D'autres pays tels que le Rwanda ont introduit un système d'assurance-maladie dans le cadre des efforts qu'ils déploient pour financer un ensemble de mesures essentielles, portant la couverture des populations par les services de santé à 74 %⁵.

4. Les États Membres de la Région ont adopté un cadre d'action pour développer les systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle en Afrique, dans le contexte des objectifs de

1 Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement. *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. 2017.

2 Assemblée générale des Nations Unies, résolution A/RES/67/81. Santé mondiale et politique étrangère, décembre 2012.

3 Unité monétaire qui permettrait d'acheter dans un pays donné une quantité de biens et de services comparable à celle que l'on pourrait acquérir avec US \$1 aux États-Unis. Source : Banque mondiale. Pour plus d'informations, veuillez cliquer sur <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/114944-what-is-an-international-dollar> (consulté le 15 mai 2018).

4 Musango, L., Aboubacar, I. « Assurance-maladie obligatoire au Gabon : un atout pour le bien-être de la population ». Rapport sur la santé dans le monde 2010.

5 Gouvernement du Rwanda, 2016. « Enquête démographique et sanitaire au Rwanda 2014-2015 ». Kigali, Rwanda, 2016. Enquête réalisée par l'Institut national de la statistique, le ministère des Finances et de la Planification économique, le ministère de la Santé et ICF International.

développement durable (voir à cet effet le document AFR/RC67/10)⁶. Ledit cadre propose aux pays un éventail d'options qu'ils peuvent choisir, à mesure qu'ils s'attèlent à améliorer leurs systèmes et services, dans le but de faciliter la progression vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte des autres cibles des objectifs de développement durable. Le cadre d'action reconnaît que l'on doit impérativement trouver des voies et moyens innovants de financer les services de santé pour assurer la couverture sanitaire universelle dans la Région. Au demeurant, de telles innovations s'avèrent nécessaires pour mobiliser les ressources requises, de manière équitable et rationnelle.

5. Le présent document technique passe en revue l'état des dépenses de santé dans la Région africaine et donne des orientations aux États Membres afin de leur permettre de relever les défis liés à l'instauration de la couverture sanitaire universelle et à l'atteinte des objectifs de développement durable.

ENJEUX ET DÉFIS

6. **L'inadéquation des dépenses de santé.** En moyenne, les dépenses totales de santé par habitant ont augmenté de 6,83 % par an dans la Région, passant de 141,65 dollars internationaux en 2000 à 296,52 dollars internationaux en 2015. Le taux de croissance de ces dépenses était certes comparable à celui des autres Régions de l'OMS, mais les dépenses totales de santé étaient, en valeur absolue, inférieures à celles de toutes les autres Régions, exception faite de la Région de l'Asie du Sud-Est. Bien plus, la Région africaine se caractérise par des inégalités manifestes en ce qui concerne les dépenses totales de santé, lesquelles oscillent entre 99,49 dollars internationaux par habitant dans les pays à faible revenu et 898,40 dollars internationaux par habitant dans des pays à revenu élevé tels que les Seychelles.

7. **Des paiements directs de santé élevés.** Les fonds destinés à la santé sont principalement issus de sources publiques, privées ou externes, de donateurs ou des paiements effectués directement par l'utilisateur au point de prestation. De toutes ces sources de financement de la santé, les dépenses directes de santé constituent sans nul doute la source la plus inéquitable, car très susceptible de déboucher sur des dépenses de santé catastrophiques. Les statistiques montrent que la part moyenne des paiements directs dans les dépenses totales de santé a diminué, passant de 44,55 % en 2000 pour se situer à 34,98 % en 2015. Cette baisse est spectaculaire dans la mesure où une part des paiements directs supérieure au seuil de 15-20 % des dépenses totales de santé est largement associée à une forte incidence de dépenses de santé catastrophiques⁷. D'après des données scientifiques récentes, la Région africaine présente le taux de croissance le plus rapide des dépenses de santé catastrophiques⁸ depuis 2000 (ce taux est estimé à 5,9 % par an en moyenne) et enregistre aussi le plus faible taux de couverture par les services de santé essentiels¹.

8. **Des taux d'appauvrissement élevés dus à la mauvaise santé.** Dans la Région africaine, 118 millions de personnes, soit 11,4 % de la population totale des États Membres, doivent faire face

⁶ Ce document peut être consulté sur le site Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, en suivant le lien : <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-01/AFR-RC67-10%20Framework%20for%20health%20systems%20development-Rev%2023.09.17.pdf>.

⁷ Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2010. *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, 2010.

⁸ Des dépenses de santé catastrophiques se produisent lorsque les paiements directs des services de santé absorbent une proportion si importante (sur la base d'un seuil prédéterminé) du revenu disponible d'un ménage que celui-ci peut sombrer dans la pauvreté, à cause de ces paiements.

à des dépenses de santé catastrophiques. De surcroît, les régions de l'OMS en Afrique et en Asie concentrent 97 % des 97 millions de personnes qui se sont appauvries à cause des dépenses de santé³.

9. **La baisse des performances économiques dans les États Membres.** Il ressort des statistiques établies par la Banque mondiale que la croissance économique est restée étale en Afrique subsaharienne entre 2000 et 2016. Cependant, ces dernières années, le taux de croissance s'est nettement tassé. Ainsi, d'après les estimations, la croissance économique était de seulement 1,24 % en 2016, alors qu'elle avait plafonné à 7,08 % en 2007⁹. Cet état des choses limite sans doute la gamme d'options efficaces disponibles pour accroître la marge de manœuvre budgétaire requise pour le financement de la santé.

10. **L'inadéquation des dépenses publiques de santé et leur répartition inéquitable.** Les États Membres se sont engagés à consacrer au moins 15 % du budget national à la santé. Mais cet engagement ne s'est pas toujours traduit par une hausse de l'allocation budgétaire au secteur de la santé. En réalité, la part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales a diminué dans 21 des 47 États Membres de la Région africaine depuis 2000¹⁰. En moyenne, les États Membres n'ont consacré que 9,9 % de leur budget à la santé en 2014, une proportion bien inférieure à ce qui se fait dans les autres régions du monde⁸. Les dépenses de santé représentent globalement 2,01 % du PIB⁷ des pays dans la Région africaine, mais elles oscillent entre 0,4 % du PIB au Nigéria et 5,62 % du PIB en Namibie, traduisant les inégalités marquées qui existent dans tous les pays en ce qui concerne les dépenses de santé⁸. Par ailleurs, les dépenses publiques de santé varient considérablement entre pays ayant des niveaux de revenu similaires (elles sont comprises entre 10 % et 60 % des dépenses totales de santé), ce qui porte à croire que d'autres facteurs influent sur l'allocation budgétaire consacrée au secteur de la santé. De plus, il a été démontré récemment que le budget public destiné à la santé dans la Région est utilisé en grande partie pour subventionner les personnes nanties¹¹. Aussi convient-il de mieux cibler les dépenses afin d'améliorer l'équité.

11. **L'inadéquation de la couverture par les systèmes de prépaiement.** Les mécanismes de prépaiement obligatoire constituent des moyens comparativement plus équitables et constituent un moyen durable d'accroître la protection financière¹² des populations. La part des dépenses totales de santé issues des régimes de prépaiement tels que l'assurance-maladie représentait une très faible proportion (3,87 %) des dépenses de santé dans la Région africaine en 2015, soit une augmentation modeste par rapport aux 2,47 % enregistrés en 2000. À l'heure actuelle, seuls quatre États Membres sont parvenus à couvrir plus de 20 % de la population par un régime d'assurance-maladie. Il s'agit du Rwanda (74 %)⁴, du Ghana (55 %)¹³, du Gabon (40 %)¹⁴ et du Kenya (20 %)¹⁵.

⁹ <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG> (consulté le 15 mai 2018).

¹⁰ Calculs effectués par l'OMS d'après les informations contenues dans la base de données mondiale sur les dépenses de santé. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG> (consulté le 16 mai 2018).

¹¹ Asante A, Price J, Hayen A, Jan S, Wiseman V. Equity in health care financing in low-and middle-income countries: a systematic review of evidence from studies using benefit and financing incidence analyses. *PLoS one*. 2016;11(4):e0152866

¹² Xu, Ke, et al. *Protecting households from catastrophic health spending*. *Health affairs* 26.4 (2007): 972-983.

¹³ Ghana Statistical Service (GSS), Ghana Health Service (GHS), International. I. Ghana Demographic and Health Survey 2014. Rockville, Maryland, USA: GSS, GHS, and ICF International; 2015.

¹⁴ Direction générale de la statistique du Gabon et ICF International. Enquête démographique et de santé au Gabon (2012). Calverton, Maryland, États-Unis, 2013.

¹⁵ Kenya National Bureau of Statistics, Ministry of Health/Kenya, National AIDS Control Council/Kenya, Kenya Medical Research Institute, Population NCF, Development/Kenya. Kenya Demographic and Health Survey 2014. Rockville, MD, USA; 2015.

12. **Une dépendance accrue à l'égard du financement extérieur de la santé.** Dans la Région africaine, la part du financement extérieur dans les dépenses totales de santé est passée de 9 % en 2000 pour s'établir à 24,42 % en 2015⁹. Cette hausse a coïncidé avec une réduction du volume des dépenses publiques, ce qui laisse suggérer un effet de déplacement du financement public par le financement extérieur. La dépendance accrue à l'égard du financement extérieur n'est pas de bon augure pour la viabilité du financement en Afrique, le financement extérieur étant par essence imprévisible.

13. **La faiblesse des systèmes d'information et des bases de données factuelles sur le financement de la santé dans les pays.** L'insuffisance de données factuelles entrave la planification et le suivi efficaces du financement de la santé dans la Région. Cette situation se justifie en grande partie par une institutionnalisation insuffisante du suivi prospectif et rétrospectif des ressources, ainsi que par le manque d'un système de production régulière de données issues d'enquêtes auprès des ménages qui fournissent des informations sur l'utilisation et les paiements des services de santé par les ménages. Il se pose donc un problème lié à la disponibilité en temps voulu d'éléments factuels sur les dépenses, l'utilisation et la répartition des avantages du financement public dans les pays, auquel s'ajoute la faiblesse de la protection financière.

14. **Le manque de corrélation entre ressources et services essentiels.** Les ressources sont principalement mobilisées pour fournir les services essentiels dont les populations ont besoin pour leur santé et leur bien-être. Toutefois, de nombreux États Membres ne disposent pas d'un ensemble de services de santé essentiels actualisés pour guider les investissements consentis sur les ressources mobilisées. Cela induit le risque d'une mauvaise allocation des ressources mobilisées en l'absence d'un processus fondé sur des bases factuelles pour déterminer les priorités d'investissement.

MESURES PROPOSÉES

Les États Membres devraient :

15. **Mettre en place des mécanismes pour accroître le financement public national de la santé.** Les États Membres devraient prendre des mesures visant à accroître la mobilisation des ressources intérieures en vue d'améliorer le financement public de la santé. Parmi les mesures reposant sur des bases factuelles que l'on pourrait prendre figurent : i) les régimes de prépaiement obligatoires (par exemple, un régime national d'assurance-maladie), éventuellement assortis de subventions publiques en faveur des personnes qui n'ont pas les moyens de contribuer à l'assurance-maladie ; ii) le prélèvement de nouvelles taxes sur la valeur ajoutée, sur les transactions financières effectuées en utilisant les téléphones portables, et sur les produits qui s'avèrent nocifs pour la santé (sucre, tabac et alcool) ; iii) les subventions croisées des régimes d'assurance privée, entre autres. L'adoption de nouvelles sources de financement pour la santé devrait être guidée par le contexte macroéconomique et social, ainsi que par l'équité et la rentabilité des sources proposées.

16. **Abandonner les paiements directs de santé en espèces au profit de moyens de paiement plus progressifs.** Si les paiements directs de santé par l'utilisateur restent une source de financement essentielle, en particulier pour les activités menées au niveau des formations sanitaires dans certains États Membres, leur nature régressive rend ces paiements incompatibles avec ce que l'on est en droit d'attendre de la couverture sanitaire universelle. Aussi les États Membres devraient-ils étudier les changements institutionnels qui s'avèrent nécessaires pour passer des paiements directs effectués par l'utilisateur pour sa santé à une modalité de prépaiement. Mais l'on doit veiller dans cette démarche à ce

que la formation sanitaire continue de mener ses activités avec la même latitude d'action que lui conféraient les paiements directs de santé effectués par les usagers.

17. **Élaborer et mettre en œuvre des stratégies idoines de mobilisation des ressources pour ne plus dépendre exclusivement de l'appui financier extérieur.** En vue de soutenir la transition vers l'autosuffisance en matière de dépenses de santé, les États Membres devraient lancer très rapidement la planification et la mise en œuvre des réformes pour le financement durable. L'adoption de nouvelles technologies devrait aussi tenir compte du rapport coût-efficacité, de l'accessibilité financière, de l'impact budgétaire, de la durabilité et de la nécessité des interventions sanitaires, ainsi que de l'intégration des interventions choisies dans les systèmes nationaux globaux tels que les mécanismes de passation de marchés publics.

18. **Renforcer l'efficacité des dépenses de santé.** En plus de mobiliser plus de ressources au profit de la santé, les États Membres devraient veiller à l'optimisation des ressources et réduire le gaspillage des fonds déjà mobilisés. En améliorant la gestion des finances publiques, en réduisant l'absentéisme des travailleurs de la santé et en améliorant les pratiques d'acquisition par exemple, les États Membres peuvent réduire au minimum le gaspillage et améliorer l'efficacité des programmes et du système de santé au sens large.

19. **Mettre en place des ensembles actualisés de services de santé essentiels.** Il est essentiel de définir clairement l'ensemble des services essentiels garantis pour toutes les cohortes, quelle que soit leur capacité à payer. Cette démarche est importante pour guider les investissements dans les ressources humaines, l'infrastructure et les produits requis pour une prestation efficace de services essentiels. Dans chaque État Membre, les services essentiels requis pour chaque cohorte de vie devraient être définis par niveau de soins et dans toutes les fonctions de la santé publique.

20. **Systématiser les actions visant à produire des statistiques, des informations et des connaissances pour la couverture sanitaire universelle.** Les États Membres devraient investir dans le renforcement de la capacité institutionnelle nécessaire pour que des statistiques, informations et connaissances puissent être générées dans toutes les dimensions du renforcement des systèmes de santé en vue de mettre en œuvre le cadre d'action pour la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. Cette démarche permettra de mieux appréhender la façon dont les ressources mobilisées concourent à la couverture sanitaire universelle et à l'atteinte des autres cibles des ODD qui sont importantes pour la santé et le bien-être de tous à tout âge.

L'OMS et les partenaires devraient :

21. **Soutenir les efforts de renforcement des capacités des États Membres pour assurer la mise en œuvre et le suivi de la réforme du financement de la santé.** Pour ce faire, l'OMS devrait fournir l'expertise technique nécessaire pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de plans de financement de la santé, dispenser une formation sur le développement et la mise en œuvre d'outils et de méthodes de financement de la santé, et créer des plateformes qui favorisent le partage d'expériences et l'apprentissage sur la conception et la mise en œuvre de la réforme du financement de la santé. L'OMS devrait par ailleurs permettre aux autorités sanitaires d'échanger d'une manière plus importante et plus productive avec les ministères des Finances, tout comme avec d'autres départements ministériels concernés, des parlementaires, la société civile et les partenaires au sujet de la définition des priorités sanitaires lors de l'établissement du budget global de l'État.

22. **Fournir un appui aux pays pour qu'ils puissent mettre au point des ensembles de soins de santé essentiels pour éclairer les décisions d'investissement.** Cela devrait inclure un soutien technique et le renforcement de la capacité locale à concevoir et à chiffrer des prestations adaptées au contexte épidémiologique, économique et démographique. L'OMS devrait également fournir aux États Membres les outils et orientations dont ils ont besoin pour concevoir des ensembles de prestations essentielles.

23. **Promouvoir les initiatives visant à produire des données factuelles pour le plaidoyer et la formulation de politiques en faveur d'un financement durable des soins de santé.** Cette mesure devrait inclure le soutien à la définition des priorités de la recherche sur le financement de la santé. Le soutien aux instituts de recherche devrait favoriser la production de données factuelles sur les pratiques efficaces de financement de la santé, la création de comptes nationaux de la santé et le renforcement des observatoires nationaux de la santé. Les bases factuelles devraient être adaptées aux différents contextes tout en contribuant à l'apprentissage mutuel entre les pays. Elles devraient au demeurant soutenir les efforts visant à traduire la recherche sur le financement de la santé en actions concrètes au niveau national. L'OMS devrait promouvoir un dialogue inclusif reposant sur des bases factuelles en vue d'un financement amélioré et rationnel de la santé.

24. **Suivre les progrès en matière de financement durable en vue de converger vers la couverture sanitaire universelle.** Cette mesure passe notamment par un soutien continu aux efforts faits pour générer des statistiques, des informations et des connaissances requises pour converger vers la couverture sanitaire universelle dans toutes les dimensions du renforcement des systèmes de santé, tel que défini dans le cadre d'action pour développer les systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle et d'atteindre les objectifs de développement durable. Cette mesure devrait servir de boussole aux pays dans leur progression vers la couverture sanitaire universelle. En outre, un appui devrait être apporté aux États Membres afin qu'ils puissent mettre au point des outils de gestion des données portant sur les dépenses de santé afin de suivre les progrès accomplis vers l'amélioration des dépenses de santé.

25. Le Comité régional est prié d'examiner le présent rapport et d'adopter les mesures proposées.